



SUNDHEDSSTYRELSEN

Social ulighed i mødet med sundhedsvæsenet

– en systematisk
litteraturgennemgang



SDU

Forord

Ulighed i sundhed har store omkostninger for det enkelte menneske i form af øget sygelighed, dårligere livskvalitet og kortere liv. Ulighed i sundhed er ikke retfærdigt og Sundhedsstyrelsen arbejder målrettet på at sikre "Sundhed for alle".

Ulighed i sundhed skyldes forskellige faktorer. Vi fødes og vokser op med ulige betingelser for en god sundhedstilstand. Forskelle i arv, fysisk miljø, sociale og økonomiske forhold samt sundhedsadfærd har betydning for ulighed i sundhed.

Sundhedsvæsenet skal gerne bidrage til at modvirke ulighed i sundhed, men nogen gange sker det modsatte. Der er således systematisk forskel i, hvem der får mest gavn af forebyggelse, tidlig opsporing, behandling og rehabilitering.

Det er Sundhedsstyrelsens opgave at synliggøre, hvordan ulighed i sundhed kommer til udtryk og hvad der kan gøres for at skabe mere lighed i sundhed. Ulighed i sundhed skal løses på tværs af sektorer og politikområder (health in all policies).

I efteråret 2020 udgav Sundhedsstyrelsen rapporterne "Social ulighed i sundhed og sygdom" og "Indsatser mod ulighed i sundhed". Den første rapport kortlægger udviklingen i social ulighed i sundhed og sygdom i perioden 2010-2017. Den anden rapport gennemgår indsatser, der forventes at have effekt på at mindske ulighed i sundhed. Disse rapporter følges nu op af en række temarapporter.

Denne rapport med titlen "Social ulighed i mødet med sundhedsvæsenet" undersøger mødet mellem patienter og sundhedsprofessionelle. Vi har som mennesker forskellige forudsætninger, når sygdom rammer. Vi reagerer forskelligt på kroppens signaler, og nogle venter længere med at gå til lægen med sygdom. Vi har forskellige forudsætninger for at følge et behandlingsforløb eller forstå informationer fra sundhedsprofessionelle. Vi har forskellige forventninger til, hvor meget man skal spørge ind og have en aktiv holdning til behandlingsforløb.

Ved at forstå, hvad der ligger til grund for ulighed i mødet med sundhedsvæsenet, kan vi bedre indrette og levere ydelser, der er tilgængelige og forståelige for alle. Rapporten peger på, at det er vigtigt at møde patienterne forskelligt, hvis vi i sundhedsvæsenet skal gøre vores til at reducere ulighed i sundhed. Vi skal differentiere kravene, så alle kan følge behandlingsforløb, og vi skal styrke det tværfaglige samarbejde. Vi skal styrke inddragelsen af patienterne såvel i udviklingen af sundhedsvæsenet som i det konkrete møde. Vi skal forstå, at mennesker har forskellige sundhedskompetencer og derfor har behov for forskellig slags sundhedsinformation, og nogle har brug for mere hjælp til koordination i patientforløbet end andre.

Viden fra denne rapport skal støtte os i det videre arbejde med et sundhedsvæsen for alle. I det kommende år vil vi sætte ekstra fokus på, hvordan sundhedsvæsenet kan imødekomme patienters forskellige sundhedskompetencer, så vi arbejder i retning af, at alle får et godt udbytte af forebyggelsen, behandlingen, rehabiliteringen og plejen.

Jeg vil gerne takke forskerne fra Statens Institut for Folkesundhed på Syddansk Universitet for det store arbejde med at udarbejde denne rapport.



Helene Bilsted Probst
Vicedirektør, Sundhedsstyrelsen

Indhold

Læsevejledning	6
Sammenfatning	8
Implikationer for praksis	13
Tværfagligt samarbejde og tid til at skabe tillid	14
Udvikling af sundhedsprofessionelles uddannelse og kompetencer	15
Styrkelse af relationen mellem patienter og sundhedsprofessionelle	16
Værktøjer til patientinddragelse	16
Patienters sundhedskompetencer	17
Baggrund	20
Formål	22
Begrebsafklaring	22
Metode	23
Kortlægning af videnskabelig litteratur	24
Inklusions- og eksklusionskriterier	25
Screeningsprocessen	25
Kvalitetsvurdering og dataekstraktion	26
Inkluderede studier	26
Karakteristik af studier	28
Analysemetode	28
Analyse	29
1. Organisatoriske forhold i sundhedsvæsenet	32
Adgang til sundhedsvæsenets ydelser	32
Organisering og kompleksitet i sundhedsvæsenet	33
Sundhedsvæsenets ressourcer	34
Delkonklusion	35
2. Sociokulturelle forhold	36
Opfattelser af sundhed og sygdom	36
Forskellige forventninger	37
Social distance mellem patienter og sundhedsprofessionelle	38
Delkonklusion	41

3. Patienters livsomstændigheder	42
Økonomiske barrierer	42
Social støtte	43
Delkonklusion	44
4. Kvalitet af relationen	44
Kvalitet i kommunikationen	44
Sundhedsinformation	45
Forståelse af det medicinske sprog og behandling	46
Mulighed for at stille spørgsmål	47
Respekt og empati	48
Tillid og tidligere erfaringer	49
Delkonklusion	50
Diskussion	51
Tværgående analyse	52
Metodiske overvejelser	54
Videnshuller	55
Referencer	56
Bilag	61
Bilag 1. Søgestreng	62
Bilag 2. Beskrivelse af de inkluderede studier	64

Læsevejledning



Fokus for denne rapport er at præsentere de mekanismer der kan have betydning for den sociale ulighed i mødet mellem patienter og sundhedsvæsenet. De identificerede mekanismer i litteraturgennemgangen kan bidrage med et vidensgrundlag til nye handlingsorienterede initiativer med fokus på at mindske den sociale ulighed i sundhed.

Rapporten præsenterer først en *sammenfatning*, hvori rapportens formål og væsentligste fund præsenteres foruden metodiske overvejelser og videnshuller, som er identificeret.

I forlængelse heraf følger et afsnit om *implikationer for praksis*, hvori mulige fokusområder for fremtidige handlingsorienterede initiativer præsenteres. Implikationer for praksis er baseret på en vurdering af de identificerede mekanismer i denne litteraturgennemgang samt en generel indsigt i det danske sundhedsvæsen fra tidligere forskning på området.

Dernæst præsenteres *baggrunden* for rapporten sammen med rapportens formål og en begrebsafklaring af, hvordan begrebet social ulighed i sundhed, herunder patienters socioøkonomiske status, undersøges.

Herefter følger et *metodeafsnit*, hvori metoden for den systematiske litteraturgennemgang beskrives. Dette indebærer søgestrategi, inklusions- og eksklusionskriterier, screeningsprocessen samt kvalitetsvurdering. Dertil beskrives karakteristika af de inkluderede studier, og sidst beskrives den valgte metode til at analysere de inkluderede studier.

Rapporten præsenterer efterfølgende et *analyseafsnit*, der indeholder en tematisk analyse af de inkluderede studier. Afsnittet er opdelt i fire overordnede temaer, herunder *organisatoriske forhold i sundhedsvæsenet, sociokulturelle forhold, patienters livsomstændigheder og kvalitet af relationen*.

Sidst præsenteres et *diskussionsafsnit*. Dette indeholder først en tværgående analyse, som skaber overblik over mekanismer på tværs af de fire identificerede temaer i den tematiske analyse. Dernæst præsenteres metodiske overvejelser samt identificerede videnshuller i litteraturgennemgangen.

Sammenfatning



I Danmark er det et bærende princip, at alle i samfundet skal have lige adgang til sundhedsvæsenet. På trods af dette benyttes sundhedsvæsenet ikke på samme vis eller i samme grad af patienter med samme behov – særligt ses det, at patienter med lavere socioøkonomisk status^a ikke oplever at modtage lige så meget behandling eller at have samme udfald af behandling som øvrige patienter.

Det er endnu ikke fuldt afdækket, hvordan den sociale ulighed i sundhed opstår, eller hvilke mekanismer der bidrager til at opretholde uligheden. Dog peger forskningen på, at der er nogle forhold, som knytter sig til patienters møde med sundhedsvæsenet, der har betydning for patienters udbytte af ydelser og behandling i sundhedsvæsenet. Disse forhold dækker over:

- **Organisatoriske forhold**, som indebærer organiseringen af sundhedsvæsenet, f.eks. tid, ressourcer og uddannelsesmæssige kompetencer hos sundhedsprofessionelle
- **Relationelle forhold**, som indebærer interaktioner og kommunikation i mødet mellem patienter og sundhedsprofessionelle i sundhedsvæsenet.

De organisatoriske og relationelle forhold forventes at interagere i forhold til at skabe eller bidrage til den sociale ulighed i patienters møde med sundhedsvæsenet. Formålet med nærværende systematiske litteraturgennemgang er at identificere mekanismer, som knytter sig til organisatoriske og relationelle forhold, der har betydning for social ulighed i patienters møde med sundhedsvæsenet. Kortlægningen af disse mekanismer kan være med til at danne grundlag for handlingsorienterede initiativer med formålet at mindske den sociale ulighed i patienters møde med sundhedsvæsenet.

I alt er 24 studier inkluderet i nærværende litteraturgennemgang, hvoraf 14 er kvantitative og 10 er kvalitative. Studierne er rettet mod forskellige dele af sundhedsvæsenet, herunder den somatiske og psykiatriske behandling, speciallæger og almen praksis. De fleste studier tager udgangspunkt i patientgrupper i somatisk behandling. Rapporten baserer sig på en systematisk gennemgang af videnskabelig litteratur, hvor studierne relevans er vurderet af to forskere fra Statens Institut for Folkesundhed uafhængigt af hinanden og kvalitetsvurderet med kvalitetsvurderingsmodeller. Analysemetoden indebærer en tematisk analyse, hvori der er identificeret overordnede temaer, som går på tværs af de inkluderede studier. I alt er fire temaer identificeret i den tematiske analyse, som præsenteres herunder.

1. Organisatoriske forhold i sundhedsvæsenet

- På tværs af en række studier ses social ulighed i adgangen til *sundhedsvæsenets ydelser*. Eksempelvis peger analysen på, at patienter med lavere socioøkonomisk status oplever selv at skulle efterspørge ydelser, som kan forhindre, at de får de samme ydelser og behandling som øvrige patienter – særligt da patienter med lavere socioøkonomisk status i mindre grad opfatter f.eks. regelmæssige kontroller som nødvendige. Desuden spiller sundhedsprofessionelle en rolle i forhold til, hvilke ydelser patienter tilbydes. Eksempelvis er sundhedsprofessionelle opmærksomme på, om patienter virker motiverede og engagerede i konsultationer i forhold til at kunne påtage sig mere krævende behandlingsformer.
- Der ses yderligere social ulighed i patienters opfattelser af *organiseringen og kompleksiteten i sundhedsvæsenet*. Særligt patienter med lavere socioøkonomisk status opfatter det som vanskeligt at navigere i sundhedsvæsenet og forstå forskellige processer og procedurer. Patienters viden fremhæves som vigtig i forhold til at navigere mellem sundhedsvæsenets ydelser, og erfaring med at komme til konsultationer beskrives som en yderligere faktor, der kan lette patienters navigering i sundhedsvæsenet.

a Socioøkonomisk status forstås her som de sociale og økonomiske faktorer, der har betydning for enkeltindivider eller grupperes status eller position i et samfund.

- Sidst er *sundhedsvæsenets ressourcer* vigtige ulighedsskabende mekanismer. Her peger analysen på, at knappe ressourcer i form af tid og mangel på sundhedspersonale kan påvirke muligheden for, at sundhedsprofessionelle formår at f.eks. gennemgå nødvendige informationer med patienten. Særligt patienter med lavere socioøkonomisk status kan opfatte konsultationer som stressende, som kan betyde, at de glemmer at nævne vigtige problematikker for den sundhedsprofessionelle. Desuden oplever nogle sundhedsprofessionelle, at de i kraft af deres uddannelse ikke er rustede til at håndtere de ofte komplekse psykosociale problemstillinger, som patienter med lavere socioøkonomisk status kan have.

2. Sociokulturelle forhold

- Analysen peger på, at der eksisterer social ulighed i patienters *opfattelser af sundhed og sygdom*. Eksempelvis har patienter med lavere socioøkonomisk status en større tendens til at opsøge medicinsk hjælp for symptomlindring, når de har alvorlige eller mærkbare symptomer, hvorimod patienter med højere socioøkonomisk status har fokus på forståelse af deres sygdom og sundhed, der rækker ud over symptomforbedring. Patienter med lavere socioøkonomisk status kan opleve skam eller flovhed over symptomer og livssituation, der gør, at de er stille i konsultationen, og som kan være barrierer for kommunikationen mellem patienter og sundhedsprofessionelle.
- Yderligere eksisterer der *forskellige forventninger* til mødet med sundhedsvæsenet blandt patienter med forskellig socioøkonomisk status. Hvor patienter med højere socioøkonomisk status indtager en mere proaktiv rolle i konsultationer, har patienter med lavere socioøkonomisk status en større tendens til at lade sundhedsprofessionelle om at bestemme behandlingsforløb. Sundhedsprofessionelle anses i højere grad som en autoritet blandt patienter med lavere socioøkonomisk status. Det kan afholde patienten fra at stille spørgsmål og have en aktiv holdning til patientforløbet eller kendskab til sine rettigheder, som står i modsætning til patienter med højere socioøkonomisk status, der presser på og henvender sig med spørgsmål og ideer til behandling.
- Som en konsekvens af forskellige opfattelser af og forventninger til mødet med sundhedsvæsenet blandt patienter med forskellig socioøkonomisk status kan der opstå en *social distance mellem patienter og sundhedsprofessionelle*.
 - Dette kan særligt udmønte sig i *fordomme og moralisering*, hvor analysen peger på, at patienter med lavere socioøkonomisk status kan opleve, at sundhedsprofessionelle er fordømmende og bedrevidende omkring deres valg om sundhed og helbred uden at have en forståelse for patienternes livsomstændigheder, hvilket kan vanskeliggøre patienternes intentioner om at gøre noget sundhedsfremmende for dem selv. Dette kan lede til misforståelser og fordomme på begge sider af mødet med sundhedsvæsenet.
 - Der kan desuden opstå et *(u)lige partnerskab* mellem sundhedsprofessionelle og patienter med forskellig socioøkonomisk status. På den ene side oplever patienter med højere socioøkonomisk status konsultationer som et ligeværdigt partnerskab, hvor sundhedsprofessionelle og patienten arbejder sammen for at løse patientens problematikker. På den anden side kan patienter med lavere socioøkonomisk status opleve konsultationer som et ulige partnerskab, hvor sundhedsprofessionelle dikterer patientens forløb, hvilket i nogle tilfælde kan opleves som pres for patienten og har betydning for det videre forløb i sundhedsvæsenet.

3. Patienters livsomstændigheder

- En række studier peger på, at *økonomiske barrierer* påvirker patienter med særligt lavere socioøkonomisk status i deres møde med sundhedsvæsenet. Økonomiske barrierer fører til logistiske vanskeligheder, f.eks. grundet manglende penge til transport, som kan afholde nogle patienter fra at opsøge sundhedsvæsenet. Desuden fremhæver nogle patienter med lavere socioøkonomisk status, at de ikke har mulighed for at tage fri eller ikke får løn, hvis de tager fri for at tage på hospitalet.
- Desuden er *social støtte* afgørende for patienters mulighed for at benytte sundhedsydelser og for deres møde med sundhedsvæsenet. Analysen peger på, at patienter med lavere socioøkonomisk status i mindre grad har et socialt netværk til at støtte dem i forhold til deres fysiske og psykiske helbred. Samtidig oplever disse patienter oftere flere samtidige problematikker i deres liv sammenlignet med øvrige patienter. Dette kan være med til at skabe et personligt pres og kan forhindre patienterne i at prioritere deres helbred.

4. Kvalitet af relationen

- Analysen peger på, at der overordnet set er social ulighed i *kvalitet i kommunikationen* mellem patienter og sundhedsprofessionelle. Særligt peger studierne på, at patienter med lavere socioøkonomisk status oplever en ringere kvalitet af kommunikationen med sundhedsprofessionelle.
- Desuden peger en række studier på, at der er social ulighed i, hvorvidt patienter modtager og tilegner sig *sundhedsinformation*. Patienter med lavere socioøkonomisk status oplever i mindre grad at modtage information om behandling og ydelser og er oftere forvirret over de informationer, de modtager fra sundhedsprofessionelle, sammenlignet med øvrige patienter. Yderligere har patienter med højere socioøkonomisk status en større tendens til aktivt at søge sundhedsinformation, f.eks. på internettet, hos sundhedsprofessionelle og i deres sociale netværk.
- Der ses yderligere socioøkonomiske forskelle i patienters *forståelse af det medicinske sprog og behandling*. Eksempelvis oplever patienter med lavere socioøkonomisk status, at det skriftlige materiale samt processer i og procedurer for behandling er svære at forstå. Dette kan lede til misforståelser mellem patienter og sundhedsprofessionelle og en risiko for, at patienterne indtager en mere passiv rolle i interaktioner med sundhedsprofessionelle sammenlignet med patienter med højere socioøkonomisk status.
- Analysen peger på, at der eksisterer sociale forskelle i patienters oplevelse af, om de har *mulighed for at stille spørgsmål* i konsultationer med sundhedsprofessionelle. Patienter med højere socioøkonomisk status oplever i mindre grad, at de har mulighed for at stille spørgsmål i konsultationer med sundhedsprofessionelle sammenlignet med patienter med lavere socioøkonomisk status. Dette kan muligvis skyldes, at patienter med højere socioøkonomisk status oftere opsøger information på egen hånd, som kan skabe flere forventninger til mødet med sundhedsvæsenet. Patienter med lavere socioøkonomisk status oplever ikke det samme behov for at stille spørgsmål i konsultationer, hvilket både kan skyldes, at de ikke forstår informationer, eller at de ikke ser det som deres forventede rolle at stille spørgsmål.
- Patienter med lavere socioøkonomisk status oplever i mindre grad, at sundhedsprofessionelle behandler dem med respekt og empati sammenlignet med øvrige patienter. Særligt fremhæver patienter med lavere socioøkonomisk status et ønske om at blive hørt og taget alvorligt i konsultationer. Hertil nævnes det, at sundhedsprofessionelle, som har en respektfuld og ikke-fordømmende tone i konsultationer, er medvirkende til, at patienter med lavere socioøkonomisk status tilvælger behandling og ydelser i sundhedsvæsenet.

- Sidst ses der social ulighed i patienters oplevelser af *tillid og tidligere erfaringer* i sundhedsvæsenet. En større andel af patienter med lavere socioøkonomisk status oplever en mistillid til sundhedsprofessionelle og sundhedsvæsenet generelt sammenlignet med øvrige patienter. Den manglende tillid tillægges af nogle patienter, at de har tidligere dårligere erfaringer og oplevelser i sundhedsvæsenet. Disse tidligere dårlige erfaringer med sundhedsvæsenet kan forhindre patienterne i at bruge sundhedsvæsenet og få den nødvendige behandling og ydelser.
- Tilmed har nogle patienter *erfaringer med diskrimination* på baggrund af deres socioøkonomiske status. Disse erfaringer er forbundet med en ringere kvalitet i kommunikationen mellem patienter og sundhedsprofessionelle.

Metodiske overvejelser

Der er en række metodiske overvejelser, som er vigtige at holde sig for øje i fortolkningen af de mekanismer, som er identificeret i nærværende litteraturgennemgang. Disse overvejelser knytter sig især til landoprindelsen af de inkluderede studier, hvoraf omkring tre fjerdedele af de kvantitative studier og lidt under halvdelen af de kvalitative studier stammer fra USA. Der kan være nogle kontekstspecifikke forhold, som ikke er overførbare til danske forhold, herunder sundhedsvæsenets opbygning og organisering samt andre ulighedsskabende problematikker. Eksempelvis fylder race- og etnicitetsproblematikker i flere studier fra USA mere sammenlignet med andre inkluderede studier. Desuden varierer de inkluderede studier, hvad angår type af studiepopulation, dele af sundhedsvæsenet, som er i fokus, samt undersøgte mekanismer. Studier, som har haft særlig fokus på forsikringsproblematikker eller økonomiske udfordringer knyttet til behandlingsmuligheder og konsultationer med sundhedsprofessionelle, er ekskluderet grundet en manglende overførbare til danske forhold.

Ikke desto mindre er der en række organisatoriske og relationelle forhold med betydning for den sociale ulighed i mødet med sundhedsvæsenet, som går på tværs af studierne i denne rapport. Samtidig er de identificerede mekanismer i overensstemmelse med andre nylige undersøgelser og litteraturgennemgange på området med et specifikt fokus på danske forhold, men som ikke er medtaget i nærværende litteraturgennemgang, f.eks. fra Danske Patienter og Statens Institut for Folkesundhed. Eksempelvis ses det, at sundhedsvæsenets organisering og knappe ressourcer samt kulturelle barrierer i interaktionerne mellem patienter og sundhedsprofessionelle bidrager til øget social ulighed i sundhed. Dette kan tyde på, at flere af de organisatoriske og relationelle forhold, i et vist omfang, kan generaliseres, eftersom de optræder i studier på tværs af landegrænser. Dermed vil det være meningsfuldt også at lade sig inspirere af studier fra andre lande i udviklingen af interventioner og strukturelle forandringer med det formål at mindske den sociale ulighed i patienters møde med sundhedsvæsenet.

Videnshuller

Der er særligt et behov for flere studier, som kan overføres til danske forhold, herunder danske og europæiske studier, som undersøger årsager til social ulighed i mødet med sundhedsvæsenet. Eksempelvis er det udelukkende studier fra USA og Canada, som undersøger betydningen af social støtte for patienters møde med sundhedsvæsenet. Disse specifikke mekanismer bør undersøges i en kontekst, som er mere sammenlignelig med den danske. Desuden er der et væsentligt videnshul omkring interventioner med fokus på at udligne den sociale ulighed i mødet med sundhedsvæsenet.

Implikationer for praksis



I dette afsnit præsenteres og diskuteres initiativer, der kan forbedre kontakten mellem sundhedsprofessionelle og patienter med lavere socioøkonomisk status. Dette gøres på baggrund af analysens tværgående fund sammenholdt med tidligere dansk litteratur på området. Mange af de identificerede mekanismer i denne litteraturgennemgang er afhængige af og knyttet til hinanden, hvilket gør det muligt at identificere områder, hvor man kan forebygge og mindske social ulighed i mødet med sundhedsvæsenet. Da litteraturgennemgangen ikke inkluderer danske studier, og størstedelen af de inkluderede studier stammer fra USA, bør overførbare til en dansk kontekst indebære forsigtighed. Der er dog flere studier fra Europa, herunder Frankrig, England, Sverige og Tyskland, samt fra Australien og Canada, hvorfor analysens fund kan indikere, at flere af de fundne mekanismer er overførbare og muligvis også gældende i en dansk kontekst. Flere paralleller kan desuden drages mellem resultaterne i dette studie og tidligere afdækninger af dansk litteratur på området. Afsnittet munder ud i en tabel, der danner overblik over forskellige fokusområder afledt af den tematiske analyse, som kan danne grundlag for handlingsorienterede initiativer til at mindske social ulighed i mødet med sundhedsvæsenet. Disse fokusområder figurerer på det organisatoriske niveau såvel som det individuelle niveau.

Tværfagligt samarbejde og tid til at skabe tillid

Analysens fund viser, at sundhedsvæsenets organisering kan medvirke til at begrænse indsatsen, der har til formål at mindske den sociale ulighed i mødet med patienter. Dette handler om, at ressourcerne, f.eks. personalets tid og hænder, er begrænsede. Men det handler også om, at sundhedsvæsenets struktur er svær at gennemskue, hvilket blandt andet kan gøre det svært for patienter at navigere imellem henvisninger, afdelinger, behandlere, specialister osv. Ligeledes kan det handle om, at sundhedsprofessionelle kan være forhindrede i at gøre det, som er mest hensigtsmæssigt for patienten, fordi strukturerne i sundhedsvæsenet ikke er tilpasset de mere komplicerede sygdomsforhold, som nogle patienter har. Analysen viser, at flere patienter har multiple og svære problemstillinger, som rækker ud over ét specifikt sundhedsmæssigt problem, og som kan forstærke udfordringer i mødet og kræver mere tid i konsultationerne. Det betyder, at patienter, herunder patienter med lavere socioøkonomisk status, risikerer at ende i en uafklaret situation og derfor ikke modtager den nødvendige hjælp eller behandling. Når sundhedsprofessionelle ikke har den ekstra tid til at løse denne type af udfordringer, kan det resultere i, at patienterne ikke får den rette behandling. Handlingsorienterede initiativer omkring mødet mellem sundhedsprofessionelle og patienter kan dermed være vanskelige at implementere, hvis de organisatoriske og strukturelle rammer ikke understøtter det. Derfor bør sundhedsvæsenet i højere grad organiseres, så det er indrettet til patienter med forskellige socioøkonomiske baggrunde. Dette indebærer, at de sundhedsprofessionelle skal have tiden og ressourcerne til at give dem, som har brug for det, længere konsultationer og skræddersyede tilbud. Mere tid i konsultationer kan betragtes som en forudsætning for at adressere mange af de problemstillinger, som er identificeret i mødet mellem patienter og sundhedsprofessionelle. Et studie finder, at høj personaleudskiftning ofte er tilfældet i afdelinger, hvor en stor andel af patienterne har lavere socioøkonomisk status ⁽¹⁾. Dette er problematisk, da nærværende litteraturgennemgang påpeger vigtigheden af et tillidsfuldt forhold mellem patient og den sundhedsprofessionelle, som netop kan være svært at opretholde i et miljø, der er karakteriseret af en høj grad af personaleudskiftning. I den forbindelse kan en fast kontakt til en læge således hjælpe mennesker med lavere socioøkonomisk status til at opnå et mere tillidsfuldt forhold til sundhedsvæsenet. Dette kan gælde både i almen praksis og i hospitalsvæsenet.

Flere sundhedsprofessionelle i nærværende litteraturgennemgang bemærker desuden, at mødet med patienter med lavere socioøkonomisk status kan være udfordrende og svært. Desuden oplever de sundhedsprofessionelle, at de ikke føler sig rustet til at håndtere psykosociale problemstillinger. De sundhedsprofessionelle påpeger, at det er en væsentlig fordel, når patienter har en rådgiver eller støtteperson, som kan hjælpe patienten med at navigere i sundhedsvæsenet og i de forskellige sektorer, som kan være svære for patienten selv at navigere i, f.eks. når patienten overgår fra regionen til kommunen og fra somatisk til psykiatrisk behandling. I den forbindelse er der brug for bedre betingelser for at arbejde tværfagligt mellem regioner, kommuner og almen praksis. Et samarbejde mellem f.eks. socialrådgivere og sundhedsprofessionelle om udsatte borgeres sammenhængende problemstillinger vil muliggøre løsninger for patienterne, som de ikke selv har mulighed for at gennemskue og skabe. I den forbindelse kan der også være et behov for flere socialsygeplejersker, som kan bygge bro imellem social- og sundhedsområdet samt bygge bro mellem patienter og sundhedsprofessionelle.

At forebygge og mindske sociale ulighed i mødet med sundhedsvæsenet kræver således en bred indsats på forskellige niveauer med inddragelse af flere aktører. Det er en krævende og langvarig opgave, og forandringer kan ikke bero på patienten og den sundhedsprofessionelle alene. Uden politisk opbakning og ændringer i strukturelle forhold vil den sociale ulighed sandsynligvis fortsat opretholdes eller forøges.

Udvikling af sundhedsprofessionelles uddannelse og kompetencer

I forlængelse af ovenstående viser analysens fund, at de sundhedsprofessionelle ofte ikke føler sig klædt på til at arbejde med patienter med lavere socioøkonomisk status. Dette fund peger på yderligere tiltag og indsatser, som kan imødekomme denne mangel hos sundhedsprofessionelle. Tiltag kan eksempelvis omfatte tilretning og videreudvikling af de sundhedsfaglige uddannelsers indhold foruden udvikling af kurser til sundhedsprofessionelle, hvori der indgår viden om den sociale ulighed i mødet mellem patienter og sundhedsvæsen og håndtering heraf. Heri kan indgå en opmærksomhed på nødvendigheden af tværfaglighed, og det nødvendige samarbejde mellem sundhedsvæsenet og socialområdet. Fokus kan blandt andet være på at undgå stigmatisering og udvikling af negative holdninger til patienter med lavere socioøkonomisk status, men også på at opnå kompetencer til at sætte sig ind i og forstå belastende livsomstændigheder, der ofte præger denne patientgruppe og dermed de muligheder, de har for at adressere sundheds- og helbredsproblemer i hverdagen. Sundhedsprofessionelle bør derfor understøttes i at tilegne sig kompetencer og viden om, hvordan man bedst samarbejder med patienter, der har lavere socioøkonomisk status. Ifølge en tidligere dansk litteraturgennemgang på området påpeges relevansen i at uddanne sundhedsprofessionelle i fælles beslutningstagning, hvor der er et særligt fokus på sårbare patienter og deres svære problemstillinger og behov ⁽²⁾.

Styrkelse af relationen mellem patienter og sundhedsprofessionelle

Analysens fund peger på, at patienter med lavere socioøkonomisk status oftere oplever mangel på respekt fra og tillid til sundhedsprofessionelle, hvilket kan påvirke dialogen mellem patienten og den sundhedsprofessionelle negativt. De inkluderede studier i litteraturgennemgangen peger på vigtigheden af relationscentreret pleje, hvor der skabes og opretholdes tillid ved at behandle patienter med omtanke og respekt og yde psykosocial støtte. Det påpeges som vigtigt, at den sundhedsprofessionelle har motive-rende samtaler med patienterne med brug af en empatisk og en ikke-konfronterende og ikke-fordømmende stil. En artikel beskriver, at dette blandt andet kan understøttes af et øget fokus på uddannelse af sundhedsprofessionelle i narrativ medicin, som indebærer en metodisk bevidst praksis, hvor man bruger skønlitteratur til at fremme opmærksomheden på og øge empati mellem patienter og sundhedsprofessionelle ⁽³⁾. Dette gøres blandt andet ved at skabe en nysgerrighed for patienters livshistorier og sygehistorier, som de kommer til udtryk gennem sproget og det usagte. I den forbindelse peger nærværende litteraturgennemgang på, at der eksisterer et skel mellem patienter og sundhedsprofessionelles opfattelser af deres og hinandens rolle i sundhedsvæsenet. Sundhedsprofessionelle påpeger f.eks., at de grundet begrænsede ressourcer er afhængige af patienters egen evne til at være selvstyrende og kunne navigere i sundhedsvæsenet. På den anden side har patienter med lavere socioøkonomisk status i højere grad en forventning om, at det er den sundhedsprofessionelles ansvar at forholde sig til de forskellige behandlingsmuligheder og tage de endelige beslutninger i konsultationen. En fremtidig strategi kan indebære en større åbenhed omkring forventninger og roller. En konsultation kan f.eks. på den sundhedsprofessionelles initiativ indledes med en snak om, hvad den sundhedsprofessionelle og patienten hver især forventer af mødet, herunder forventninger til hvem og hvordan man undersøger behandlingsmuligheder, beslutningsprocesser, behandlingens forløb og handlinger samt opfølgende behandling og rehabilitering. Dette kan være en måde at få italesat alt det usagte og de udtalte forventninger fra begge sider – det vil sige en måde at gøre det ubevidste mere bevidst. Det kan desuden være en måde at give patienter med lavere socioøkonomisk status bedre mulighed og forudsætninger for at lære om og forstå sundhedsvæsenet og dermed øge deres sundhedskompetence, hvilket muligvis også kan skabe grobund for bedre forståelse og samarbejde på et senere tidspunkt.

Værktøjer til patientinddragelse

Nærværende litteraturgennemgang viser, at mange patienter med lavere socioøkonomisk status ikke tør eller føler, at de kan eller bør stille spørgsmål til sundhedsprofessionelle og påtage sig en proaktiv rolle i relationen med sundhedsprofessionelle. De oplever en distance til den sundhedsprofessionelle og ser deres forhold som et ulige partnerskab. Et studie påpeger, at beslutningsstøtteværktøjer, der benyttes i nuværende praksis, formentlig ikke er tilstrækkelige til at kunne inddrage patienter med lavere socioøkonomisk status i en svær beslutningsproces, da disse patienter har andre udfordringer og vilkår sammenlignet med patienter med højere socioøkonomisk status ⁽⁴⁾. Det kan derfor være nødvendigt at udvikle værktøjer til patienter med lavere socioøkonomisk status i samarbejde med repræsentanter fra denne patientgruppe, så de bedre målrettes de særlige behov og præferencer, som gør sig gældende for dem. En tidligere dansk litteraturgennemgang på området fremhæver, at organisatorisk inddragelse kan være en mulig strategi i forbedringen af social ulighed i mødet med sundhedsvæsenet ⁽²⁾. Begrebet dækker over inddragelse af patienter og pårørende i processen med at udvikle tiltag på forskellige niveauer og i forskelligt omfang i organisationer. Repræsentanter af patienter og pårørende kan således deltage i udvalg, råd og nævn og dermed bidrage til udviklingen af sundhedsvæsenet, så det i højere grad fokuserer på patienternes behov. Et tidligere systematisk review konkluderer, at organisatorisk inddragelse i størstedelen af de inkluderede studier fører til positive forandringer for socialt sårbare, herunder bedre

sundhedsadfærd og forbedret adgang til sundhedsvæsenet ⁽⁵⁾. Eksempelvis viser et dansk studie, at unge sårbare voksne, som normalt har vanskeligt ved at fastholde et behandlingsforløb, er interesserede i at engagere sig i en samskabelsesproces omhandlende en behandlingsapp designet med og af brugerne ⁽⁶⁾. Ifølge et studie kan fælles beslutningstagning gøres til en integreret del af måden, sundhedsprofessionelle samarbejder med patienter på ⁽⁷⁾. Det kræver dog reelle tiltag og skabelse af grundlæggende forudsætninger hos de sundhedsprofessionelle samt organisatoriske betingelser for at arbejde med inddragelse af patienter med lavere socioøkonomisk status. Blandt andet er det vigtigt, at de sundhedsprofessionelle har en grundlæggende forståelse for, hvad der skal til eller hvad der skal mindre af (f.eks. ubevidste handlinger, som kan virke fordømmende eller ikke-imødekommende). Dette for at opnå reel inddragelse af patienter med lavere socioøkonomisk status i konsultationer og behandling foruden de nødvendige ressourcer til at gennemføre det i hverdagens i forvejen krævende praksis.

Patienters sundhedskompetencer

Analysens fund viser, at patienters sundhedskompetencer er et vigtigt element til at forbedre kontakten mellem sundhedsprofessionelle og patienter med lavere socioøkonomisk status. Sundhedskompetence indebærer individets evne til både at forstå, tilegne sig og vurdere sundhedsrelateret information samt at kunne handle på denne viden ⁽⁸⁾. I overensstemmelse med fundene i nærværende analyse finder tidligere danske studier, at patienter med lavere socioøkonomisk status i højere grad kan opleve problemer med at forstå sundhedsinformationer og indgå i dialog med sundhedsprofessionelle ^(9, 10). En tidligere dansk litteraturgennemgang på området påpeger, at alle strategier med det formål at reducere uligheden i sundhed bør fokusere på at øge patienternes sundhedskompetence ⁽²⁾. Den sociale ulighed i sundhedskompetence, som fremgår af nærværende litteraturgennemgang samt i den danske litteratur, tyder på, at det kan være relevant at skræddersy information og skriftligt materiale til den enkelte patient. Dette kræver udvikling af redskaber, som kan vurdere niveauet af patienters sundhedskompetence, så sundhedsprofessionelle bedre kan møde patienten, hvor vedkommende er. Både danske og internationale forskere arbejder på dette, men der er ikke enighed om, hvilke metoder der fungerer mest hensigtsmæssigt. Danske forskere peger dog på, at man altid bør bruge hverdagsprog og beslutningsstøtteværktøjer ⁽²⁾. Desuden fremhæver en dansk rapport om sundhedskompetence, at det kan være en fordel ved afslutningen af en konsultation at bede patienten genfortælle, hvad de har hørt og forstået, og hvilke beslutninger og aftaler de mener, at der er indgået ⁽¹⁰⁾.

Nogle studier i nærværende litteraturgennemgang peger på, at de vigtigste socioøkonomiske forskelle i sundhed er relateret til patientens viden om håndtering af sygdomme og brugen af denne viden til at få adgang til forskellige behandlingsformer. I den forbindelse påpeger et af studierne, at et struktureret uddannelsesprogram for patienter kan være en yderst vigtig kilde til information ⁽¹¹⁾. De fleste patienter i studiet, som har deltaget i sådan et kursus, beskriver, at kurset har haft en væsentlig indvirkning til at hjælpe dem med at håndtere deres sygdom mere effektivt og forbedre deres motivation. At kunne få adgang til et struktureret uddannelsesprogram gør det muligt for patienterne at forstå mere avancerede behandlingsformer og opnå højere sundhedskompetence, motivation og selvtillid til at håndtere en mere krævende behandlingsform. Et sådant program synes derfor at være et vigtigt aspekt i forhold til at få adgang til behandlingsformer og forbedre socioøkonomiske forskelle.

Afslutningsvis viser nærværende litteraturgennemgang, at patienters sundhedskompetence kan styrkes gennem sundhedsinformation og -oplysninger i forskellige medier. Sundhedsoplysninger via forskellige medier kan eventuelt målrettes en bredere målgruppe, der tager højde for folks forskellige demografiske profiler og skaber større identifikation med og forståelse for forskellige grupper i befolkningen. Dette kan muligvis bidrage til at dekonstruere stereotyper omkring sundhed og sygdom. Ved at fokusere på mere oplysning kan det tilskynde til dialog om sundhed og sygdom blandt grupper med lavere socioøkonomisk status og mindske følelsen af isolation og marginalisering omkring sygdomsoplevelser. Det er vigtigt at anerkende det kulturelle grundlag for kommunikation, og nærværende analyse indikerer, at det kan være nødvendigt at give patienter med lavere socioøkonomisk status mulighed for at snakke med f.eks. deres læge om brugen af internettet som informationskilde, og hvilke muligheder det indebærer, f.eks. kildekritiske og valide hjemmesider omkring sygdom og sundhed. Dette kan være med til at udvide og udbygge patienternes muligheder for informationssøgning og kilder til information, som kan hjælpe patienterne i en konsultation med sundhedsprofessionelle – både i forhold til at have bedre forudsætninger til at forstå behandlingsformer og kommunikationen fra sundhedsprofessionelle og til at kunne være en mere aktiv del af beslutningsprocesser.

I tabel 1 opsummeres de identificerede fokusområder for fremtidige handlingsorienterede initiativer, som er afledt af nærværende litteraturgennemgang og tidligere undersøgelser på området i Danmark.

TABEL 1.**Fokusområder for fremtidige handlingsorienterede initiativer**

Fokusområder	
Tværfagligt samarbejde og tid til at skabe tillid	<p>Mulighed for længere konsultationer og skræddersyede tilbud.</p> <p>Bedre kommunikation og samarbejde mellem den sociale sektor, psykiatrien og det somatiske sundhedspersonale (evt. flere socialsygeplejersker).</p>
Udvikling af sundhedsprofessionelles uddannelse og kompetencer	<p>Kompetenceudvikling for sundhedsprofessionelle – på grunduddannelser og som efteruddannelse med fokus på:</p> <ul style="list-style-type: none"> • social ulighed i sundhed – i teori og praksis, på sundhedsfaglige uddannelser • inddragelse af socialfaglige perspektiver i forbindelse med at arbejde sundhedsfagligt med forskellige målgrupper. <p>Uddannelse af sundhedsprofessionelle i fælles beslutningstagen med inddragelse af patienter med lavere socioøkonomisk status.</p>
Styrkelse af relationen mellem patienter og sundhedsprofessionelle	<p>Sundhedsfaglig opmærksomhed på patienters livsomstændigheder og sygehistorier.</p> <p>Forventningsafstemning i konsultationer på sundhedsprofessionelles initiativ – med fokus på, hvad der forventes af patienten, og hvad patienten har af forventninger og behov.</p> <p>Mulighed for at hjælpe patienter med lavere socioøkonomisk status til at opnå bedre sundhedskompetence i forhold til egen sundhed og i forhold til at forstå og navigere i sundhedsvæsenet.</p>
Værktøjer til patientinddragelse	<p>Inddragelse af pårørende til og patienter med lavere socioøkonomisk status i udvikling af beslutningsstøtteværktøjer.</p> <p>Inddragelse af socialfaglige professionelle i udvikling af beslutningsstøtteværktøjer, f.eks. socialsygeplejersker med erfaring inden for området.</p>
Patienters sundhedskompetencer	<p>Skræddersyet information og skriftligt materiale med udgangspunkt i forskellige niveauer af sundhedskompetence.</p> <p>Redskaber til vurdering af patienters sundhedskompetence.</p> <p>Strukturerede uddannelsesprogrammer med fokus på mere komplicerede sygdomme – og behandlingsforløb.</p> <p>Sundhedsfaglig opmærksomhed på at støtte patienter med lavere sundhedskompetence til at komme i gang og gennemføre sådanne uddannelsesprogrammer.</p> <p>Sundhedsfaglig opmærksomhed (f.eks. praktiserende læge) på samtale med patienter om deres brug af forskellige informationskilder i forbindelse med sundhed og sygdom for at imødekomme kulturelle forskelle i opfattelser af sygdom og sundhed samt for at undgå misforståelser og fejlinformation.</p>

Baggrund



Selvom der i Danmark tilbydes gratis behandling i tilfælde af sygdomme, eksisterer der en markant social ulighed i sundhed. Forskningen viser, at der findes socioøkonomiske forskelle i prævalensen og udfaldet af en lang række sygdomme i Danmark, herunder blandt andet forskellige kræftsygdomme, kronisk lungesygdom og hjertekarsygdomme ^(12, 13, 14). Et dansk studie viser blandt andet, at hjertepatienter med lavere socioøkonomisk status har en større dødelighed sammenlignet med hjertepatienter med højere socioøkonomisk status ⁽⁵⁴⁾. Sundhedsvæsenet spiller en væsentlig rolle for den sociale ulighed i sundhed, både hvad angår patienters udbytte af sundhedsydelse samt i konsekvenserne, der kan være for den enkelte patient af sygdomme og behandling ^(2, 15). I løbet af de sidste årtier har skiftende regeringer haft politisk fokus på at sikre lige adgang til og behandling i sundhedsvæsenet, men på trods af dette er der i dagens Danmark en social ulighed i adgangen til og brugen af sundhedsydelser. Sundhedsvæsenet benyttes ikke på samme vis eller i samme grad af patienter med samme behov. Særligt ses det, at patienter med lavere socioøkonomisk status ikke oplever at modtage lige så meget behandling eller at have samme udfald af behandling som øvrige patienter ^(15, 16, 17).

Årsagerne til uligheden i brugen af sundhedsydelser kan være mange, f.eks. kan personer med lavere uddannelsesniveau og personer uden for arbejdsmarkedet opleve økonomiske, kulturelle og andre hindringer i adgangen til behandling, men også i den direkte kommunikation med sundhedsprofessionelle ^(2, 15). Nogle borgere kan desuden have flere samtidige helbredsmæssige og personlige problematikker, som forhindrer dem i at prioritere deres helbred og søge behandling, og som vanskeliggør deres muligheder for at orientere sig og navigere i sundhedsvæsenet eller forstå den kommunikation, der kommer derfra ⁽¹⁸⁾. Der er identificeret en række årsager til uligheden, som indebærer både organisatoriske forhold i sundhedsvæsenet samt relationelle forhold, der handler om det konkrete møde mellem patienter og sundhedsprofessionelle ⁽¹⁵⁾. Disse forhold dækker over en række faktorer, som har betydning for, hvorfor patienter med højere socioøkonomisk status har bedre forudsætninger for at opnå et tilstrækkeligt udbytte af mødet med sundhedsvæsenet sammenlignet med patienter med lavere socioøkonomisk status. De organisatoriske og relationelle forhold for mødet mellem sundhedsprofessionelle og patienter agerer i et samspil og betegnes overordnet set som *sundhedskommunikation*.

Organisatoriske forhold relaterer sig til organiseringen af sundhedsvæsenet, og hvordan vilkår i systemet muliggør eller forhindrer imødekommelse af nogle patienter. Det kan dreje sig om elementer som den tid, sundhedsprofessionelle har til rådighed, sundhedsprofessionelles uddannelsesmæssige forudsætninger for at kommunikere med socialt forskellige patienter, deres viden om henvisningsmuligheder og -tilbud samt rammerne for tværfagligt arbejde. Betydningen af organisatoriske forhold kommer sig delvist af de knappe ressourcer, der er i sundhedsvæsenet, som stiller krav til patienter og eventuelle pårørende om selv at kunne navigere i deres forløb.

Relationelle forhold relaterer sig til sociale interaktioner og kommunikationen i mødet mellem sundhedsprofessionelle og patienter. Det kan dreje sig om elementer som patienter og sundhedsprofessionelles kompetencer, holdninger og forventninger til mødet samt andre kommunikative mekanismer, der kan være med til at skabe en social distance i mødet mellem patienter og sundhedsprofessionelle.

I sundhedsvæsenet er der en bevidsthed om, at der er problemer med at nå ud til visse befolkningsgrupper, som har behov for hjælp og behandling ⁽¹⁹⁾. Ikke desto mindre er ansvaret for sundhed og sygdom i dag i højere grad, noget der involverer mange aktører som ikke nødvendigvis er direkte tilknyttet det statslige apparat ⁽²⁰⁾. For den enkelte borger betyder dette dels, at vedkommende gennem sociale og kulturelle normer er pålagt et enormt ansvar for egen sundhed, og dels at sundhedsvæsenet i stadig stigende grad bliver mere uigennemskueligt og svært at navigere i. Disse forhold er ligeledes med til at skabe og reproducere den sociale ulighed i sundhed ⁽²⁰⁾. Årsagerne til og mekanismer, som påvirker den sociale ulighed i mødet mellem patienter og

sundhedsvæsenet, er ikke fuldt afdækket. Det er et stort og kompliceret problem som involverer mange aktører og samfundsforhold, og der vil derfor i mange år fremover være behov for studier med fokus herpå.

Formål

Formålet med denne rapport er at præsentere viden om årsager til og mekanismerne bag den sociale ulighed i patienters møde med sundhedsvæsenet med et særligt fokus på de relationelle og organisatoriske forhold, der skaber eller bidrager til denne ulighed. Denne viden kan bidrage til en større forståelse for de mekanismer, der producerer eller forstærker den sociale ulighed i sundhed og danne grundlag for fremtidige handlingsorienterede fokusområder i sundhedsvæsenet til at mindske den sociale ulighed i mødet med sundhedsvæsenet.

Begrebsafklaring

Inden for forskning om social ulighed i sundhed er socioøkonomisk status et ofte anvendt begreb. I flæng med dette bruges ofte andre udtryk såsom socialklasse, socialgruppe, social position og social status på trods af deres forskellige teoretiske udgangspunkter og dermed fortolkninger ⁽²¹⁾. I denne rapport anvendes begrebet socioøkonomisk status, som skal forstås som de sociale og økonomiske faktorer, der har betydning for enkeltindivider eller gruppers status eller position i et samfund ^(22, 23). Uddannelse, indkomst og erhvervsstatus anvendes som proxy for individers socioøkonomiske status. Hver af disse indikatorer kan belyse et bestemt aspekt af den sociale ulighed, men de tre indikatorer er til en vis grad også korrelerede, da de alle måler aspekter af den samme underliggende ulighed ⁽²¹⁾.

Det er ikke givet, hvilken form for gruppeinddeling der er mest relevant i forbindelse med beskrivelsen af ulighed i sundhed, da køn, etnicitet og geografi også kan have stor sundhedspolitisk relevans. Vi fokuserer på socioøkonomiske faktorer, eftersom uligheden i forhold til de andre faktorer i et vist omfang er sekundære til den socioøkonomiske inddeling. Ulighed på tværs af etniske grupper og i geografi er f.eks. delvis betinget af ulighed i uddannelse og erhverv ⁽¹⁵⁾.

Der benyttes ofte to perspektiver til at forstå social ulighed i sundhed, hvoraf det første indebærer, at der er en social gradient i stigende sygdomsrisici og dødelighed fra personer med lavere socioøkonomisk status til personer med højere socioøkonomisk status. Det andet perspektiv indebærer, at der i samfundet eksisterer sårbare grupper, som har særligt belastende vilkår, herunder marginaliserede grupper samt fattige og hjemløse ⁽¹⁵⁾. Disse perspektiver ses som komplementære. I nærværende litteraturgennemgang er fokus på social ulighed i mødet med sundhedsvæsenet set ud fra patienters socioøkonomiske status, herunder uddannelses- og indkomstniveau samt tilknytning til arbejdsmarkedet.

Metode



Resultaterne, der præsenteres i denne rapport, bygger på en systematisk gennemgang af videnskabelige studier publiceret i internationale peer-reviewed tidsskrifter inden for de seneste 10 år. Denne rapport gennemgår ikke grå litteratur, som omfatter rapporter og studier, der ikke er publiceret i peer-reviewed tidsskrifter, og som dermed ikke kan identificeres i videnskabelige databaser. Den grå litteratur vurderes at være afdækket i rapporterne fra Videnscenter for Brugerinddragelse i Sundhedsvæsenet og Danske Patienter i 2019 ^(2, 15).

Kortlægning af videnskabelig litteratur

Den systematiske gennemgang af de videnskabelige studier er gennemført efter principperne for et systematisk review ^(24, 25). Et systematisk review er kendetegnet ved, at der er formuleret et præcist og fokuseret forskningsspørgsmål, at der er foretaget en systematisk litteratursøgning i alle de væsentligste databaser, at der er veldefinerede og på forhånd beskrevne in- og eksklusionskriterier, og at der er veldefinerede og på forhånd beskrevne kriterier for kvalitetsvurdering og sammenfatning.

Databasevalget til denne rapport er foretaget systematisk på baggrund af en oversigts-søgning i flere relevante databaser ved brug af en kombination af forskningsspørgsmålets kernebegreber. Herefter er databaserne PubMed, Embase og PsycInfo valgt, idet den indledende søgning gav de mest relevante søgeresultater i disse. Litteratursøgningen er udført gennem en systematisk opbygning af en søgestrategi, som er inspireret af en konceptualiseringsmodel, der anvendes, når et bestemt fænomen er interessant i forhold til en population i en bestemt kontekst ⁽²⁶⁾. Denne konceptualiseringsmodel betegnes PICO-modellen, hvor P i modellen omhandler population, I omhandler interessefelt og Co omhandler konteksten. I denne rapport indebærer første blok interessefeltet (I), som er sundhedskommunikation. Sundhedskommunikation omfatter et samlet begreb for mødet mellem patienter og sundhedsprofessionelle, som indebærer de relationelle og organisatoriske forhold, der påvirker og er et vilkår for mødet mellem parterne. Den anden blok, population (P), afgrænser den første blok til at omhandle patienter med forskellig socioøkonomisk status og oplevet social ulighed i sundhed blandt voksne patienter i behandling i den somatiske del af sundhedsvæsenet og med de typiske psykiske folkesygdomme (herunder stress, angst og depression). Fremgangsmåden for litteratursøgningen af videnskabelige studier indebærer, at der først er søgt på den mest essentielle blok (Interessefelt), og derefter er endnu en blok inkluderet (Population). Da der er opnået et realistisk søgeresultat med inklusion af to søgeblokke, er tredje blok (Kontekst) udeladt i denne søgning. For hver blok, der tilføjes, risikeres det at fravælge potentielt relevante studier. Derfor er resten af afgrænsningen af relevante studier foretaget fagligt ved brug af in- og eksklusionskriterier i screeningsprocessen. I figur 1 er søgestrategien illustreret.

FIGUR 1.

Søgestrategi illustreret ved PICO-modellen med de to anvendte søgeblokke: Interessefelt og Population

Søgeblok 1 Interessefelt (I)	Søgeblok 2 Population (P)
Sundhedskommunikation	Socioøkonomisk status og social ulighed
Samlet begreb for mødet mellem patienter og sundhedsprofessionelle, som forholder sig til de relationelle og de organisatoriske forhold, der påvirker og er et vilkår for mødet.	<p><i>Patienter i den somatiske del af sundhedsvæsenet (f.eks. patienter i behandling for hjertekarsygdom, kræft, multisygdom, diabetes og KOL).</i></p> <p><i>Patienter med psykiske folkesygdomme (f.eks. stress, angst og depression)</i></p>

Litteratursøgningen er udført i databaserne PubMed, Embase og PsycInfo, og videnskabelig litteratur er i databaserne identificeret både ved emneordssøgning (f.eks. ved brug af MeSH-termer i PubMed) og ved brug af fritekstsøgninger. Søgeresultaterne er begrænset til årene 2010 til 2020. De endelige søgeord og søgestrengene for hver database fremgår i bilag 1.

Inklusions- og eksklusionskriterier

PICo-modellen danner overordnet basis for inklusionskriterierne, hvor studier med fokus på social ulighed i mødet mellem patienter og sundhedsprofessionelle i sundhedsvæsenet inkluderes. Desuden er følgende inklusions- og eksklusionskriterier anvendt i screeningsprocessen af identificerede studier:

Inklusionskriterier:

- **Interessefelt:** Sundhedskommunikation (samlet begreb for mødet mellem sundhedsprofessionelle og patienter og forholder sig til både de relationelle og organisatoriske forhold, som knytter sig til mødet).
- **Population:** Socioøkonomiske forskelle og oplevet social ulighed blandt patienter i den somatiske del af sundhedsvæsenet (f.eks. patienter i behandling for hjertekar-sygdom, kræft, multisygdom, diabetes og KOL) samt patienter med psykiske folkesygdomme (f.eks. stress, angst og depression).
- **Kontekst:** Sundhedsvæsenet bredt set, herunder aktiviteter på sygehuse, speciallæger, almen praksis og kommunale sundhedsydelse i forhold til forebyggelse og rehabilitering.
- **Sprog:** Engelsk
- **Landoprindelse:** Studier med population fra vestlige lande defineret af Danmarks Statistik ⁽²⁷⁾, herunder alle 28 EU-lande samt Andorra, Island, Liechtenstein, Monaco, Norge, San Marino, Schweiz, Vatikanstaten, Canada, USA, Australien og New Zealand.
- **Publikationssår:** Studier publiceret mellem januar 2010 til august 2020.
- **Studietyper:** Peer-reviewed videnskabelige studier, herunder kvalitative og kvantitative studier, randomiserede kontrollerede studier, kvasi-eksperimentelle studier og observationsstudier, som lever op til gængse kriterier for kvalitet (blandt andet i forhold til transparens og refleksivitet om metode og resultater).

Eksklusionskriterier:

- **Population:** Patienter med svær psykisk sygdom (f.eks. patienter, som er psykotiske, selvmordstruede og selvskadende), patienter med kroniske neurologiske sygdomme (f.eks. demens, Alzheimers og udviklingshæmning), som ofte kræver en særlig tilrettelagt sundhedspædagogisk indsats, patienter som er bevidstløse og indlagt på intensiv afdeling (da der ofte kræves kommunikation med en tredje person), og patienter som er under 18 år.
- **Landoprindelse:** Danske studier publiceret før 2019. Her henvises til de danske rapporter fra 2019 ^(2, 15), som anses for dækkende for den danske litteratur på området.
- **Interessefelt:** Studier med fokus på årsager til forskelle i mødet med sundhedsvæsenet i forhold til patienters seksuelle eller religiøse orientering, køn og etnicitet.
- **Studietyper:** Konferencelitteratur, bøger, bogkapitler og opinion papers.

Screeningsprocessen

Det endelige søgeresultat er importeret til referenceprogrammet Endnote, hvor der er foretaget dubletfjernelse og dernæst overført til programmet Covidence. Dette er et softwareredskab til anvendelse i udarbejdelsen af systematiske reviews, idet det tillader screening af de inkluderede studier af to uafhængige personer. Screeningen er udført

systematisk af to uafhængige personer i henhold til de på forhånd formulerede in- og eksklusionskriterier. Studierne er vurderet på titel, abstract og fuldtekstniveau. I tilfælde af uenighed omkring in- eller eksklusion af de pågældende studier ved hvert screeningsstep er studierne blevet medtaget til næste step. Ved uenighed til slut i screeningsprocessen er en tredje person konsulteret, som har taget den endelige beslutning om det enkelte studie. I tilfælde af eksklusion under fuldtekstlæsningen er dette angivet med årsag. Screeningsprocessen er illustreret med et Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses (PRISMA) flowdiagram med årsager til eksklusion ⁽²⁵⁾.

Kvalitetsvurdering og dataekstraktion

Efter screeningsprocessen er afsluttet, er studierne kvalitetsvurderet med henblik på udelukkende at inkludere studier i den systematiske litteraturgennemgang, som er af en vis kvalitet, hvilket er med til at styrke muligheden for at drage konklusioner fra reviewets resultater. Kvalitetsvurderingen er foretaget af fire forskere, hvoraf to har gennemgået de kvantitative studier, og to har gennemgået de kvalitative studier. I tvivlstilfælde omkring vurderingen af de enkelte studier er enkelte kriterier drøftet, indtil der er opnået konsensus omkring den overordnede vurdering. De kvantitative studier er kvalitetsvurderet ved brug af vurderingsværktøjet "*Quality assessment tool for quantitative studies dictionary*"^b. Fem komponenter er valgt til at kvalitetsvurdere studierne: 1) risikoen for selektionsbias, 2) studiedesign, 3) confoundere, 4) dataindsamlingsmetode, og 5) bortfald. Baseret på disse komponenter er studierne vurderet til at have overordnet en høj, moderat eller svag kvalitet. Det er valgt at inkludere studier, som har modtaget en høj og moderat kvalitetsvurdering, mens studier, hvis overordnede kvalitetsvurdering er ratet svag, er ekskluderet.

Værktøjet "*Critical Appraisal Skills Programme (CASP) assessment tool for qualitative studies*"^c er anvendt til at vurdere kvaliteten af de kvalitative studier. Dette vurderingsværktøj omfatter 10 spørgsmål omkring studiets relevans, studiedesign, sampling, dataindsamling, gennemsigtighed i analysen, refleksivitet omkring etik og fund samt værdien af studiets fund. Kvaliteten af studierne er vurderet ved brug af et tre-points scoringssystem, hvoraf hvert af de 10 spørgsmål enten rates svagt (ét point), moderat (to point) eller højt (tre point) for hvert enkelt studie ⁽²⁶⁾. Studier med moderat eller høj kvalitet inkluderes i dette systematiske review, mens studier med svag kvalitet ekskluderes.

I forhold til dataekstraktion er der udviklet skemaer til at udtrække information om hvert enkelt studie. For de kvantitative studier er følgende information fra hvert enkelt studie udtrukket: formål, population (antal deltagere, alder, kønsfordeling), studiedesign, eksponering, udfald, resultater og vurdering af kvalitet. For de kvalitative studier er følgende information fra hvert enkelt studie udtrukket: formål, beskrivelse af populationen, undersøgelsesmetode, resultater/temaer og vurdering af kvalitet. Informationer udtrukket fra hvert enkelt studie fremgår i bilag.

Inkluderede studier

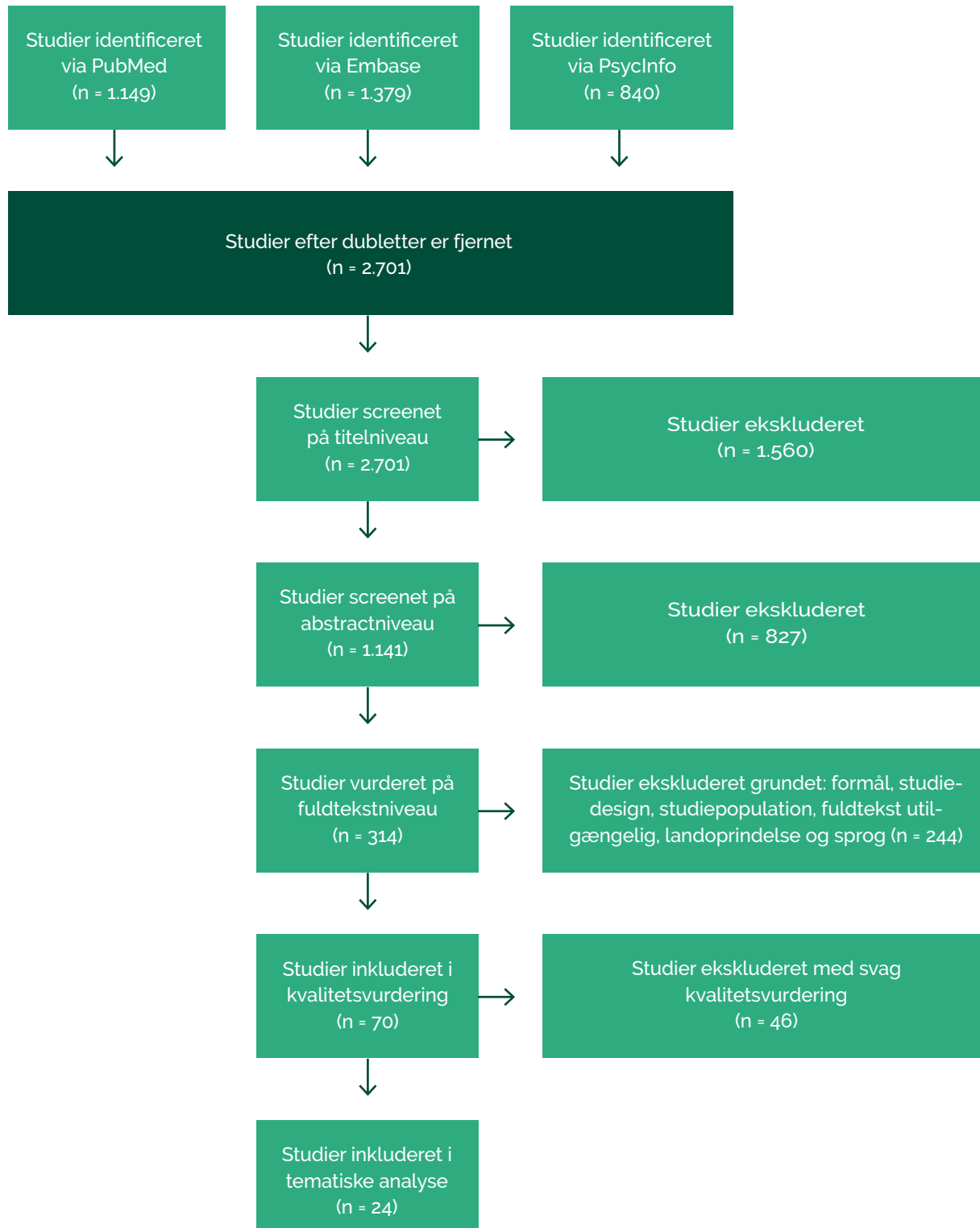
Litteratursøgningen i de tre databaser, PubMed, Embase og PsycInfo, udmundede i henholdsvis 1.149, 1.379 og 840 studier, hvoraf 2.701 er unikke studier, efter dubletter er fjernet. I alt 1.560 studier på titelniveau og 827 på abstractniveau er ekskluderet. Heraf er de fleste studier ekskluderet grundet studiets formål og landoprindelse. I alt 314 studier er vurderet på fuldtekstniveau, hvoraf 244 studier er ekskluderet med årsager omhandlende studiets formål, studiedesign, studiepopulation og landoprindelse. Som følge af

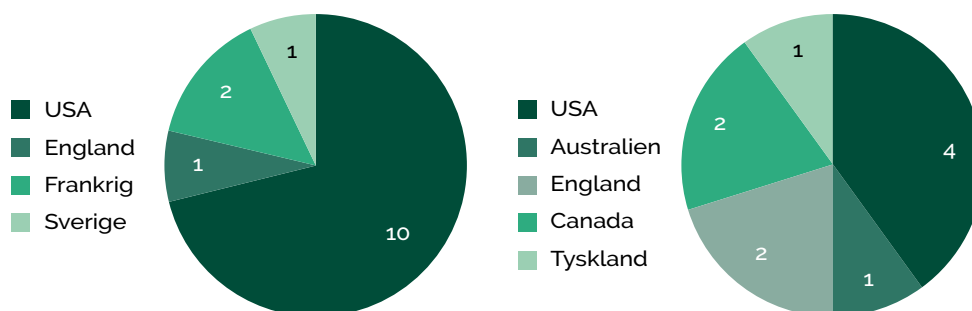
b Effective Public Health Practice Project. (1998). Quality assessment tool for quantitative studies. <https://www.nccmt.ca/knowledge-repositories/search/14>

c CASP. (2018). Critical Appraisal Skills Programme (CASP) assessment tool for qualitative studies. https://casp-uk.net/wp-content/uploads/2018/03/CASP-Qualitative-Checklist-2018_fillable_form.pdf

kvalitetsvurderingen er yderligere 46 studier ekskluderet grundet en lav rating, hvilket efterlader 24 studier med moderat eller høj rating, som er inkluderet i den tværgående analyse. I figur 2 er et PRISMA flowdiagram illustreret med et overblik over screeningsprocessen.

FIGUR 2.
Flowdiagram over screeningsprocessen



FIGUR 3.**Kvantitative studier****Karakteristik af studier**

I alt indgår 24 studier i den tematiske analyse, som fordeler sig på 14 kvantitative og 10 kvalitative studier. Ovenfor ses fordelingerne af de inkluderede kvantitative og kvalitative studier opdelt på studiernes landoprindelse.

Omtrent tre fjerdedele af de inkluderede kvantitative studier inkluderer en studiepopulation fra USA, mens det er tilfældet for lidt under halvdelen af de kvalitative studier. Studierne er rettet mod forskellige dele af sundhedsvæsenet, herunder patienter i den somatiske del af sundhedsvæsenet og i psykiatrien, speciallæger og almen praksis. De fleste studier tager udgangspunkt i patientgrupper i behandling i det somatiske sundhedsvæsen, f.eks. patienter med diabetes og hjertesygdom. Et fuldt overblik over de inkluderede studier fremgår i bilag 2.

Analysemetode

Analysen af de inkluderede studier har taget udgangspunkt i spørgsmålet om, *hvad der har betydning for social ulighed i mødet mellem patient og sundhedsprofessionelle* for på den måde at forstå de mekanismer, der kan skabe, opretholde eller bidrage til større ulighed i sundhed. Den analytiske tilgang bygger på principperne for en tematisk analyse. Formålet med en tematisk analyse er at identificere, organisere og beskrive vigtige, men ikke nødvendigvis alle, forhold i et datamateriale. En tematisk analyse er guidet af studiets forskningsspørgsmål og egner sig til analyser af forskelligartede datatyper ⁽²⁹⁾.

Analysemetoden består i, at der indledningsvist er lavet en grundig beskrivelse af pointerne i alle de inkluderede studier med relevans for litteraturstudiets fokus, nemlig årsager til ulighed i mødet mellem patienter og sundhedsvæsenet med fokus på de relationelle og organisatoriske forhold, der producerer ulighed i behandling og rehabilitering. Dernæst er forskellige mere overordnede temaer defineret, som indebærer temaer og forhold, som går på tværs af flere af studierne. Et tema skal her forstås som en abstrakt enhed eller et begreb, som meningsfuldt kan beskrive noget, der er tilbagevendende i materialet, selvom det manifesterer sig forskelligt i de enkelte studier ⁽³⁰⁾. De identificerede temaer er, som det vil fremgå i analysen: 1) organisatoriske forhold i sundhedsvæsenet, 2) sociokulturelle forhold, 3) patienters livsomstændigheder, og 4) kvalitet af relationen.

Den valgte tilgang er begrundet ved, at de inkluderede studier er meget forskelligartede, hvad angår perspektiv, målgruppe, kontekst, fokus, m.m. Desuden er det hovedsageligt de kvalitative studier, som bidrager til at forklare mekanismerne bag den sociale ulighed i mødet med sundhedsvæsenet. En analytisk tilgang, som går på tværs af de inkluderede studier, kan fremhæve nogle mere generelle forhold med betydning for social ulighed i mødet med sundhedsvæsenet, som vil give pointerne mere udsigelseskraft, fordi flere studier kan underbygge hver pointe. De enkelte studier, kvalitative og kvantitative, bliver således almengjort ved at understrege og illustrere overordnede tematiske pointer.

Analyse



I dette kapitel afrapporteres resultaterne fra den tematiske analyse af de inkluderede studier. Overordnet set omhandler analysen de organisatoriske og relationelle forhold, der producerer eller bidrager til social ulighed i behandling og rehabilitering i sundhedsvæsenet med fokus på mødet mellem patienter og sundhedsvæsenet. I alt indgår 14 kvantitative og 10 kvalitative studier. Der er identificeret og fremstilles her fire overordnede temaer under titlerne 1) organisatoriske forhold i sundhedsvæsenet, 2) socio-kulturelle forhold, 3) patienters livsomstændigheder, og 4) kvaliteten af relationen. De fremhævede temaer har hver for sig og i samspil betydning for social ulighed i mødet mellem patienter og sundhedsvæsenet. I tabel 2 og 3 ses henholdsvis de inkluderede kvantitative og kvalitative studier med en oversigt over studierne referencenummer, forfattere, landoprindelse og formål.

TABEL 2.

Oversigt over de inkluderede kvantitative studier

Reference	Forfatter (år)	Land	Formål
31	Lindquist et al. (2015)	England	Undersøge adfærd relateret til at opsøge ydelser i sundhedsvæsenet (health-seeking behaviours) samt udfald og oplevelser af den pleje, der gives i sundhedsvæsenet i forbindelse med graviditet og fødsel blandt kvinder fra forskellige socioøkonomiske baggrunde.
32	Yelin et al. (2015)	USA	Undersøge betydningen af patienters forskellige sociodemografiske- og sygdomskaraktetika for oplevelsen af interaktionen med sundhedsprofessionelle.
33	Momoh et al. (2019)	USA	Undersøge mønstre i forhold til at modtage information om brystrekonstruktionsoperationer, herunder uddannelsesniveaues og indkomstniveaues betydning, blandt patienter med brystkræft.
34	Niklasson et al. (2019)	Sverige	Undersøge socioøkonomiske forskelle i behandling af slagtilfælde og faktorer, der bidrager til forsinkelser i sundhedsvæsenet, herunder brugen af ambulance, prioriteringer i ambulancen og ambulancepersonalets genkendelse af slagtilfælde.
40	Moret et al. (2017)	Frankrig	Undersøge social ulighed i patienters tilfredshed med den medicinske information, som de modtager fra sundhedsprofessionelle. Studiet undersøger ligeledes den sociale ulighed i tilfredsheden med interaktionen med sundhedsprofessionelle og inddragelse i fælles beslutningstagning.
43	Schieber et al. (2013)	Frankrig	Undersøge, om social distance (beregnet som forskellen mellem lægens sociale position og patientens sociale position) er relateret til uenighed om patientens helbredsstatus.
44	Thornton et al. (2011)	USA	Undersøge, om social overensstemmelse mellem patienter og sundhedsprofessionelle er associeret med kvaliteten af kommunikationen og patienternes opfattelse af plejen. Studiet benytter et sammensat mål for delte sociale karakteristika (race, køn, alder og uddannelse) mellem patienter og læger til at vurdere den sociale overensstemmelse.
47	Coats et al. (2018)	USA	Undersøge betydningen af alvorligt syge patienters etnicitet, socioøkonomiske status og religiøse tilhørsforhold i forhold til deres vurdering af kvaliteten af lægens kommunikation og tillid til lægen.
48	Moskowitz et al. (2013)	USA	Undersøge sammenhængen mellem den opfattede sociale position og kvaliteten af kommunikationen med den sundhedsprofessionelle blandt patienter med diabetes. Studiet undersøger også, om sammenhængen mellem den opfattede sociale position og kvalitet af kommunikation er uafhængig af objektive mål for socioøkonomisk status.
49	Dehlendorf et al. (2017)	USA	Undersøge kvaliteten og indholdet af kommunikation om præventionsmetoder mellem patienter og sundhedsprofessionelle, samt om der er etnicitetsforskelle og socioøkonomiske forskelle.
50	Song et al. (2014)	USA	Undersøge, hvordan en række sociokulturelle faktorer (tillid til lægen, opfattet racisme, religiøs overbevisning, sundhedsforståelse og sundhedskompetence) påvirker kommunikationen mellem sundhedsprofessionelle og patienter med prostatakræft.

Reference	Forfatter (år)	Land	Formål
51	Spooner et al. (2016)	USA	Undersøge sammenhængen mellem forskellige sociodemografiske karakteristika og kvaliteten af kommunikationen mellem patienter og sundhedsprofessionelle.
52	Spooner et al. (2017)	USA	Undersøge patienters adfærd i forbindelse med søgning af sundhedsinformation online og kommunikationsadfærd. Studiet undersøger også socio-demografiske forskelle i interessen for og brugen af forskellige typer af digital kommunikation med sundhedsprofessionelle.
53	Hausmann et al. (2011)	USA	Undersøge sammenhængen mellem tidligere erfaringer med diskriminering på baggrund af patienters socioøkonomiske status og kvaliteten af kommunikationen mellem patienter og sundhedsprofessionelle.

TABEL 3.

Oversigt over de inkluderede kvalitative studier

Reference	Forfatter (år)	Land	Formål
11	Scott et al. (2019)	England	Undersøge, hvordan socioøkonomiske forskelle i adgangen til insulinpumpebehandling kan opstå ved at udforske både patienters og sundhedsprofessionelles perspektiv.
35	Schröder et al. (2018)	Tyskland	Undersøge socioøkonomiske forskelle i patienters oplevelse med behandling for hjertesygdom.
36	Loignon et al. (2015)	Canada	Undersøge barrierer for pleje i sundhedsvæsenet blandt personer, der lever med fattigdom ved at inddrage perspektiver fra både sundhedsprofessionelle og patienter.
37	Thompson et al. (2015)	USA	Undersøge erfaringer med at arbejde med patienter med lavere socioøkonomisk status blandt sundhedsprofessionelle, der arbejder i psykiatrien. Studiet søger at belyse krydsfeltet mellem de personlige og professionelle erfaringer, som er med til at skabe interaktionerne med patienterne.
38	Heaman et al. (2015)	Canada	Undersøge sundhedsprofessionelles opfattelser af deres patienters barrierer og facilitatorer i forbindelse med prænatal pleje i sundhedsvæsenet og deres forslag til, hvordan den prænatale pleje kan forbedres for at reducere ulighed i brugen af den.
39	Leal et al. (2018)	USA	Undersøge sårbare patienters opfattelser og erfaringer af, hvilke faktorer der påvirker, om patienterne søger behandling for tarmkræft.
41	Protheroe et al. (2013)	England	Undersøge patienters opfattelser og erfaringer med at bruge sundhedsvæsenet blandt forskellige befolkningsgrupper. Desuden undersøger studiet, hvorfor patienter med højere socioøkonomisk status er mere tilbøjelige til at deltage i behandling end dem med lavere socioøkonomisk status.
42	Bell (2014)	USA	Undersøge, hvordan social og kulturel kapital påvirker sundhedskommunikation, samt hvordan dette påvirker erfaringer med sundhed og sygdom (i denne sammenhæng infertilitet) blandt patienter fra forskellige socioøkonomiske baggrunde.
45	McSorley et al. (2017)	USA	Undersøge sundhedsprofessionelles opfattelse af barrierer for at få en nyretransplantation blandt dialysepatienter med lavere socioøkonomisk status, samt i hvilket omfang efteruddannelse af den sundhedsprofessionelle faciliterer adgangen til transplantation.
46	Gamble et al. (2017)	Australien	Undersøge erfaringer med rygestopinterventioner, opfattelser af effektiviteten af rygestopinterventionerne og synspunkter til forbedring af rygestopinterventioner blandt gravide kvinder fra lavere socioøkonomisk status.

1. Organisatoriske forhold i sundhedsvæsenet

Det første tema omhandler organisatoriske forhold i sundhedsvæsenet. Indledningsvis beskriver afsnittet, hvordan den sociale ulighed i adgangen til sundhedsvæsenets ydelser kommer til udtryk i en række studier. Det næste omhandler sundhedsvæsenets organisering, og hvordan dette påvirker mødet med sundhedsvæsenet blandt patienter med lavere socioøkonomisk status. Til sidst kommer afsnittet ind på, hvordan begrænsede ressourcer i sundhedsvæsenet påvirker de sundhedsprofessionelles betingelser og muligheder for at arbejde med social ulighed i mødet mellem sundhedsvæsenet og patienter med forskellig social status.

Adgang til sundhedsvæsenets ydelser

Fire kvantitative studier undersøger social ulighed i brugen af og udbuddet af sundhedsvæsenets ydelser ^(31, 32, 33, 34), og to kvalitative studier undersøger social ulighed i adgangen til sundhedsvæsenet, samt hvad de sundhedsprofessionelle selv vurderer påvirker deres valg af ydelser til patienter ^(11, 35). De kvantitative studier finder alle, at patienter med lavere socioøkonomisk status i mindre grad modtager ydelser og behandling i sundhedsvæsenet i forbindelse med forskellige sygdomsforløb sammenlignet med patienter med højere socioøkonomisk status ^(31, 32, 33, 34). Eksempelvis finder Lindquist et al. (2014), at kvinder med lavere socioøkonomisk status har 60% mindre sandsynlighed for at modtage pleje i løbet af deres graviditet, 38% mindre sandsynlighed for at blive tilset af en sundhedsprofessionel inden for 12 uger i deres graviditet og 47% mindre sandsynlighed for at blive tilset af en sundhedsprofessionel så tidligt som ønsket i løbet af deres graviditet sammenlignet med kvinder med højere socioøkonomisk status ⁽³¹⁾. Ingen af de kvantitative studier undersøger dog årsager til den mindre grad af forbrug af sundhedsydelser og behandling blandt patienter med lavere socioøkonomisk status sammenlignet med øvrige patienter.

Det kvalitative studie af Schröder et al. (2018) finder ligeledes socioøkonomiske forskelle i brugen af sundhedsydelser ⁽³⁵⁾. Særligt patienter med lavere socioøkonomisk status rapporterer, at deres praktiserende læge kun undersøger eller henviser dem, hvis de selv efterspørger det, f.eks. i forbindelse med henvisning til speciallæge. Desuden opfatter nogle patienter med lavere socioøkonomisk status aftaler med specialister som unødvendige, eller også forventer de, at deres læge informerer dem om nødvendigheden af at møde op til disse aftaler og at komme til regelmæssig kontrol. Koblingen mellem, at patienter oplever, at lægen kun henviser dem videre i sundhedsvæsenet, hvis patienten selv efterspørger det, og at nogle patienter ikke opfatter disse konsultationer som nødvendige, kan medvirke til, at nogle patienter ikke får den nødvendige specialiserede ekspertise, som kan påvirke deres videre behandling i sundhedsvæsenet. Det andet kvalitative studie af Scott et al. (2019) finder, at sundhedsprofessionelle spiller en vigtig rolle i at bestemme, hvem der får adgang til mere avancerede behandlingsmuligheder blandt diabetespatienter, såsom en insulinpumpe ⁽¹¹⁾. I studiet beskriver sundhedsprofessionelle, hvordan deres opfattelse af patienternes motivation, viden og evne til at opretholde en mere krævende behandlingsform påvirker de sundhedsprofessionelles beslutning om, hvilken behandling patienterne skal tilbydes. Eksempelvis forklarer en sundhedsprofessionel, at patienter er nødt til at have en vis grad af selvstyring over deres tilstand, have et godt kendskab til deres diabetessygdom og tage ejerskab over deres egen behandling, da insulinpumpen er en krævende behandlingsform. Studiet beskriver, at disse krav kan være svære for patienter med lavere socioøkonomisk status at leve op til grundet blandt andet færre personlige ressourcer og lavere grad af sundhedskompetence. En sundhedsprofessionel beskriver, at patienter, der efterspørger at få en insulinpumpe, ofte har et højt uddannelsesniveaue og kendskab til forskellige behandlingsmuligheder, enten gennem f.eks. en diabetesorganisation eller gennem bekendte og familie.

Organisering og kompleksitet i sundhedsvæsenet

Ét kvantitativt studie ⁽³²⁾ og fire kvalitative studier ^(11, 36, 37, 38) undersøger patienters oplevelse af organiseringen i sundhedsvæsenet, som kan være en barriere for tilgængeligheden af behandling og i konsultationer med sundhedsprofessionelle. Det kvantitative studie af Yelin et al. (2015) måler patienters opfattelse af koordinering af pleje og behandling af en betændelsessygdom ved at spørge patienterne om, hvor ofte deres primære læge virker informeret og opdateret på den pleje, som patienten har modtaget af andre læger. Studiet finder ingen sammenhæng mellem patienters socioøkonomiske status og deres opfattelse af koordineringen mellem forskellige sundhedsprofessionelle, der er involveret i deres behandling ⁽³²⁾.

I det kvalitative studie af Loignon et al. (2015) fremhæver både sundhedsprofessionelle og patienter med lavere socioøkonomisk status, at den for patienter uigennemskuelige organisering af sundhedsvæsenet er en barriere for patienternes kontakt med sundhedsvæsenet ⁽³⁶⁾. Patienter oplever, at det er vanskeligt at navigere i sundhedssystemet og forstå de forskellige processer og procedurer. I studiet oplever patienter med lavere socioøkonomisk status, at det er svært at forstå, hvor man skal henvende sig og blive konsulteret i forbindelse med forskellige helbredsmæssige problemer, f.eks. om man skal lave en aftale ved sin egen læge eller henvende sig på hospitalet. Nogle patienter oplever desuden, at det kan være svært at finde vej til forskellige afdelinger i store sundhedsfaciliteter. I et andet kvalitativt studie af Thompson et al. (2015) udforskes perspektiver fra sundhedsprofessionelle inden for psykiatrien i forhold til deres arbejde med patienter med lavere socioøkonomisk status ⁽³⁷⁾. Sundhedsvæsenets uigennemskuelige organisering nævnes også i dette studie som en barriere for patienternes møde med psykiatrien og deres behandling. De fleste sundhedsprofessionelle mener ikke, at sundhedsvæsenet i tilstrækkelig grad imødekommer behovene hos patienter med lavere socioøkonomisk status. En sundhedsprofessionel beskriver i denne forbindelse, at sundhedsvæsenet ikke er designet til disse patienter, mens en anden sundhedsprofessionel nævner, at den største barriere for behandling sandsynligvis er systemet i sig selv, da mange mennesker, inklusive den sundhedsprofessionelle selv, kan fare vild og have svært ved at navigere i sundhedsvæsenet. Der fremhæves f.eks. udfordringer med at henvise patienter til den rette psykiatriske behandling. Studiet af Scott et al. (2019) understøtter ovenstående og peger på, at patienter med lavere socioøkonomisk status oplever en større forvirring omkring sundhedsvæsenets organisering og er mindre i stand til at navigere blandt specialiserede ydelser sammenlignet med patienter med højere socioøkonomisk status ⁽¹¹⁾. En patient med højere socioøkonomisk status beskriver f.eks. at have forståelse for, at insulinpumpe er en mulighed for hende, men at det er et krav, at hun deltager i uddannelse for at være berettiget. Patienten benytter sig således af en proaktiv tilgang til behandling, hvor hun søger information for at tage en beslutning mellem behandlingsmuligheder. I studiet beskrives patientens viden at være vigtig for den individuelle navigering mellem specialitydelser, og at denne viden kan blandt andet opnås gennem regelmæssigt fremmøde til ydelser. Det vil sige, at jo mere erfaring patienten har med behandling og ydelser i sundhedsvæsenet, desto lettere vil det være at navigere i sundhedsvæsenet. Desuden beskrives det som en fordel selv at have en sundhedsfaglig uddannelse, at have en ven eller familiemedlem, som har en sundhedsfaglig uddannelse, eller at kende nogen, som selv har kunnet finde ud af at navigere i systemet.

I studiet af Heaman et al. (2015) identificerer de sundhedsprofessionelle en række facilitatorer, som kan øge brugen af prænatal pleje blandt patienter med lavere socioøkonomisk status, som er relateret til selve organiseringen af sundhedsvæsenet ⁽³⁸⁾. Blandt andet er geografisk nærhed, fleksible åbningstider, f.eks. åbningstider om aftenen eller weekend samt "drop-in" ydelser vigtige i forhold til at gøre prænatal pleje mere tilgængelig og bekvem for patienter. Desuden nævner de sundhedsprofessionelle, at påmindelser om aftaler og opfølgende kontakt er vigtigt for patienter, som har en tendens til at glemme og misse aftaler. Flere af de sundhedsprofessionelle nævner fordele ved at assistere patienter med transport til konsultationer, f.eks. ved at tilbyde

busbilletter og taxikuponer. De sundhedsprofessionelle beskriver også, at hjælp med børnepasning, såsom at have ekstra plads, legeområder og opsyn med børn på stedet som facilitatorer. En række sundhedsprofessionelle foreslår også en tilgang, hvor prænatal pleje tilbydes i et tværfagligt miljø med forskellige typer af sundhedsprofessionelle, der arbejder under samme tag, som vil kunne imødekomme patienters forskelligartede behov, f.eks. ved adgang til både en socialrådgiver, en diætist og en sygeplejerske i samme lokation.

Sundhedsvæsenets ressourcer

Ét kvantitativt studie ⁽³⁴⁾ og tre kvalitative studier ^(36, 37, 38) undersøger betydningen af sundhedsvæsenets ressourcer for det ulige møde mellem patienter og sundhedsprofessionelle, herunder tid og personalets ressourcer. Det kvantitative studie af Niklasson et al. (2019) finder, at tiden, der bruges på pleje af præhospital slagtilfælde, adskiller sig på tværs af patienters socioøkonomiske status og indikerer, at dette kan forklares med manglende medarbejderressourcer og sundhedsprofessionelles kompetencer til at genkende slagtilfælde ⁽³⁴⁾. Studiet finder således socioøkonomiske forskelle i den tid, der går fra, at der ringes til alarmcentralen, til ankomst til hospitalet, hvor der i gennemsnit går 30 minutter længere tid før ankomst til hospitalet blandt patienter med lavere socioøkonomisk status sammenlignet med patienter med højere socioøkonomisk status. Desuden finder studiet, at patienter med lavere socioøkonomisk status er mindre tilbøjelige til at modtage den højeste prioritet i ambulancen. Der ses ikke socioøkonomiske forskelle med hensyn til prioritering på alarmcentralen eller i sandsynligheden for, at patienterne får ambulancetransport. Studiet finder, at den sociale ulighed i tiden til ankomst på hospitalet og prioritering i ambulancen delvist kan forklares ved manglende kompetencer blandt ambulancesygeplejersker til at genkende slagtilfælde. Studiet diskuterer desuden, om disse forskelle kan skyldes forskellige måder at kommunikere symptomer blandt patienter, som enten kan facilitere eller komplicere genkendelse af slagtilfælde. Eftersom der ofte er en højere forekomst af etniske minoriteter blandt patienter med lavere socioøkonomisk status, kan det yderligere vanskeliggøre kommunikationen mellem patienter og sundhedsprofessionelle grundet eventuelle sprogbarrierer.

I det kvalitative studie af Loignon et al. (2015) udforskes perspektiver blandt patienter med lavere socioøkonomisk status og sundhedsprofessionelle i forhold til barrierer for at tilgå sundhedsvæsenet blandt patienter med lavere socioøkonomisk status ⁽³⁶⁾. Blandt de sundhedsprofessionelle påpeges det, at manglende indsatser med fokus på mindskning af den sociale ulighed skyldes knappe ressourcer i sundhedsvæsenet, herunder mangel på sundhedspersonale. De sundhedsprofessionelle oplever, at tidsbegrænsninger påvirker deres evne til at nå at forstå deres patienters situation, at gennemgå alle nødvendige informationer med patienten, at lave konkrete kliniske vurderinger, at gennemføre administrativt arbejde effektivt og at udføre forebyggende indsatser og konsultationer. Patienterne giver udtryk for, at den begrænsede tid kan betyde, at der ikke tages højde for hele deres situation. Den begrænsede tid i konsultationerne kan skabe en for dem stressende situation, som betyder, at de sommetider glemmer at nævne vigtige problematikker. Dette leder til en frygt for, at den sundhedsprofessionelle baserer sin diagnose på forudindtagede holdninger, som kan lede til fejlagnostisering, og en frygt for at blive fastlåst i en forkert diagnose, som socialrådgivere og andet sundhedspersonale stoler på, og som kan følge dem i fremtiden.

I studiet af Heaman et al. (2015) nævner de fleste sundhedsprofessionelle travlhed eller mangel på tid blandt de sundhedsprofessionelle som barrierer for brug af prænatale ydelser blandt patienter med lavere socioøkonomisk status ⁽³⁸⁾. En fødselslæge beskriver blandt andet, at sundhedspersonale er meget afhængige af, at patienten er selvstyret, lærer på egen hånd eller selv benytter sig af og går til prænatale kurser på grund af travlheden blandt sundhedspersonalet. I den forbindelse nævner lægen, at det særligt kan være utilfredsstillende for patienter, som ikke har ressourcer eller evnerne til selv at tilegne sig uddannelse i prænatal pleje andre steder fra end til konsultationer, hvor der

ofte vil være en travl fødselslæge, som kun spørger ind til bevægelse, blodtryk og mål. Desuden identificeres mangel på sundhedsprofessionelle, der tilbyder prænatal pleje, som en vigtig barriere for adgangen til denne pleje. De sundhedsprofessionelle oplever, at ydelserne for prænatal pleje ofte er geografisk for langt væk for nogle patienter, konsultationerne for korte, tidspunkter for konsultationer for ufleksible eller ubelejlige, og tid brugt i venterummet ofte er for lang.

I studiet af Thompson et al. (2015) oplever de adspurgte sundhedsprofessionelle at have for dårlige arbejdsforhold i psykiatrien til at kunne tilbyde de ønskede ydelser og fornødne pleje til deres patienter med lavere socioøkonomisk status⁽³⁷⁾. De sundhedsprofessionelle påpeger, at en af grundene til de dårlige arbejdsforhold skyldes, at mange af deres patienter har lavere status i samfundet og derfor ikke bliver prioriteret politisk. Desuden oplever de sundhedsprofessionelle, at deres uddannelse er for begrænset og teoretisk i forhold til at arbejde med mennesker med lavere socioøkonomisk status. De føler sig ikke rustet til at kunne udføre så mange forskellige funktioner (f.eks. at fungere som både psykolog, socialpædagog og sagsbehandler), som kan være nødvendigt for at hjælpe patienter med lavere socioøkonomisk status, fordi deres problemer ofte rækker ud over forhold som sundhedsvæsenet kan afhjælpe. Flere sundhedsprofessionelle beskriver desuden, at midlerne til at forbedre vilkårene og behandling for disse patienter ofte er for begrænsede.

DELKONKLUSION

På tværs af flere studier kan der observeres en række organisatoriske forhold i sundhedsvæsenet, som er med til at skabe social ulighed i mødet mellem patienter og sundhedsvæsen. Analysens fund viser, at den sociale ulighed i modtagelsen af ydelser og behandlinger i sundhedsvæsenet kan skyldes, at patienter med lavere socioøkonomisk status er mindre proaktive og i højere grad afventer lægernes instruktioner om, hvad de skal gøre. De sundhedsprofessionelle spiller en væsentlig rolle i, hvem der får adgang til behandlingen, og deres forestilling om patienters viden, kompetencer og ressourcer påvirker deres valg.

Organiseringen af sundhedsvæsenet kan også påvirke den sociale ulighed i mødet med sundhedsvæsenet. Flere studier fremhæver sundhedsvæsenets kompleksitet som barrierer for adgang til sundhedsydelser blandt patienter med lavere socioøkonomisk status. Patienter med lavere socioøkonomisk status oplever blandt andet vanskeligheder med at navigere og forstå de forskellige processer og procedurer i sundhedsvæsenet. Dette forhold bekræftes af studier med fokus på sundhedsprofessionelle, som påpeger, at sundhedsvæsenet ikke i tilstrækkelig grad imødekommer behovet hos disse patienter.

Sundhedsvæsenets ressourcer spiller ligeledes en væsentlig rolle i den sociale ulighed i mødet med sundhedsvæsenet. Det er blandt andet beskrevet, at manglende fokus på at reducere ulighed i adgangen til sundhedsvæsenet skyldes mangel på sundhedspersonale, mangel på tid og travlhed blandt sundhedsprofessionelle. Dette bekymrer patienter med lavere socioøkonomisk status, som føler, at de ikke får det nødvendige rum til og mulighed for at forklare deres situation med den konsekvens, at der er risiko for fejlsvurdering og -diagnosticering. Sundhedsprofessionelle oplever herudover, at tidspunkterne for konsultationer er for ufleksible, ventetiden i venterummet er for lang, og der er dårlige arbejdsforhold. De sundhedsprofessionelle føler også, at de mangler kompetencer til at arbejde med mennesker med lavere socioøkonomisk status.

2. Sociokulturelle forhold

Det andet identificerede tema med betydning for social ulighed i mødet med sundhedsvæsenet er sociokulturelle forhold. Sociokulturelle forhold indebærer blandt andet opfattelser og forståelser af sygdom og sundhed samt holdninger og forventninger til patientrollen og den sundhedsprofessionelles rolle. Det er forhold, som påvirkes af menneskers forskellige sociale, kulturelle og familiære baggrunde, og som har betydning for menneskers interaktioner på ofte ubevidste måder. Indledningsvis beskriver afsnittet, hvordan forskellige opfattelser af sundhed og sygdom mellem patienter og sundhedsprofessionelle har betydning for den sociale ulighed i mødet mellem patienter og sundhedsvæsenet. Dernæst beskrives, hvordan forskellige forventninger til mødet mellem patienter og sundhedsprofessionelle kommer til udtryk i en række studier. Til sidst beskriver afsnittet mekanismer omkring social distance, der kan opstå mellem forskellige patienter og sundhedsprofessionelle, herunder fordomme og ulighed i forudsætninger for samarbejdet mellem patienter og sundhedsprofessionelle.

Opfattelser af sundhed og sygdom

Tre kvalitative studier udforsker, hvordan socioøkonomiske forskelle i opfattelser af sygdom og sundhed blandt patienter kan påvirke, hvorvidt patienter opsøger hjælp i sundhedsvæsenet, hvordan kommunikationen med sundhedsprofessionelle foregår, samt hvordan de håndterer sygdom og behandling^(35, 36, 39). Studiet af Loignon et al. (2015) finder, at forskellige forestillinger omkring sundhed og sygdom påvirker, hvornår patienter opsøger behandling⁽³⁶⁾. Eksempelvis påpeger patienter med lavere socioøkonomisk status, at de fortrinsvis opsøger medicinsk hjælp, når de har alvorlige eller mærkbare symptomer, og det virker fremmed for disse patienter at engagere sig i regelmæssige forebyggende kontrolundersøgelser, når de ikke føler sig syge. Patienterne i dette studie forbinder læger og hospitaler med seriøs sygdom og død, og trækker hellere på midler som selvpleje, alternativ eller naturlig medicin i forbindelse med mindre alvorlige symptomer. Nogle af patienterne udtrykker desuden negative følelser omkring hospitaler og læger. Studiet af Schröder et al. (2018) udforsker ligeledes patienters sygdomsforståelser og -opfattelser⁽³⁵⁾. Her har patienter med lavere socioøkonomisk status i højere grad fokus på symptomforbedring og forbedring af medicinske parametre i konsultationer med sundhedsprofessionelle, hvilket ofte har til formål at eliminere behovet for lægebesøg eller for at forbedre overlevelse. Patienter med højere socioøkonomisk status har derimod i højere grad fokus på at forbedre deres fysiske ydeevne og præstationer, og deres forståelser for sygdom og sundhed rækker ud over symptomforbedring. Dette fokus på sygdomshåndtering frem for symptomforbedring er knyttet til, at de har en større viden om sygdom og behandling.

Opfattelser af sundhed og sygdom er tæt knyttet til sociale normer inden for en given social gruppe, og der hersker divergerende sociale normer blandt patienter med forskellig socioøkonomisk status. Denne forskel kan ligeledes påvirke mødet mellem patienter og sundhedsvæsenet, herunder forskellige patienters forløb i sundhedsvæsenet. Sociale normer omkring sygdom og behandling kan have betydning for, om patienter opsøger eller ikke opsøger sundhedsvæsenet. I den forbindelse finder Loignon et al. (2015), at flere patienter med lavere socioøkonomisk status oplever en stor skam over deres livssituation, som kan medvirke til, at de foretrækker at være stille i konsultationer med sundhedsprofessionelle frem for at tale med de sundhedsprofessionelle om deres problematikker⁽³⁶⁾. Således kan patienternes overbevisninger om deres livssituation og problematikker være en barriere for kommunikationen mellem patienter og sundhedsprofessionelle. Patienterne i studiet nævner, at den sociale norm, som oftest hersker i deres nærmiljø i forhold til sygdom og sundhed blandt andet indebærer at foretrække selvpleje, naturlig medicin og at ændre på sin kost frem for at opsøge professionel medicinsk hjælp. Det tyder derfor på, at patienterne har større tendens til at engagere sig i alternative behandlingsformer sammenlignet med at opsøge sundhedsvæsenet. Studiet af Leal et al. (2018) finder, at forestillinger om, hvad der udgør maskulinitet, påvirker, hvorvidt mandlige patienter med lavere socioøkonomisk status opsøger

behandling for tyktarms- og endetarmskræft⁽³⁹⁾. Dette behov for at opretholde maskulinitet handler både om en forestilling om, at mænd skal være hårde og kunne sørge for sin familie, samt at undersøgelser af endetarmen ses som en krænkelse af den mandlige seksualitet. Studiet finder desuden, at patienterne undlader at opsøge sundhedsvæsenet på grund af en frygt eller flovhed over deres symptomer. Mødet mellem patienter og sundhedsprofessionelle kan således blive vanskeliggjort af forskellige opfattelser af og sociale normer omkring sygdom og sundhed, som kan have en vigtig betydning for patienternes videre vej gennem sundhedsvæsenet og deres muligheder for behandling.

Forskellige forventninger

To kvantitative studier^(32, 40) og seks kvalitative studier^(11, 35, 38, 41, 42) undersøger betydningen af roller og forventninger i mødet mellem patienter og sundhedsvæsenet. I dette afsnit er der fokus på, hvilken forventninger henholdsvis patienten og den sundhedsprofessionelle har til deres egne roller og til hinandens roller.

Patientens forventninger til deres egen og den sundhedsprofessionelles rolle

Når man ser på patientens opfattelser af den sundhedsprofessionelles rolle i mødet med sundhedsvæsenet, finder flere studier, at nogle patienter kan have forventninger til, at de sundhedsprofessionelle inddrager dem i beslutningstagning. I studiet af Moret et al. (2017) indikeres der, at oplevelsen af at være involveret i beslutningsprocesser er den vigtigste determinant for patienters tilfredshed om informationen i konsultationer⁽²⁹⁾. Studiet finder dog, at der er socioøkonomiske forskelle i patienters oplevelse af at blive inddraget i beslutninger til konsultationer, og viser, at forekomsten af patienter, som rapporterer at være involveret i beslutningstagen i konsultationer, er lavere blandt patienter med lavere socioøkonomisk status sammenlignet med øvrige patienter⁽⁴⁰⁾. I studiet af Yelin et al. (2015) ses der dog ingen sammenhæng mellem patienters socioøkonomiske status og graden af fælles beslutningstagning i konsultationer⁽³²⁾. De to kvantitative studier er således ikke entydige i deres fund om, hvorvidt der er social ulighed i patienters oplevelse af at blive inddraget i beslutninger i konsultationer, og i hvorvidt patienterne føler, at de er fælles med de sundhedsprofessionelle omkring beslutningerne.

I det kvalitative studie af Schröder et al. (2018) ses der socioøkonomiske forskelle i patienters opfattede rolle i sundhedsvæsenet⁽³⁵⁾. Patienter med lavere socioøkonomisk status ser ikke på samme måde sig selv som en aktiv del af de fælles beslutningsprocesser og overlader i høj grad ansvaret om beslutninger om behandling til lægen sammenlignet med patienter med højere socioøkonomisk status. Eksempelvis sætter patienter med lavere socioøkonomisk status i mindre grad spørgsmålstejn ved de beslutninger, som lægen træffer. Patienternes sociale normer og forestillinger om patientrollen indebærer en forståelse af sundhedsprofessionelle som autoriteter og som dem, der ved bedst i forhold til at vurdere diagnose og behandling. I studiet foretrækker og stoler patienter med lavere socioøkonomisk status på, at den sundhedsprofessionelle koordinerer deres medicin og henvisninger. I den forbindelse er patienternes opfattelse, at deres primære rolle er at sige ja eller nej til de anbefalinger, lægen præsenterer for dem. Ligeledes tydeliggøres den sundhedsprofessionelles rolle som autoritet og som dem, der ved bedst, i studiet af Loignon et al. (2015). Her beskriver patienterne, at der er en række forestillinger om sundhedsvæsenet og sygdom, som kan afholde patienterne fra at opsøge hjælp, men når først de har fået stillet en diagnose, overholder de i høj grad lægens anbefalinger og har tillid til, at lægerne ved bedst⁽³⁶⁾. Studiet af Protheroe et al. (2012) finder også, at patienters overbevisninger omkring deres rolle som patient kan afholde patienter med lavere socioøkonomisk status fra at stille spørgsmål, søge og bruge andre informationskilder i forbindelse med mødet med sundhedsvæsenet⁽⁴¹⁾. Patienterne nævner at have forventninger om, at det primært er de sundhedsprofessionelles ansvar at bekymre sig om patienterne, koordinere information, overvåge patienten og kontrollere, at de tager den rigtige medicin.

Studiet af Schröder et al. (2018) finder, at patienter med højere socioøkonomisk status i højere grad er aktivt involveret i fælles beslutningsprocesser, har holdninger til valg af behandling og en høj grad af viden om sygdomshåndtering og behandling ⁽³⁵⁾. Ligeledes finder studiet af Scott et al. (2019), at patienter med højere socioøkonomisk status har en mere proaktiv tilgang til beslutningstagen med sundhedsprofessionelle sammenlignet med patienter med lavere socioøkonomisk status, som indebærer f.eks. at presse på for at få en bestemt behandlingsform ⁽⁴⁾. De indtager således en mere proaktiv patientrolle og påtager sig mere ansvar i konsultationer. Patienterne beskriver at have evner til at indsamle og forstå viden om forskellige behandlingsformer, som de kan bruge i mødet med sundhedsvæsenet. I studiet af Bell (2014) beskriver en patient med højere socioøkonomisk status eksempelvis at have evner og viden til at diktere sin egen tidslinje for behandling af infertilitet ⁽³¹⁾. I stedet for at vente på, at lægen identificerer et problem, henvender denne patient sig til lægen med sine egne diagnoser, spørgsmål og behandlingssideer.

De sundhedsprofessionelles forventninger til deres egen og patientens rolle

Hvis man ser på de sundhedsprofessionelles opfattelser af deres egen og patientens rolle i mødet med patienter, er der ikke mange studier identificeret i denne litteraturgennemgang. Heaman et al. (2015) berører dog emnet og viser i deres studie, at de sundhedsprofessionelle anerkender deres egen rolle i forhold til at få klienter til at forstå vigtigheden af prænatal pleje ⁽²⁷⁾. For eksempel beskriver en fødselslæge, at patienter med lavere socioøkonomisk status ikke vil komme til konsultationer, medmindre de kan se fordele ved det. Det er derfor de sundhedsprofessionelles opgave at få dem til at se relevansen ved ydelserne – f.eks. at ydelserne er til for at sikre, at deres barn har det godt. Studiet finder dog også, at sundhedsprofessionelle på grund af travlhed har forventninger til, at patienterne er selvstyrende, og at patienterne selv tager ansvar i beslutningstagning og informationssøgning. At patienter med forskellig socioøkonomisk status har forskellige forventninger og opfattelser af deres roller i konsultationer kan have en vigtig betydning for patienters møde med sundhedsvæsenet. Patienter med højere socioøkonomisk status kan således opnå bedre kommunikation med sundhedsprofessionelle, da deres måde at handle på i mødet med sundhedsvæsenet stemmer bedre overens med de sundhedsprofessionelles forventninger til patienternes eget engagement. Omvendt for patienter med lavere socioøkonomisk status kan de få et mindre udbytte af interaktionen med sundhedsprofessionelle, fordi de ikke opfatter det som deres rolle at f.eks. efterspørge information, men har i stedet forventninger til, at de sundhedsprofessionelle vil give de nødvendige informationer og koordinere den optimale behandling til patienten.

Social distance mellem patienter og sundhedsprofessionelle

To kvantitative ^(43, 44) og seks kvalitative studier ^(11, 36, 37, 42, 45, 46) undersøger betydningen af social distance mellem patienter og sundhedsprofessionelle for social ulighed i mødet med sundhedsvæsenet. Schieber et al. (2013) undersøger, om social distance, beregnet som forskellen mellem lægens socioøkonomiske status og patientens socioøkonomiske status, er relateret til uenighed om patientens helbredsstatus ⁽⁴³⁾. Studiet finder, at uenighed mellem lægen og patienten om patientens helbredsstatus er forbundet med en oplevet social distance hos den praktiserende læge, men ikke hos patienterne. Det vil sige, at læger, som oplever en social distance mellem dem selv og patienten, er mere tilbøjelige til at vurdere patientens helbred positivt sammenlignet med patientens egen vurdering. Thornton et al. (2011) undersøger, om social distance mellem patienter og sundhedsprofessionelle er forbundet med ulighed i deres indbyrdes kommunikation ⁽⁴⁴⁾. Studiet benytter et sammensat mål for delte sociale karakteristika (race, køn, alder og uddannelse) mellem patienter og læger til at vurdere social distance. Studiet finder, at social distance mellem patient og læge er forbundet med mindre positive følelser hos patienten i interaktionen med den sundhedsprofessionelle, ringere patienttilfredshed med konsultationer og mindre tilbøjelighed hos patienten til at anbefale lægen til en ven. Resultaterne tyder således på, at social distance kan påvirke kommunikationen og den affektive tone, altså det usagte, i interaktionen mellem patienter og sundhedsprofessionelle.

nelle, mens social distance ikke er forbundet med patienters oplevelse af det sagte i konsultationer. Overordnet set peger de kvantitative studier på, at social distance mellem patienter og sundhedsprofessionelle har betydning for mødet mellem patienten og den sundhedsprofessionelle, og hvordan patientens helbred bliver vurderet.

Den sociale distance mellem patienter og sundhedsprofessionelle kan i sidste ende have en betydning for patienternes videre forløb og behandling i sundhedsvæsenet og kan være med til at skabe fordomme på begge sider af mødet mellem patienter og sundhedsprofessionelle og et mere eller mindre lige partnerskab mellem patienter og sundhedsprofessionelle. Dette vil blive udfoldet i de følgende to afsnit, hvor seks kvalitative studier undersøger, hvordan social distance mellem patienter og sundhedsprofessionelle på forskellige måder udmønter sig ^(11, 36, 37, 42, 45, 46).

Fordomme

Fire kvalitative studier undersøger på forskellige måder betydningen af fordomme for mødet mellem patienter og sundhedsprofessionelle ^(36, 37, 45, 46). Det kvalitative studie af Loignon et al. (2015) peger på, at sundhedsprofessionelle og patienter med lavere socioøkonomisk status kommer fra forskellige sociale kontekster, hvorfor de ikke oplever og forstår verden helt på samme måde ⁽³⁶⁾. Disse forskelle kan skabe en social distance mellem patienter og sundhedsprofessionelle. Det sociale skel manifesterer sig på forskellige måder, som påvirker kommunikationen og mødet med sundhedsvæsenet, herunder patienters oplevelse af, at sundhedsprofessionelle har fordomme om dem. Eksempelvis oplever en patient at have en velfærdsetiket (engelsk: "welfare label") siddende på sig og fordomme fra sundhedsprofessionelles side om at være dum og doven ^(36), s. 5). Patienterne beskriver også en oplevelse af, at sundhedsprofessionelle holder dem ansvarlige for deres egne sundhedsproblemer, fordi de sundhedsprofessionelle ikke har en forståelse for deres livsomstændigheder. I studiet af Gamble et al. (2015), som undersøger perspektiver på rygning og rygestopuddannelse udbudt af sundhedsvæsenet blandt gravide kvinder med lavere socioøkonomisk status, beskriver patienterne ligeledes en oplevelse af, at sundhedsprofessionelle har fordomme omkring deres valg om fortsat at ryge under deres graviditet ⁽⁴⁶⁾. Eksempelvis beskriver en patient, at der kan være en opfattelse hos sundhedsprofessionelle af, at man ryger, fordi man er ligeglad eller er egoistisk, mens der for patienten er en række psykologiske og følelsesmæssige problematikker, som gør det svært for dem at stoppe med at ryge.

Studiet af McSorley et al. (2017) viser ligeledes, at der eksisterer fordomme og negative holdninger blandt nogle sundhedsprofessionelle over for patienter med lavere socioøkonomisk status ⁽⁴⁵⁾. Her indikerer flere sundhedsprofessionelle en modvilje mod at uddanne patienter med lavere socioøkonomisk status, da de finder det mindre sandsynligt, at denne gruppe kan følge behandlingsplanen. I studiet af Loignon et al. (2015) anerkendes det også af de sundhedsprofessionelle, at de til tider har fordomme omkring patienter med lavere socioøkonomisk status ⁽³⁶⁾. Disse fordomme tilskrives, af de sundhedsprofessionelle selv, deres egne begrænsninger, f.eks. kan nogle finde det ukomfortabelt at beskæftige sig med disse patienter. Eller det tilskrives systemet, f.eks. at de kan føle dårligt klædt på til at håndtere de mangfoldige problemstillinger, som patienterne har. I dette studie anerkender de adspurgte sundhedsprofessionelle, at andre sundhedsprofessionelle har fordomme omkring patienter med lavere socioøkonomisk status. Det er dog kun få, som indrømmer selv at have fordomme omkring disse patienter. I et andet kvalitativt studie af Thompson et al. (2015) beskriver de sundhedsprofessionelle, hvordan fordomme og stereotyper omkring patienter med lavere socioøkonomisk status kan påvirke arbejdet med denne patientgruppe ⁽³⁷⁾. De ser det blandt andet som en udfordring ikke at være fordømmende over for patienters måde at handle på i forhold til f.eks. deres børn, hygiejne, osv. De sundhedsprofessionelle beskriver dog at have en forståelse for, hvorfor patienterne har de livsomstændigheder, de har, og hvilken påvirkning det har for patienterne, f.eks. den gennemgribende påvirkning fattigdom har for individer og familier, som kan være medvirkende til, at patienter foretager valg, som ikke er i overensstemmelse med måden, som de sundhedsprofessionelle tænker og handler på.

Patienterne i studiet af Loignon et al. (2015) oplever til gengæld, at sundhedsprofessionelle har stærke holdninger til, hvilke valg de bør træffe⁽³⁶⁾. Patienterne føler sig ofte skyldige, når de ikke er i stand til at følge de anbefalinger, som de sundhedsprofessionelle giver dem, f.eks. i forhold til ernæring og amning. De føler, at de forstår anbefalingerne, men deres livsomstændigheder repræsenterer enorme forhindringer, som kan lede dem til at træffe andre valg. En sundhedsprofessionel beskriver, at der er en diskrepans mellem det, der forventes af patienten, f.eks. hvad der er godt og sundt i forhold til ernæring, og hvad der kan lade sig gøre for patienten, altså hvad patienten har råd og overskud til. Eksempelvis beskriver de sundhedsprofessionelle, at patienterne hellere vil bruge modermælkserstatning sammenlignet med at amme, selvom det er sundere for barnet at blive ammet og et bedre økonomisk valg. Patienter beskriver på den anden side, at valget om at bruge modermælkserstatning bunder i en frygt for ikke at være i stand til at give barnet, hvad det har brug for. Mødrene kan tro, at deres mælk ikke er god nok, da de ofte er blevet fortalt eller haft den oplevelse, at de ikke er gode nok, og derfor devaluerer de sig selv. Studiet peger desuden på, at sundhedsprofessionelle og patienter overordnet set har samme værdier, men i situationer, der vedrører sundhed og sygdom, handler de på forskellig vis af årsager, som relaterer sig til blandt andet deres forskellige sociokulturelle baggrunde. De forskellige valg og bevæggrunde kan således bunde i en sociale distance, som kan lede til misforståelser og fordomme på begge sider.

(U)lige partnerskab

Fire kvalitative studier viser, at der kan opstå et mere eller mindre lige partnerskab mellem patienter og sundhedsprofessionelle, som afhænger af patienternes socioøkonomiske status^(11, 36, 42, 46). I studiet af Bell (2014) beskriver patienter med højere socioøkonomisk status, at forholdet til deres læge mere ses som et partnerskab end som et, der er baseret på magtforskelle⁽⁴²⁾. Grundet lignende sociodemografiske faktorer oplever patienterne med højere socioøkonomisk status at være på lige fod med deres læger, og én patient beskriver, at hun og hendes læge er venner, jævnaldrende og ligeværdige, der arbejder sammen for at løse hendes fertilitetsvanskeligheder. I studiet af Scott et al. (2019) beskriver patienter med højere socioøkonomisk ligeledes dét at være kulturelt på lige fod med de sundhedsprofessionelle som vigtigt i konsultationer. Eksempelvis nævner en patient med højere socioøkonomisk status, at han altid er meget direkte med læger, og at han føler, at de taler det samme sprog⁽¹¹⁾. Omvendt peger Scott et al. (2019) også på, at patienter med lavere socioøkonomisk status oplever, at nogle af deres interaktioner med sundhedsprofessionelle føles som et ulige partnerskab. Eksempelvis beskriver nogle patienter med lavere socioøkonomisk status at opleve sundhedsprofessionelle have en fordømmende distance til dem, hvoraf de sundhedsprofessionelle enten ikke interesserer sig for dem, eller også oplever patienterne en følelse af at være tvunget til at følge bestemte behandlingsformer. I den forbindelse beskriver en patient, at han har svært ved at stikke sig selv med en nål og har derfor ikke fulgt lægens anbefalinger i forhold til sin diabetes sygdom. Han beskriver lægens kommunikation som direktiv og bestemmende, hvilket fik ham til at fravælge disse konsultationer. Ligeledes peger studiet af Gamble et al. (2015) på, at patienter med lavere socioøkonomisk status oplever en autoritær kommunikationsstil fra nogle sundhedsprofessionelle i forhold til, at de bør stoppe med at ryge⁽⁴⁶⁾. En patient beskriver, at det føles som et pres og stressende, når jordemoderen prøver at overbevise patienten om, at hun ikke bør ryge, hvilket giver hende endnu mere lyst til en cigaret. En anden patient rapporterer ikke at have noget valg i konsultationen med den sundhedsprofessionelle, og selvom hun har rejst bekymringer omkring anbefalingerne, er disse blevet affejet og ignoreret af den sundhedsprofessionelle. Sidst beskriver en tredje patient følelser af intimidering og tvang som kendetegnene for konsultationen med den sundhedsprofessionelle. Denne form for pres og intimidering kan have betydning for muligheden for at opbygge et respektfuldt og ligeværdigt samarbejdsforhold mellem patienterne og sundhedsprofessionelle.

I studiet af Loignon et al. (2015) påpeger både patienter og sundhedsprofessionelle et behov for at finde et fælles møde mellem patienter og sundhedsprofessionelle og deres forskellige verdener kontrasterende logikker og valg ⁽³⁶⁾. En patient udfordrer dog denne tilgang ved at sige, at selvom det er ønskværdigt, at disse to forskellige verdener mødes, gør magtbalancen mellem patienten og de sundhedsprofessionelle det vanskeligt. Nogle sundhedsprofessionelle anerkender, at patienter med lavere socioøkonomisk status har ringe social, økonomisk og politisk magt og social anerkendelse sammenlignet med sundhedsprofessionelle, der typisk har højere socioøkonomisk status. Patienterne er dog i højere grad opmærksomme på denne position. Omvendt er sundhedsprofessionelle, særligt læger, af den overbevisning, at de for ofte bliver opfattet som nogle med mere magt, end de faktisk har. Eksempelvis beskriver en sundhedsprofessionel, at de gerne vil ændre på ting, men at de er i samme position som patienterne og ikke ved, i hvilken retning de skal gå for at ændre på tingene. Den sundhedsprofessionelle oplever ikke at have større muligheder for at rette op på systemet eller for at blive hørt, end patienten har. I en gruppediskussion med patienter og sundhedsprofessionelle giver nogle sundhedsprofessionelle indledningsvist udtryk for, at patienter beskylder dem for at være årsagen til deres problemer. I løbet af diskussionen bliver begge parter enige om, at det i høj grad er systemet og dets opbygning, der producerer barrierer og opretholder social ulighed.

DELKONKLUSION

Overordnet set peger de inkluderede studier på, at sociokulturelle forhold påvirker mødet mellem patienter og sundhedsprofessionelle, og de forhold og omstændigheder, som knytter sig til patienten og sundhedsprofessionelle, kan være med til at skabe eller opretholde social ulighed i diagnosticering og behandling i sundhedsvæsenet. Studierne peger blandt andet på, at der eksisterer forskelle i opfattelser og forståelser af sygdom mellem patienter på tværs af socioøkonomiske skel samt mellem patienter med lavere socioøkonomisk status og sundhedsprofessionelle. Dette indebærer blandt andet, at patienter med lavere socioøkonomisk status i højere grad opfatter, at de først skal opsøge og engagere sig i medicinsk behandling, når der opstår et seriøst helbredsproblem. Desuden hersker der sociale normer, som kan påvirke mødet med og det videre forløb i sundhedsvæsenet. Sociale normer omkring sygdom og behandling blandt patienter med lavere socioøkonomisk status kan føre til flovhed og skam over symptomer, ens økonomiske situation og livssituation. Disse normer kan medføre, at patienterne har en tendens til ikke at opsøge eller tale med sundhedsprofessionelle om forskellige problematikker.

Flere studier tyder på, at der eksisterer forskelle i holdninger og forventninger til patientrollen og den sundhedsprofessionelles rolle. På den ene side har de sundhedsprofessionelle forventninger til, at patienten forsøger at håndtere sin sygdom, navigerer i sundhedssystemet og tager del i beslutningstagning og informationssøgning. Modsat indikerer fundene, at patienter kan have forventninger til, at de sundhedsprofessionelle inddrager, tager beslutninger og rådgiver dem i konsultationer. Patienter med lavere socioøkonomisk status har en større tendens til at lægge ansvaret for behandling over på de sundhedsprofessionelle, hvorimod patienter med højere socioøkonomisk status i højere grad ser sig selv som en aktiv del af beslutningsprocesser i konsultationer.

Studierne peger på, at patienter og sundhedsprofessionelles handlinger og kommunikationsformer er betinget af forhold, som knytter sig til deres sociale og kulturelle baggrunde og erfaringer. Det er forhold, som ubevidst eller skjult påvirker menneskers handlinger og daglige praksis, og som vil påvirke mødet mellem patienter og sundheds-

professionelle på forskellige måder, herunder måden at tænke og gøre omkring sundhed og sygdom, behandling samt ansvar og roller i konsultationen. På baggrund af disse forskelle kan der skabes en social distance i mødet mellem patienter og sundhedsprofessionelle, som kan skabe fordomme på begge sider i mødet med sundhedsvæsenet. Patienter med lavere socioøkonomisk status beskriver f.eks., at sundhedsprofessionelle har fordomme om deres valg i forhold til deres livssituation, helbred og sundhedsadfærd, og sundhedsprofessionelle beskriver også selv at have fordomme der f.eks. indebærer den opfattelse, at patienter med lavere socioøkonomisk status er mindre motiverede til at påtage sig mere avancerede behandlingsformer. Den sociale distance mellem patienter med lavere socioøkonomisk status og sundhedsprofessionelle kan skabe et ulig partnerskab, hvor den sundhedsprofessionelle i nogle tilfælde får en autoritær rolle over for patienten, som kan skabe modstand hos patienten og dermed vanskeliggøre kommunikationen.

3. Patienters livsomstændigheder

Syv kvalitative studier udforsker, hvordan livsomstændigheder blandt patienter fra en lavere socioøkonomisk status kan påvirke deres kontakt med sundhedsvæsenet ^(11, 36, 38, 39, 42, 45, 46). Livsomstændigheder indebærer blandt andet patienters jobsituation, økonomiske og sociale ressourcer, f.eks. familieforhold og muligheder for at bruge sit sociale netværk. De kvalitative studier peger overordnet set på, at patienterne oplever en række barrierer relateret til sociale og økonomiske omstændigheder i deres liv, som påvirker deres kontakt med sundhedsvæsenet.

Økonomiske barrierer

Fire kvalitative studier beskriver, hvordan patienters økonomiske barrierer påvirker deres kontakt med sundhedsvæsenet, herunder f.eks. på grund af logistiske vanskeligheder ^(11, 38, 39, 45). Leal et al. (2018) finder, at mange patienter med lavere socioøkonomisk status ikke opsøger sundhedsvæsenet i forbindelse med tyktarms- og endetarmskræft, da de ikke har det økonomiske overskud til at prioritere deres sundhed ⁽³⁹⁾. I tråd med dette oplever flere af de adspurgte sundhedsprofessionelle i studierne af Heaman et al. (2015), at økonomiske problemer blandt deres patienter er barrierer for at bruge sundhedsydelser forbundet med prænatal pleje ⁽³⁸⁾. De økonomiske barrierer blandt patienterne fører blandt andet til logistiske vanskeligheder, hvor halvdelen af de sundhedsprofessionelle har angivet mangel på penge til transport som en udslagsgivende faktor i deres patienters beslutninger om ikke at benytte ydelserne. Nogle patienters lavt betalte jobs betyder også, at de er tilbageholdende med at tage fri fra arbejde for at deltage i aftaler. I studiet af Scott et al. (2019) oplever patienterne i studiet, at mangel på økonomiske ressourcer fører til logistiske og arbejdsrelaterede vanskeligheder, som påvirker adgangen til sundhedsydelser ⁽¹¹⁾. Patienter, som ikke har et job eller er i et lavtlønnet job, og som ikke ejer en bil, beskriver transport til hospitalet som vanskelig. Når det er nødvendigt at tage flere busser for at komme på hospitalet, beskriver en patient, at personen hellere foretrækker at finde nogle ydelser og sundhedspleje tæt på sit hjem. Nogle patienter rapporterer, at de ikke får løn, hvis de tager fri fra arbejdet, og dette afholder dem fra at tage på hospitalet. Eksempelvis beskriver en patient, hvordan arbejdet i mange år ville have forrang over aftaler på hospitalet af økonomiske årsager. Studiet af McSorley et al. (2017) understøtter ovenstående og finder, at mange patienter med lavere socioøkonomisk status ikke har en bil i deres husholdning, hvilket begrænser deres adgang til at komme til et transplantationscenter ⁽⁴⁵⁾. Desuden rapporterer de sundhedsprofessionelle i samme studie, at deres patienter har bekymringer omkring hverdagsøkonomien og basale menneskelige behov, som resulterer i et større fokus på dag-til-dag overlevelse.

Social støtte

Fem kvalitative studier beskriver, hvordan forskellige faktorer relateret til patienternes sociale omstændigheder påvirker patienters kontakt med sundhedsvæsenet, herunder social støtte, personligt pres på hjemmefronten, muligheder for at snakke med og gøre brug af venner, familie og støttegrupper samt negative oplevelser med sundhed og behandling i sin omgangskreds ^(36, 38, 42, 45, 46). Flere studier peger på, at mangel på social støtte blandt patienter med lavere socioøkonomisk status er en barriere i deres møde med sundhedsvæsenet ^(36, 38, 45). I studiet af Loignon et al. (2015) beskriver sundhedsprofessionelle, at patienter med lavere socioøkonomisk status ofte er mere isoleret, og at disse personer derfor mangler et socialt netværk til at støtte dem i forbindelse med deres fysiske og psykiske sundhed ⁽³⁶⁾. I forlængelse af dette rapporterer sundhedsprofessionelle i studiet af McSorley et al. (2017), at en tredjedel af deres patienter med lavere socioøkonomisk status har et begrænset socialt netværk til at støtte dem i forbindelse med at få en transplantation ⁽⁴⁵⁾. Den manglende sociale støtte blandt patienter med lavere socioøkonomisk status forværres yderligere af, at disse patienter ofte oplever et større personligt pres grundet negative livsomstændigheder. I studiet af Heaman et al. (2015) oplever patienter med lavere socioøkonomisk status blandt andet mange samtidige kriser i deres liv og en følelse af bare at have travlt med at overleve (engelsk: "just being busy with surviving") ^(38, s. 6). Patienterne nævner blandt andet intim partnervold, pengemangel og gæld, madusikkerhed og boligproblemer som eksempler på kriser, der skaber et personligt pres. I studiet beskriver en sygeplejerske, at det er nødvendigt at være et sikkert sted i sit liv i forhold til boligsituation, stabile relationer og et stabilt job, før det er muligt at gøre noget sundhedsfremmende for sig selv. Hvis en patient i stedet er påvirket af nogle omstændigheder, som kræver opmærksomhed, f.eks. om der er mad på bordet, problemer med børn i skolen og sygdom i familien, så kan ens eget helbred have lav prioritet.

Studiet af Bell (2014) peger på, at patienter med lavere socioøkonomisk status oftere kan have vanskeligheder med at tale om sundhed og sygdom med venner og familie, hvilket kan påvirke deres kontakt til sundhedsvæsenet ⁽⁴²⁾. Dette skyldes blandt andet stereotyper og forestillinger omkring, at infertilitet typisk er en hvid, velhavende kvindes problem. Denne forestilling skyldes, ifølge studiet, at kvinderne kun kender til infertilitet gennem underholdningsmedier, som typisk leverer sensationelle billeder af berømt-heder. Således oplever flere af kvinderne med lavere socioøkonomisk status, som indgår i dette studie, at de ikke har nogen at forholde sig til eller tale med om deres vanskeligheder. Derimod har kvinder med højere socioøkonomisk status en større tendens til at bruge deres sociale netværk til at håndtere problematikker knyttet til infertilitet. Eksempelvis beskriver en kvinde med højere socioøkonomisk status, at hun taler med alle – venner og kolleger – som en form for terapi. En anden kvinde med højere socioøkonomisk status taler også med andre for at tackle sine fertilitetsproblemer og beskriver både at få følelsesmæssig støtte, men også at få viden om og ressourcer til, hvordan man løser fertilitetsproblemer. Studiet finder også, at kvinder med lavere socioøkonomisk status i mindre grad kender til og benytter sig af formelle støttegrupper til infertilitet. Studiet fremhæver, at grupperne hovedsageligt består af kvinder med højere socioøkonomisk status på grund af gruppernes marketingstrategi, placering og fokus på medicinsk behandling.

To studier undersøger, hvordan negative erfaringer med sundhed, sygdom og behandling i sundhedsvæsenet i patienternes sociale netværk påvirker deres egen sundhed samt kontakt og kommunikation med sundhedsprofessionelle ^(45, 46). I studiet af Gamble et al. (2015) beskriver alle kvinderne i studiet, som ryger, at de har en partner, der også ryger, samt at de fleste i deres familie ryger ⁽⁴⁶⁾. En gravid patient forklarer, at hun er den første kvinde i hele hendes familie, der forsøger at holde op med at ryge. I disse patienters liv er rygning således en normal praksis og socialt accepteret. Konteksten for disse kvinders hverdagsliv og det forhold, at rygning er en legitim praksis dér, hvor de bor og kommer fra, bliver overset af nogle sundhedsprofessionelle. Dermed overser de den manglende sociale støtte til rygestop – eller begrænsning, som patienterne oplever.

Endnu et eksempel på, hvordan forskellige faktorer relateret til patienternes sociale liv påvirker deres kontakt med sundhedsvæsenet, kan ses i studiet af McSorley et al. (2017), som undersøger sundhedsprofessionelles opfattelser af barrierer for nyretransplantationer blandt patienter med lavere socioøkonomisk status⁽⁴⁵⁾. Her har patienterne oplevet eksempler på ringe transplantationsudfald blandt deres familiemedlemmer og blandt andre patienter, som er i samme dialysecenter som dem selv. Grundet disse negative erfaringer, som patienter med lavere socioøkonomisk status er eksponeret for i deres netværk, oplever sundhedsprofessionelle, at nogle patienter nægter at få foretaget transplantation selv.

DELKONKLUSION

På tværs studierne fremgår det, hvordan patienter med lavere socioøkonomisk status i højere grad har vilkår og livsomstændigheder, som kan vanskeliggøre kontakten med og udbyttet af mødet med sundhedsvæsenet. En mere begrænset økonomi blandt disse patienter kan give logistiske problemer, gøre det sværere at tage fri fra arbejde samt at prioritere sundhed og jævnlig kontakt med sundhedsvæsenet. Patienterne oplever desuden et liv med flere kriser og personligt pres samt praktiske bekymringer omkring sammenhæng i hverdagen, økonomi osv., som gør, at sundhed og deres helbred prioriteres i mindre grad. Tillige viser flere af studierne, at selvom disse patienter kunne have et ekstra behov for social støtte fra deres omgangskreds, har patienter med lavere socioøkonomisk status et mindre socialt netværk til netop at støtte dem i forbindelse med sygdom og behandling. Selv blandt de patienter, som har et socialt netværk, opleves der større vanskeligheder med at række ud til disse relationer. De oplever ofte at stå alene med problemerne og mangler kendskab til de muligheder, der måtte være for hjælp og støtte.

4. Kvalitet af relationen

Det fjerde identificerede tema handler om kvaliteten af relationen mellem patienter og sundhedsprofessionelle. Kvaliteten af relationen er på flere punkter forskellig blandt patienter med forskellig socioøkonomisk status, og det kan have en betydning for patienters oplevelse og videre færd i sundhedsvæsenet. De inkluderede studier i litteraturgennemgangen undersøger kvaliteten af relationen på forskellige måder, dels som et overordnet mål for kvalitet i kommunikationen og dels opdelt på forskellige elementer, herunder sundhedsinformation, forståelse af det medicinske sprog og behandling, mulighed for at stille spørgsmål, respekt og empati samt tillid og tidligere erfaringer.

Kvalitet i kommunikationen

Seks kvantitative studier undersøger den oplevede kvalitet af kommunikation med sundhedsprofessionelle på tværs af patienters socioøkonomiske status^(32, 40, 47, 48, 49, 50). Kvaliteten af kommunikationen måles forskelligt i de nævnte studier, men fælles for dem er, at de benytter en samlet score for kvalitet baseret på forskellige spørgsmål relateret til patienters oplevelse af mødet med sundhedsprofessionelle. Fire studier peger på, at der er socioøkonomiske forskelle i patienters oplevelse af kvaliteten af kommunikationen med sundhedsprofessionelle^(40, 47, 48, 50), hvoraf størstedelen af studierne finder, at patienter med lavere socioøkonomisk status oplever en ringere kvalitet af kommunikationen^(40, 48, 50). Ét studie finder derimod, at kronisk syge patienter med lavere socioøkonomisk status rapporterer en højere kvalitet af kommunikationen med sundhedsprofessionelle

sammenlignet med patienter med højere socioøkonomisk status⁽⁴⁷⁾. De følgende afsnit vil præsentere studier, som har fokus på forskellige elementer relateret til kvaliteten af relationen mellem patienter og sundhedsprofessionelle. Disse elementer belyser forskellige aspekter af den sociale ulighed i patienters møde med sundhedsvæsenet, men er også tæt knyttet og indbyrdes afhængige.

Sundhedsinformation

Sundhedsinformation er i studierne beskrevet på to forskellige måder. Det er beskrevet i forhold til, hvorvidt patienter *modtager* sundhedsinformation af sundhedsprofessionelle og sundhedsvæsenet, og hvorvidt de er i stand til selv at *tilegne* sig sundhedsinformation igennem diverse kilder. Graden, hvormed patienter modtager sundhedsinformation fra sundhedsprofessionelle, og patienters evner og muligheder for at søge sundhedsinformation via forskellige kilder, herunder internettet, lægmands- og professionelle kilder, har betydning for kommunikationen med sundhedsprofessionelle og behandlingen i sundhedsvæsenet. Blandt andet kan patienters viden om sundhed og sygdom påvirke deres forståelse af det medicinske sprog og behandling, samt om patienterne oplever, at de har mulighed for at kunne stille spørgsmål og deltage aktivt i konsultationer. Fire kvantitative studier^(33, 40, 45, 49) og fem kvalitative studier^(11, 35, 39, 42, 46) undersøger social ulighed i niveauet af sundhedsinformation, som patienter modtager fra sundhedsprofessionelle, og patienters kompetencer og muligheder for selv at søge sundhedsinformation og tilegne sig viden om sundhed og sygdom.

I forhold til, hvorvidt patienter *modtager* sundhedsinformation, peger to af de kvantitative studier på, at patienter med lavere socioøkonomisk status i mindre grad oplever at modtage relevante informationer og er mindre tilfredse med de informationer, som de modtager, sammenlignet med patienter med højere socioøkonomisk status^(40, 49).

Eksempelvis finder Dehlendorf et al. (2017), at patienter med lavere socioøkonomisk status er mindre tilbøjelige til at rapportere, at sundhedsprofessionelle nævner præventionsmetoder i løbet af konsultationer omhandlende prævention⁽⁴⁹⁾. Studiet af Momoh et al. (2019) finder dog ingen sammenhæng mellem socioøkonomisk status, og om patienter med brystkræft rapporterer, at deres læge har fortalt dem om forskellige behandlingsmuligheder i forhold til brystrekonstruktion⁽³³⁾. I studiet af McSorley et al. (2017), som undersøger sundhedsprofessionelles opfattelser af barrierer til transplantation blandt dialysepatienter med lavere socioøkonomisk status, angiver knap hver tredje af de adspurgte sundhedsprofessionelle at være uenige, når de spørges til, om de føler sig tilstrækkeligt vidende om transplantation til at besvare de fleste af deres patienters spørgsmål, og om de føler sig sikre på deres egne evner til at uddanne patienter om behandlingsmulighederne⁽⁴⁵⁾. Derudover rapporterer de at have detaljerede diskussioner om fordele og risici ved behandling, der varer over et kvarter, med blot en femtedel af deres patienter.

Det kvalitative studie af Schröder et al. (2018) finder, at særligt patienter med højere socioøkonomisk status har viden om forskellige muligheder for behandling af hjertekarsygdomme⁽³⁵⁾. Desuden peger studiet på, at patienter med lavere socioøkonomisk status ofte rapporterer ikke at kende til udfaldene af medicinske undersøgelser, at være uvidende om den behandling, de har fået udført, samt årsagerne til behandling. Patienter med højere socioøkonomisk status beskriver til gengæld i dybden, hvordan behandling for hjertekarsygdomme foregår og demonstrerer et indgående kendskab til sygdommen og behandlingsmuligheder. Ligeledes finder studiet af Scott et al. (2019), at patienter med lavere socioøkonomisk status har mindre kendskab til forskellige behandlingsmuligheder⁽¹¹⁾. Eksempelvis beskriver en patient med lavere socioøkonomisk status, som var blevet henvist til en specialiseret ydelse, at han ikke havde modtaget information om muligheden for at deltage i et kursus for at få hjælp til at håndtere sin diabetes. Studiet af Leal et al. (2018) finder, at nogle patienter med lavere socioøkonomisk status, som er i behandling for tyktarms- og endetarmskræft, føler sig så forvirret over de informationer, de får fra de sundhedsprofessionelle, at de vælger ikke at følge sundhedsprofessionelles anbefalinger om at få foretaget en operation⁽³⁹⁾. Studiet kommer dog ikke nærmere ind

på, hvad der forvirrer patienterne i interaktionen med sundhedsprofessionelle. I studiet af Gamble et al. (2015) beskriver patienter med lavere socioøkonomisk status, at de mangler information om rygestop tilpasset deres behov ⁽⁴⁶⁾. Patienterne beskriver, at de savner et samarbejdsforhold, hvor patientens enkelte informationsbehov identificeres og opfyldes tilstrækkeligt, f.eks. rapporterer en patient at mangle information om effekten af rygning på fosteret under graviditet.

I forhold til, hvorvidt patienter har kompetencerne til at *tilegne* sig sundhedsinformation, viser Scott et al. (2019), at størstedelen af patienterne i studiet, som aktivt søger sundhedsinformation, har højere socioøkonomisk status ⁽¹¹⁾. De sundhedsprofessionelle beskriver, at disse patienter har en høj grad af sundhedskompetence og muligheder for at bruge og trække på deres sociale netværk, som gør det lettere at navigere i og få adgang til behandling. Til sammenligning beskriver de sundhedsprofessionelle, at patienter med lavere socioøkonomisk status har lavere niveauer af sundhedskompetence. Eksempelvis bliver en bestemt hjemmeside for diabetes gentagne gange nævnt som en vigtig kilde til information af patienter med højere socioøkonomisk status, mens ingen af patienterne med en lavere socioøkonomisk status nævner, at de søger information fra denne kilde. Der eksisterer ligeledes socioøkonomiske forskelle i, hvilke kilder der benyttes til at søge sundhedsinformationer. For eksempel peger Bell (2014) på, at kvinder i studiet med lavere socioøkonomisk status primært bruger underholdnings-tv som kilde til information om infertilitet, mens kvinder med højere socioøkonomisk status bruger andre og forskellige kilder, såsom bøger, internettet og andre medier, foruden læger samt familie og venner ⁽⁴²⁾. Den overvejende brug af underholdningsmedier som kilde til sundhedsinformation blandt kvinder med lavere socioøkonomisk status kan ifølge studiet have betydning for, hvorvidt de opsøger sundhedsprofessionelle som kilde til sundhedsinformation. Dette begrundes blandt andet med, at infertilitet portrætteres på en måde i medierne, som giver patienterne en frygt for medicinske behandlinger. I samme tråd påpeger Scott et al. (2019), at patienter bruger informationskilder på forskellige måder grundet forskellige omstændigheder, herunder deres kulturelle og sociale baggrunde. Eksempelvis beskriver en kvinde i studiet med lavere socioøkonomisk status, at hun har accepteret sin infertilitet, fordi hun ikke mener, at informationsøgning om hendes fertilitetsvanskeligheder nytter noget. Hun beskriver, at hun generelt ikke taler med nogen om problemet, og selv hvis hun bruger hele dagen på computeren, føler hun ikke, at det hjælper hende. En patient med højere socioøkonomisk status beskriver derimod, at hun undersøger sygdomme og behandlingsmuligheder via internettet eller i bøger for både at øge sin viden, men også sin kommunikation med lægen ved at kunne stille mere relevante spørgsmål. Patienter med højere socioøkonomisk status har således bedre forudsætninger og den nødvendige sociale støtte og kulturelle kapital for at søge, finde og tilegne sig sundhedsinformation samt til at deltage aktivt i deres behandlingsforløb.

Forståelse af det medicinske sprog og behandling

Patienters kompetencer til at forstå de medicinske forklaringer i forbindelse med konsultationer kan desuden påvirke deres udbytte af interaktionen med sundhedsprofessionelle og deres videre proces i behandlingen. To kvantitative studier ^(31, 51) og tre kvalitative studier ^(35, 36, 45) undersøger socioøkonomiske forskelle i patienters forståelse af det medicinske sprog og behandling. Det kvantitative studie af Lindquist et al. (2014) finder, at kvinder med lavere socioøkonomisk status er mindre tilbøjelige til at rapportere, at jordemødre og læger taler til dem på en måde, som de forstår under deres fødsel, sammenlignet med kvinder med højere socioøkonomisk status ⁽³¹⁾. Spooner et al. (2016) peger dog på en omvendt sammenhæng. De finder, at patienter med højere socioøkonomisk status i lavere grad rapporterer at forstå de næste trin i deres behandlingsproces i konsultationer med sundhedsprofessionelle sammenlignet med patienter med lavere socioøkonomisk status ⁽⁵¹⁾. Studiet finder ingen socioøkonomiske forskelle i patienters oplevelse af, at den sundhedsprofessionelle kommer med tydelige forklaringer. Det kvalitative studie af Loignon et al. (2015) finder, at både sundhedsprofessionelle og patienter med lavere socioøkonomisk status oplever, at kommunikationen ofte er svær

mellem dem, hvilket påvirker deres relation negativt ⁽³⁶⁾. I den forbindelse påpeger studiet, at dette blandt andet kan skyldes, at de sundhedsprofessionelle ofte bruger et medicinsk sprog uden at sikre sig, at patienterne forstår, hvad der bliver sagt. Kommunikationsvanskeligheder kan således, ifølge dette studie, være påvirket af, at patienter med lavere socioøkonomisk status og sundhedsprofessionelle ofte har forskellige uddannelsesniveauer.

Det kvalitative studie af Schröder et al. (2018) finder ligeledes socioøkonomiske forskelle i forhold til patienternes forståelse af det medicinske sprog og behandling ⁽³⁵⁾. Eksempelvis vurderer patienter med lavere socioøkonomisk status i højere grad, at de medicinske rapporter er uforståelige. En patient med lavere socioøkonomisk status beskriver f.eks., at processerne er blevet forklaret for hende af lægen, men hun forstod det ikke, fordi han beskrev det i et meget professionelt sprog. På et tidspunkt begynder sygeplejerskerne at grine, og da tænker patienten, at hun hellere må opgive at forstå det og læse det bedre igennem en anden gang. Derimod beskriver nogle patienter med højere socioøkonomisk status, at de bruger de medicinske rapporter som vigtige informationskilder. I studiet beskriver flere patienter med forskellig socioøkonomisk status i forbindelse med behandling på hospitalet, at en opfølgende diagnostisk behandling er blevet planlagt og udført inden for få dage af deres første konsultation. Det er dog udelukkende patienter med lavere socioøkonomisk status, som ikke nævner eller har overvejet årsagen til, at de skal igennem denne opfølgende behandling. Ifølge Schröder et al. (2018) kan dette indikere, at patienter med lavere socioøkonomisk status ikke tager stilling til, hvorfor de skal gennemgå f.eks. en behandling, men i højere grad blot følger den sundhedsprofessionelles anbefalinger, mens patienter med højere socioøkonomisk status har større viden og forståelse for hvilke valg, der bliver truffet, og behandlinger, de skal gennemgå. I studiet af McSorley et al. (2017) opfatter sundhedsprofessionelle, at mange af deres patienter med lavere socioøkonomisk status har begrænset viden om processerne i behandling, og at der er udbredte misforståelser og frygt omkring den medicinske behandling ⁽⁴⁵⁾. Eksempelvis beskriver en sundhedsprofessionel at have mødt mange patienter med lavere socioøkonomisk status, som har haft den opfattelse, at de er kommet på venteliste til at få en nyretransplantation, blot fordi de har nævnt over for deres læge, at de ønsker at komme på denne liste. Det er dog ikke sådan procedurerne foregår, og studiet tyder derfor på, at der har været en form for tabt information mellem patienter og sundhedsprofessionelle, som kan have resulteret i misforståelser omkring, hvordan procedurerne for behandlingen foregår.

Mulighed for at stille spørgsmål

En række studier, herunder tre kvantitative studier ^(49, 51, 52) og tre kvalitative studier ^(11, 38, 41), undersøger, hvorvidt der eksisterer social ulighed i patienters oplevelse af at kunne stille spørgsmål i forbindelse med konsultationer med sundhedsprofessionelle. Det kvantitative studie af Spooner et al. (2016) finder, at patienter med højere socioøkonomisk status i lavere grad rapporterer altid at have mulighed for at stille spørgsmål, adressere følelser og blive hjulpet med sine usikkerheder ved konsultationer sammenlignet med patienter med lavere socioøkonomisk status ⁽⁵¹⁾. Studiet af Dehlendorf et al. (2017) finder en lignende tendens, hvormed patienter med lavere socioøkonomisk status i højere grad oplever, at den sundhedsprofessionelle giver dem mulighed for at stille spørgsmål sammenlignet med patienter med en højere socioøkonomisk status ⁽⁴⁹⁾. Studiet af Spooner et al. (2016) diskuterer, om denne sammenhæng kan skyldes, at patienter med højere socioøkonomisk status i højere grad opsøger viden og informationer på egen hånd, hvilket kan være med til at skabe et større behov og flere forventninger til kommunikationen i det fysiske møde med sundhedsprofessionelle, som derfor kan efterlade patienterne med en utilfredshed, hvis disse forventninger ikke bliver indfriet ⁽⁵¹⁾. At patienter med højere socioøkonomisk status har et større behov for information, tyder det ligeledes på i studiet af Spooner et al. (2017). Her finder studiet, at patienter med højere socioøkonomisk status har højere sandsynlighed for at kommunikere med sundhedsprofessionelle via digitale medier, herunder e-mail, apps, sms, video og sociale medier, sammenlignet med patienter med lavere socioøkonomisk status ⁽⁵²⁾.

Det kvalitative studie af Protheroe et al. (2012) finder, at patienter med lavere socioøkonomisk status udtrykker, at de ikke har det store behov for at stille spørgsmål til sundhedsprofessionelle, mens patienter med højere socioøkonomisk status gerne stiller spørgsmål både til behandlingen og for at forstå, hvad lægen mener ⁽⁴¹⁾. Samme tendens gør sig gældende i studiet af Scott et al. (2019), hvor særligt patienter med lavere socioøkonomisk status i mindre grad forstår medicinske rapporter og lægens informationer, men denne informationsmangel forbindes ikke nødvendigvis med et opfattet større behov for at modtage information fra sundhedsprofessionelle blandt denne gruppe af patienter ⁽¹¹⁾. Dette kan tyde på, at patienter med lavere socioøkonomisk status ikke ser dét at stille spørgsmål til sundhedsprofessionelle som en del af deres forventede rolle i en konsultation, og i studiet af Protheroe et al. (2012) udtrykker patienterne endda, at de ser det som uacceptabelt og som om, at de udfordrer sundhedspersonalet ⁽⁴¹⁾. I studiet af Bell (2014) ses der ligeledes forskelle i, hvordan kvinder med forskellig socioøkonomisk status kommunikerer deres fertilitetsvanskeligheder med f.eks. læger ⁽⁴²⁾. Kvinder med lavere socioøkonomisk status er i studiet mindre tilbøjelige til at bruge læger som informationskilder sammenlignet med kvinder med højere socioøkonomisk status. Forfatterne bag studiet peger blandt andet på, at kvinder med lavere socioøkonomisk status ikke er socialiserede til at bede læger om information. Deres pointe er, at familier med lavere socioøkonomisk status er mere tilbøjelige til at opføre sig på en passiv måde over for fagfolk og er i højere grad socialiseret til at acceptere de sundhedsprofessionelles autoritet. Dette underbygges af en patient med lavere socioøkonomisk status, som nævner, at hun bare lader lægen gøre sit job, fordi hun føler det som den mest rigtige måde at forholde sig på. Denne overbevisning kan føre til, at patienter med lavere socioøkonomisk status ikke nævner deres fertilitetsvanskeligheder, fordi de antager, at lægen alene vil identificere potentielle sundhedsproblemer. Eksempelvis beskriver en kvinde med lavere socioøkonomisk status at føle sig forsikret om, at alt er normalt (engelsk: "everything [was] normal"), når lægen ikke angiver andet ^(42, s. 510).

I studiet af Heaman et al. (2015) peger sundhedsprofessionelle på en række facilitatorer for at øge tilgængeligheden af sundhedsydelser blandt patienter med lavere socioøkonomisk status ⁽³⁸⁾. De sundhedsprofessionelle beskriver, at en vigtig facilitator er et miljø, som ikke er stressende, og hvor konsultationer ikke bliver forhastet, så klienterne har nok tid til at stille spørgsmål og få den nødvendige information om og uddannelse i prænatal pleje. Den tid, der er til rådighed i konsultationer, har ifølge de sundhedsprofessionelle i studiet stor betydning for, om patienter, der ikke besidder de relevante sundhedskompetencer, kan åbne op og få stillet de spørgsmål, som de har brug for at få svar på.

Respekt og empati

Ét kvantitativt studie ⁽³¹⁾ og fire kvalitative studier ^(11, 35, 38, 46) undersøger socioøkonomiske forskelle i oplevelsen af respekt og empati i mødet mellem patienter og sundhedsprofessionelle. Det kvantitative studie af Lindquist et al. (2014) finder en tendens til, at jo lavere socioøkonomisk status, desto mindre tilbøjelige er kvinder til at rapportere, at sundhedsprofessionelle behandler dem respektfuldt under deres fødsel ⁽³¹⁾. Studiet kan dog ikke påvise en sammenhæng mellem kvindernes socioøkonomiske status og deres oplevelse af, at læger og jordemødre behandler dem respektfuldt i tiden før deres fødsel, det vil sige i forbindelse med den pleje, som de modtager i løbet af deres graviditet.

I det kvalitative studie af Heaman et al. (2015) oplever de fleste adspurgte sundhedsprofessionelle, at en vigtig facilitator for, at kvinder bruger prænatalydelser, er, at de sundhedsprofessionelle bekymrer sig om deres patienter og deres liv ⁽³⁸⁾. Eksempelvis beretter en læge, at selvom aftaler ikke altid er en klinisk nødvendighed, har aftalerne også et formål i forhold til at opbygge et godt og tillidsfuldt forhold, hvor patienterne føler sig respekteret og værdsat, og lægen får mulighed for at uddanne patienterne og give dem forståelse og tryghed, så de har lyst til at komme til næste konsultation. Særligt vigtigheden i at udbyde individualiseret og kontekstbaseret pleje nævnes som en vigtig facilitator for, at kvinder bruger ydelserne. Hertil beskriver en læge, at de er opmærk-

somme på, hvad der faktisk er muligt at opnå med deres patienter. De laver derfor kompromiser for at sikre, at deres patienter kommer igen til næste konsultation. Dette ved f.eks. ikke at stile efter rygestop hos gravide kvinder, men mod at få dem til at ryge mindre. I studiet af Schröder et al. (2018) rapporterer patienter på tværs af socioøkonomiske skel, at det er vigtigt, at hospitalspersonalet er venlige, opmærksomme og omsorgsfulde ⁽³⁵⁾. Det er dog overvejende patienter med lavere socioøkonomisk status, som nævner aspekter af at blive taget alvorligt af hospitalspersonalet som vigtigt, enten positivt ved f.eks. at tage præferencer seriøst og blive spurgt om, hvordan man har det, eller negativt ved f.eks. at tage diskussioner om patienten, men ikke med patienten og slet ikke at have samtaler. I studiet af Scott et al. (2019) udtrykker særligt patienter med lavere socioøkonomisk status vigtigheden i at blive hørt i konsultationer, og at sundhedsprofessionelle lytter til deres vanskeligheder med at håndtere deres diabetes ⁽¹¹⁾. Det samme gør sig gældende i studiet af Gamble et al. (2015), hvor patienter med lavere socioøkonomisk status udtrykker et ønske om flere fælles og respektfulde diskussioner med sundhedsprofessionelle samt at have god tid og lydhørhed fra sundhedsprofessionelle i konsultationer ⁽⁴⁶⁾.

I studiet af Scott et al. (2019) fremhæves det, at patienter med lavere socioøkonomisk status, som ellers ville fravælge tilbud om behandling i sundhedsvæsenet grundet diverse psykosociale problemstillinger, har valgt behandling til, da de har oplevet en empatisk og respektfuld behandling af særligt sygeplejersker i sundhedsvæsenet ⁽¹¹⁾. Dette indebærer blandt andet hjælp og støtte samt praktiske og forståelige råd. En patient beskriver desuden, at sygeplejerskerne er helt på patientens niveau, fordi sygeplejersken respekterer patientens synspunkter og meninger sammenlignet med andre sundhedsprofessionelle.

Tillid og tidligere erfaringer

Tre kvantitative studier ^(32, 45, 47) og to kvalitative studier ^(36, 38) undersøger socioøkonomiske forskelle i tilliden til sundhedsprofessionelle og sundhedsvæsenet generelt. To af de kvantitative studier peger på, at patienter med et lavere uddannelsesniveau har et lavere niveau af tillid til sundhedsprofessionelle sammenlignet med patienter med et højere uddannelsesniveau ^(32, 47). I studiet af McSorley et al. (2017) rapporterer en fjerdedel af de adspurgte sundhedsprofessionelle, at deres patienter med lavere socioøkonomisk status har mistillid til sundhedsprofessionelle og oplever ubehag ved at stille spørgsmål ⁽⁴⁵⁾. En sundhedsprofessionel nævner i den forbindelse, at patienterne har en mistænkelig natur i forhold til sundhedsprofessionelle, mens en anden sundhedsprofessionel nævner, at patienterne stoler mere på andre patienter end på de sundhedsprofessionelle. Sundhedsprofessionelle i studiet af Heaman et al. (2015) oplever, at patienter med lavere socioøkonomisk status undgår konsultationer i forbindelse med prænatalpleje grundet en generel mistillid til sundhedsvæsenet, som på sin vis kan tilskrives tidligere erfaringer i sundhedsvæsenet ⁽³⁸⁾. En tidligere negativ oplevelse med sundhedssystemet eller sundhedsprofessionelle identificeres som en faktor, som potentielt bidrager til utilstrækkelig brug af ydelser i sundhedsvæsenet. Eksempelvis beskriver en fødselslæge, at tidligere oplevelser har en særlig vigtig indflydelse; hvis kvinderne har en dårlig oplevelse med én sundhedsprofessionel, vil de muligvis tænke, at de ikke behøver dem, at de alligevel ikke gør nogen for dem, at de vil vente med at få ydelser eller skifte læge, som derfor ikke vil kende til hele deres historie. Især uhøfligt eller fordømmende sundhedspersonale anses for at være problematisk for denne gruppe, da patienterne ofte husker disse ubehagelige interaktioner med sundhedsprofessionelle i mange år frem. Dette underbygges i studiet af Loignon et al. (2015), hvor en patient med lavere socioøkonomisk status påpeger, at vedkommende oplever en mangel på tillid til sundhedsprofessionelle i sundhedsvæsenet ⁽³⁶⁾. Denne manglende tillid tillægger patienten tidligere negative oplevelser i sundhedsvæsenet, og det beskrives som årsag til, at kommunikationen med sundhedsprofessionelle er udfordrende.

Erfaringer med diskrimination

Som beskrevet ovenfor påvirker tidligere negative erfaringer patienters tillid til de sundhedsprofessionelle. I forlængelse af dette undersøger det kvantitative studie af Hausman et al. (2011), hvordan andre aspekter af relationen med sundhedsprofessionelle også påvirkes af tidligere erfaringer, herunder tidligere oplevelser med diskriminering på baggrund af patienters socioøkonomiske status⁽⁵³⁾. Studiet finder, at oplevet diskrimination er forbundet med en lavere vurdering af kommunikationens kvalitet og klarhed blandt patienter og sundhedsprofessionelle. I tråd med disse fund peger studiet af Bell (2014) på, at kommunikation mellem patient og sundhedsprofessionelle kompliceres for kvinder med lavere socioøkonomisk status på grund af ubevidst diskriminerende praksisser fra læger, der resulterer i mere information og behandling til personer med højere socioøkonomisk status⁽⁴²⁾. Studiet kommer dog ikke nærmere ind på mekanismer, hvorved ubevidste diskriminerende praksisser tilgodeser patienter med højere socioøkonomisk status.

DELKONKLUSION

Overordnet set peger de inkluderede studier på, at der er socioøkonomiske forskelle i kvaliteten af relationen mellem patienter og sundhedsprofessionelle. En række faktorer knytter sig til, at denne sociale ulighed eksisterer, herunder graden af sundhedsinformation som patienter modtager fra sundhedsprofessionelle, hvor studierne peger på, at individer med lavere socioøkonomisk status modtager færre informationer og er mindre tilfredse med de leverede informationer. Desuden ses der forskelle i patienters kompetencer og muligheder for selv at søge sundhedsinformation og optage viden om sundhed og sygdom. Blandt andet fordi patienter med lavere socioøkonomisk status har lavere grad af social og kulturel kapital, som giver dem færre muligheder for at opsøge viden via forskellige kilder, f.eks. internettet, professionelle kilder og i deres sociale netværk.

Studierne finder desuden, at patienter med lavere socioøkonomisk status i mindre grad oplever at kunne forstå det medicinske sprog, som sundhedsprofessionelle bruger, samt den måde, de fremlægger behandlingsmuligheder og grundlag for valg af behandling. Dette kan lede til misforståelser om sygdomme og behandling, som i sidste ende vil påvirke patientens videre forløb i sundhedsvæsenet. Selvom patienter med lavere socioøkonomisk status oplever lavere grad af modtagelse af og tilfredshed med sundhedsinformation, og de i højere grad kan misforstå det medicinske sprog og behandling, er det ikke nødvendigvis forbundet med et større behov for at kunne stille spørgsmål i konsultationen med sundhedsprofessionelle. Derimod peger nogle studier på, at patienter med højere socioøkonomisk status udtrykker større behov for at komme til orde i konsultationer. Dette kan hænge sammen med, at patienter med højere socioøkonomisk status har større viden om sygdomme og behandling og kompetencer til at stille uddybende spørgsmål i konsultationer. Respekt og empati understreges på tværs af socioøkonomiske skel som vigtigt i mødet med sundhedsprofessionelle, men særligt blandt patienter med lavere socioøkonomisk status udtrykkes der et behov for i højere grad at blive hørt og taget alvorligt i konsultationer. Afslutningsvis har tillid og tidligere erfaringer betydning for den sociale ulighed i mødet med sundhedsvæsenet. Det vurderes essentielt for alle patienter at opleve tillid til sundhedsprofessionelle for at kunne åbne op og opnå en tilfredsstillende konsultation. Dog har flere patienter med lavere socioøkonomisk status tidligere dårlige erfaringer med sundhedsvæsenet, som kan farve deres oplevelse af konsultationer og munde ud i en generel mistillid til sundhedsvæsenet.

Diskussion



Formålet med denne rapport er at gennemgå den videnskabelige litteratur med henblik på at undersøge, hvilke relationelle og organisatoriske forhold der bidrager til social ulighed i mødet med sundhedsvæsenet. I dette kapitel sammenfattes først analysens fund og derefter diskuteres nogle af de temaer, der går på tværs af fundene. Efterfølgende præsenteres de metodiske problemstillinger og overvejelser i forhold til nærværende litteraturgennemgang foruden nogle videnshuller, der kan give anledning til flere studier, der kan undersøge mekanismer bag den sociale ulighed i mødet mellem patienter og sundhedsvæsenet.

Tværgående analyse

I nærværende systematiske kortlægning er der identificeret mekanismer, som skaber eller bidrager til social ulighed i mødet mellem patienter og sundhedsvæsenet. På tværs af de inkluderede studier er fire overordnede temaer identificeret, som på det relationelle og organisatoriske niveau har betydning for den sociale ulighed i mødet mellem patienter og sundhedsvæsenet. Disse indebærer *organisatoriske forhold*, *sociokulturelle forhold*, *patienters livsomstændigheder* samt *kvalitet af relationen*. Selvom de faktorer og mekanismer, som er beskrevet hver især, påvirker mødet mellem patienter og sundhedsvæsenet, hænger de også sammen.

Analysens fund indikerer, at flere ulighedsskabende mekanismer har udgangspunkt i sundhedsvæsenets organisering, herunder de tilgængelige ressourcer og den måde hvorpå, sundhedsvæsenet er opbygget. Det handler om, at patienter med lavere socioøkonomisk status har ringere betingelser for at opnå adgang til sundhedsvæsenets ydelser, fordi de ikke i samme grad forstår organiseringen af systemet, hvordan de skal navigere i det, eller de muligheder, der er tilgængelige for forebyggelse og behandling. Det handler desuden om, at sundhedsvæsenets ressourcer og prioritering heraf har betydning for, at især patienter med lavere socioøkonomisk status f.eks. oplever mangel på tid og opmærksomhed fra sundhedsprofessionelle, når de er til konsultation og skal gebærde sig i sundhedsvæsenet. Det er vigtigt at påpege, at disse eksisterende organisatoriske forhold repræsenterer og skal forstås som helt centrale og grundlæggende betingelser for de andre temaer, som er beskrevet. Det vil sige, at sundhedsvæsenets organisatoriske forhold er med til at skabe, men også med til at reproducere og forstærke den sociale ulighed i mødet mellem patienter og sundhedsvæsenet.

Nærværende litteraturgennemgang viser, at patienter har forskellige opfattelser og forståelser af sygdom afhængigt af deres socioøkonomiske status. Eksempelvis opfatter patienter med lavere socioøkonomisk status ofte medicinsk behandling som noget, de skal engagere sig i, når et seriøst problem opstår, og engagerer sig sjældnere i forebyggende kontroller. Derimod rækker patienter med højere socioøkonomisk status' opfattelse af sygdom og sundhed ud over symptomforbedring og fokuserer i højere grad på sygdomshåndtering. Patienters forskellige opfattelser og forståelser af sygdom og behandling kan forhindre nogle patienter i at opsøge medicinsk hjælp, f.eks. beskriver nogle patienter at opleve skam og flovhed omkring symptomer og deres livssituation. De forskellige opfattelser af sygdom og sundhed samt forskellige livsomstændigheder, som varierer på tværs af patienters socioøkonomiske status, skaber forskellige normer omkring sundhedsadfærd, som kan have en betydning for patienters møde med sundhedsvæsenet. En vigtig mekanisme, som analysen peger på, er, at der eksisterer en social distance mellem sundhedsprofessionelle og særligt patienter med lavere socioøkonomisk status. Patienter med lavere socioøkonomisk status og sundhedsprofessionelle har nemlig ofte forskellige uddannelsesniveauer og sociokulturelle baggrunde, hvilket indebærer, at de også er påvirket af forskellige normer omkring f.eks. sundhed og sygdom og behandling, som ubevidst påvirker mødet mellem patienter og sundhedsvæsenet. Dette kan skabe misforståelser og fordomme på begge sider af mødet. Den manglende forståelse for de livsoplevelser og omstændigheder, der går forud for de valg og beslutninger, som henholdsvis patienter og sundhedsprofessionelle træffer, kan også til dels tilskrives normer. Desuden kan tidligere oplevelser og erfaringer fra

patienters side munde ud i visse forventninger til en konsultation og til, hvilke roller patienten og den sundhedsprofessionelles skal have. Den sociale distance kan også påvirke patienternes oplevelse af respekt og empati fra den sundhedsprofessionelle, hvor der særligt blandt patienter med lavere socioøkonomisk status udtrykkes et behov for i højere grad at blive hørt og taget alvorligt i konsultationer.

Samlet betyder ovenstående pointer, at sundhedsprofessionelle skal kunne meget mere end det rent sundhedsfaglige og løse meget forskellige opgaver (f.eks. både fungere som læge, psykolog og sagsbehandler) for, at patienter med lavere socioøkonomisk status og sundhedskompetence med komplekse helbredsproblemer får det rette udbytte af sundhedsvæsenets ydelser. Mange sundhedsprofessionelle føler sig dog ikke rustet til dette, og den måde sundhedsvæsenet er organiseret samt manglende ressourcer påvirker i den grad deres muligheder for og tid til at arbejde med disse patienter på en måde, som kan afhjælpe deres udsatte position. Således vil sundhedsprofessionelle ofte i konsultationer føle sig nødsaget til at forvente, at deres patienter er selvstyrende og selv kan navigere i sundhedsvæsenet. En vigtig pointe, som kan fremhæves i den forbindelse, er, at sundhedsprofessionelle, som ofte arbejder med patienter med lavere socioøkonomisk status, specifikt fremhæver et behov for at kunne bruge den nødvendige tid til disse patienter men også et behov for at opgradere deres kompetencer, så de i højere grad kan forstå og hjælpe patienterne med deres problemer.

Analysens fund peger på, at patienters viden og kompetencer til at få adgang til, forstå og bruge information på måder, der fremmer og opretholder et godt helbred, er en essentiel faktor for social ulighed i patienters møde med sundhedsvæsenet; det, der også betegnes som patienters sundhedskompetence. Patienters *sundhedskompetence* har afgørende betydning for udbyttet af konsultationer med sundhedsprofessionelle, herunder om patienter forstår det medicinske sprog, og om patienter føler sig i stand til at kunne stille spørgsmål til sygdomme og behandling i mødet med sundhedsprofessionelle. Dette har betydning for, om patienten modtager og forstår sundhedsinformation, der videregives af sundhedsprofessionelle. Selvom patienter med lavere socioøkonomisk status altså oplever en lavere grad af modtagelse af og tilfredshed med sundhedsinformation, og de i højere grad kan misforstå det medicinske sprog, er det ikke forbundet med et større behov for at stille spørgsmål til konsultationer med sundhedsprofessionelle. Derimod peger nogle studier på, at patienter med højere socioøkonomisk status udtrykker større behov for at komme til orde i konsultationer. Dette kan hænge sammen med, at patienter med højere socioøkonomisk status netop har en højere sundhedskompetence til at stille uddybende spørgsmål i konsultationer.

Patienters sundhedskompetence er betinget af en række forhold, som enten vanskeliggør eller fremmer muligheden for at kunne søge, optage og videreformidle sundhedsinformation. Hertil er sociokulturelle forhold en vigtig mekanisme at have in mente, herunder opfattelser af og forventninger til patientens rolle og den sundhedsprofessionelles rolle. Analysen peger på, at patienter med lavere socioøkonomisk status har en større tendens til at ville betragte ansvaret for behandling som de sundhedsprofessionelles kompetenceområde, og at sundhedsprofessionelle deraf har bedre forudsætninger for at træffe beslutninger om medicin og behandling. Derimod ser patienter med højere socioøkonomisk status i højere grad sig selv som en aktiv del af beslutningsprocesser og beskriver en høj grad af egenkontrol over diagnosticering og behandling i mødet med sundhedsvæsenet. Patienters sundhedskompetence har en betydning for, om patienter føler sig rustet til at indgå i et samarbejdsforhold med sundhedsprofessionelle om fælles beslutningstagen i forhold til behandling i sundhedsvæsenet.

En vigtig mekanisme, som kan være med til at forklare, hvorfor patienter i lavere grad er involveret i beslutningstagen i konsultationer, er patienters tidligere erfaringer i sundhedsvæsenet. Analysen peger på, at flere patienter med lavere socioøkonomisk status har oplevet at have tidligere dårlige erfaringer, som har svækket tilliden til sundhedsprofessionelle og sundhedsvæsenet generelt. Dertil kommer, at patienter med lavere socioøkonomisk status i højere grad anser sundhedsprofessionelle som autoriteter, som de ikke tør udfordre – eller føler, at de bør udfordre – og det kan skabe en passiv

tilgang til mødet med sundhedsvæsenet. Patienter kan dog også opleve det som en barriere til at opsøge medicinsk hjælp og behandling, når de oplever sundhedsprofessionelle snakke til dem i et autoritært sprog, og når de ikke bliver hørt i konsultationer.

Metodiske overvejelser

En styrke ved denne litteraturgennemgang er den grundige systematik. Der er udarbejdet en søgeprotokol forud for litteratursøgningen, som specificerer studiepopulationen og interessefeltet ud fra PICO-modellen samt inklusions- og eksklusionskriterier. Søgestrengene er udarbejdet og tilpasset de anvendte databaser, og alle studier er gennemgået og udvalgt af to personer uafhængigt af hinanden. Derudover er de inkluderede studier kvalitetsvurderet med et valideret og standardiseret vurderingsværktøj. Der er dog stadig en række metodiske udfordringer og begrænsninger ved de inkluderede studier. Først og fremmest har størstedelen af de kvantitative studier et tværsnitsdesign, hvilket betyder, at patienters socioøkonomiske status og oplevelser af mødet med sundhedsvæsenet er målt på samme tidspunkt. Brugen af dette design betyder i de fleste tilfælde, at der ikke kan drages konklusioner om årsagssammenhænge. Vi vurderer dog ikke, at tværsnitsdesignet er en væsentlig begrænsning i denne sammenhæng, da mødet mellem patienter og sundhedsvæsenet sandsynligvis ikke vil påvirke, hvilken socioøkonomisk status patienterne har.

I litteraturgennemgangen er der kun medtaget litteratur, som er skrevet på engelsk, norsk eller svensk, og det kan derfor ikke udelukkes, at der eksisterer anden relevant litteratur, der undersøger den sociale ulighed i mødet med sundhedsvæsenet på et andet sprog. Der er desuden nogle metodiske udfordringer ved, at mange af de inkluderede studier er baseret på studiepopulationer fra USA. Nogle helt særlige forhold gør sig gældende i denne kontekst, som både relaterer til organiseringen af sundhedsvæsenet og samfundet generelt samt andre problematikker, som er særligt gældende for USA. Studier, som har haft særlig fokus på forsikringsproblematikker eller økonomiske udfordringer knyttet til behandlingsmuligheder og konsultationer med sundhedsprofessionelle, er ekskluderet grundet en manglende overførbare til danske forhold. Desuden fylder race- og etnicitetsproblematikker, ud over socioøkonomiske aspekter, i mødet mellem patienter og sundhedsvæsenet en del i studierne fra USA. Disse problematikker er især kendetegnende for USA, men vil sandsynligvis også være gældende i en vis udstrækning i Danmark. Det har været uden for denne litteraturgennemgangs formål at undersøge ulighed i patienters møde med sundhedsvæsenet relateret til kulturel baggrund, race og etnicitet, men det er fortsat en vigtig mekanisme for at forstå, hvorfor nogle patienter har sværere ved at møde og navigere i sundhedsvæsenet. Det kan i Danmark f.eks. være en ekstra problematik blandt patienter med lavere socioøkonomisk status, at de har en anden etnicitet end dansk, som kan være en yderligere barriere for kommunikationen mellem patienter og sundhedsprofessionelle, fordi de ikke har samme modersmål.

De inkluderede studier i denne litteraturgennemgang varierer bredt, hvad angår type af studiepopulation, dele af sundhedsvæsenet, som er i fokus, samt undersøgte mekanismer. Dette vanskeliggør muligheden for at kunne drage paralleller på tværs af studierne. Valget af en tematisk analysetilgang har forsøgt at imødekomme denne problematik. Ved at identificere temaer, som går på tværs af de inkluderede studier, har analysen dermed fremhævet nogle forhold, som kan siges at have mere generel betydning for den sociale ulighed i mødet mellem patienter og sundhedsvæsenet. Ved at flere forskellige studier understøtter pointerne, styrkes pointerne udsigelseskraft. Det er således vores overbevisning, at der, trods disse varierende forhold i de inkluderede studier, er grundlag for at fremhæve organisatoriske forhold, sociokulturelle forhold, patienters livsomstændigheder samt kvaliteten af relationen som temaer, der rummer helt centrale mekanismer med betydning for den sociale ulighed i patienters møde med sundhedsvæsenet.

Afslutningsvis viser de analytiske fund og ovenstående tværgående analyse, at dette litteraturstudie kan understøtte vigtige fund i andre nylige undersøgelser på området, som har specifikt fokus på danske forhold. Eksempelvis viser Pedersen (2018), som undersøger socialt udsattes møde med sundhedsvæsenet, at størstedelen af de nævnte organisatoriske og relationelle forhold og mekanismer, som er identificeret i denne litteraturgennemgang, har direkte betydning for socialt udsattes møde med sundhedsvæsenet – både set fra de socialt udsattes perspektiver og fra de sundhedsprofessionelles ⁽¹⁸⁾. Ligeledes viser rapporten fra Danske Patienter (2019), at strukturelle barrierer i form af sundhedsvæsenets organisering og knappe ressourcer samt kulturelle barrierer i de sociale interaktioner mellem patienter og sundhedsprofessionelle kan betragtes som ulighedsskabende og -reproducerende faktorer ⁽¹⁵⁾. Eftersom de inkluderede studier i denne litteraturgennemgang er udenlandske, kan man således sige, at mekanismerne bag social ulighed i mødet mellem patienter og sundhedsvæsen minder om hinanden på tværs af grænser og lande – i hvert fald inden for de vestlige lande, hvorfra de inkluderede studier er fra. Dette betyder, at selvom nogle væsentlige strukturelle forhold i sundhedsvæsenet er forskellige, f.eks. imellem det danske og amerikanske sundhedsvæsen, så er flere af mekanismerne omkring social ulighed i mødet med sundhedsvæsenet sammenlignelige. Dermed vil det være meningsfuldt også at lade sig inspirere af studier fra andre lande i forbindelse med udviklingen af interventioner eller strukturelle forandringer med det formål at reducere den sociale ulighed i mødet med sundhedsvæsenet.

Videnshuller

Trods stigende fokus på social ulighed i det danske sundhedsvæsen på samfundsmæssig og politisk plan mangler der fortsat solid forskning i, hvilke mekanismer der er på spil i forhold til social ulighed i mødet mellem patienter og sundhedsvæsenet. Denne systematiske litteraturgennemgang kommer tættere på de mekanismer, der skaber eller bidrager til social ulighed i mødet med sundhedsvæsenet, men der er fortsat en række videnshuller, som dermed begrænser den viden, der kan trækkes ud fra en kortlægning af videnskabelig litteratur som denne. Der er særligt et behov for flere studier, som kan overføres til danske forhold, herunder danske og europæiske studier, som undersøger årsager til social ulighed i mødet med sundhedsvæsenet. Eksempelvis er det udelukkende studier fra USA og Canada, som undersøger patienters sociale barrierer, herunder betydningen af patienters sociale netværk eller manglende sociale netværk, for deres møde med sundhedsvæsenet og udbytte af sundhedsydelser. Disse specifikke mekanismer bør undersøges i en kontekst, som ligner den danske mere. Dette for at undersøge nuancer i forhold til, hvad der kunne være på spil blandt danske patienter med lavere socioøkonomisk status i det danske sundhedsvæsen.

Desuden er der et væsentligt videnshul omkring interventioner med fokus på at udligne den sociale ulighed i mødet med sundhedsvæsenet med udgangspunkt i de identificerede mekanismer. Kun ét studie blev vurderet relevant med fokus på at styrke fælles beslutningstagen blandt patienter med forskellig socioøkonomisk status og med forskellige sundhedskompetencer ⁽⁵⁴⁾. Studiet finder ingen socioøkonomiske forskelle i tillid til læger eller vidensniveau efter interventionen, mens interventionen øgede tilliden til læger blandt patienter med lavere sundhedskompetence sammenlignet med patienter med højere sundhedskompetence. Dog er interventionens komponenter ikke velbeskrevne, hvilket begrænser muligheden for at kunne sige noget om, hvilke mekanismer der gør, at patienter får øget tillid til deres læger og højere vidensniveau efter interventionen. Grundet de begrænsede muligheder for at kunne trække viden ud fra studiet, er det ikke medtaget i den tematiske analyse.

Referencer



1. Chung JY, Frank L, Subramanian A, Galen S, Leonhard S, Green BL. A qualitative evaluation of barriers to care for trauma-related mental health problems among low-income minorities in primary care. *J Nerv Ment Dis.* 2012;200(5):438.
2. Munch-Petersen M. Brugerinddragelse og ulighed i sundhed - En litteraturafdækning. Videnscenter for Brugerinddragelse i Sundhedsvæsenet; 2019.
3. Rasmussen AJ, Sodemann M. Narrativ medicin som nyt, interdisciplinært felt. *Ugeskr Laeger.* 2020;182(9).
4. Dugas M, Trottier M, Chipenda Dansokho S, Vaissou G, Provencher T, Colquhoun H, et al. Involving members of vulnerable populations in the development of patient decision aids: a mixed methods sequential explanatory study. *BMC Med Inform Decis Mak.* 2017;17(1):12.
5. Cyril S, Smith BJ, Possamai-Inesedy A, Renzaho AM. Exploring the role of community engagement in improving the health of disadvantaged populations: a systematic review. *Glob Health Action.* 2015;8:29842.
6. Terp M. Exploring the possibilities of smartphone-based young adult schizophrenia care: a participatory design study. Aalborg Universitetsforlag: Aalborg Universitet, Det Sundhedsvidenskabelige Fakultet 2019.
7. Grabinski VF, Myckatyn TM, Lee CN, Philpott-Streiff SE, Politi MC. Importance of shared decision-making for vulnerable populations: examples from postmastectomy breast reconstruction. *Health Equity.* 2018;2(1):234-8.
8. Nutbeam D. Health literacy as a public health goal: a challenge for contemporary health education and communication strategies into the 21st century. *Health Promot Int.* 2000;15(3):259-67.
9. Bo A, Friis K, Osborne RH, Maindal HT. National indicators of health literacy: ability to understand health information and to engage actively with healthcare providers-a population-based survey among Danish adults. *BMC Public Health.* 2014;14(1):1-12.
10. Friis K, Jensen ML, Lasgaard MK, Maindal HT. Sundhedskompetence blandt personer med kronisk sygdom. Aarhus: CFK - Folkesundhed og Kvalitetsudvikling, Region Midtjylland, 2015. (Temaanalyse, Bind 2).
11. Scott A, O'Cathain A, Goyder E. Socioeconomic disparities in access to intensive insulin regimens for adults with type 1 diabetes: a qualitative study of patient and healthcare professional perspectives. *Int J Equity Health.* 2019;18(1):1-13.
12. Christensen AV, Koch MB, Davidsen M, Jensen GB, Andersen LV, Juel K. Educational inequality in cardiovascular disease depends on diagnosis: a nationwide register based study from Denmark. *Eur J Prev Cardiol.* 2016;23(8):826-33.
13. Dalton SO, Schüz J, Engholm G, Johansen C, Kjaer SK, Steding-Jessen M, et al. Social inequality in incidence of and survival from cancer in a population-based study in Denmark, 1994-2003: summary of findings. *Eur J Cancer.* 2008;44(14):2074-85.
14. Rasmussen JN, Rasmussen S, Gislason GH, Buch P, Abildstrom SZ, Køber L, et al. Mortality after acute myocardial infarction according to income and education. *J Epidemiol Community Health.* 2006;60(4):351-6.
15. Kure J. Ulighed i sundhed - baggrundsnotat. Danske patienter; 2019.
16. Diderichsen F, Andersen I, Manuel I. Ulighed i sundhed – årsager og indsatser. København: Sundhedsstyrelsen; 2011.
17. Udesen C, Skaarup C, Petersen M, Ersbøll A. Social ulighed i sundhed og sygdom. Udviklingen i Danmark i perioden 2010–2017. København: Sundhedsstyrelsen; 2020.
18. Pedersen PV. Socialt udsattes møde med sundhedsvæsenet. København: Statens Institut for Folkesundhed; 2018.

19. Ahlmark N, Sørensen I, Davidsen M, Ekholm O. SUSY UDSAT 2017: Sundhedsprofil for socialt udsatte i Danmark og udviklingen siden 2007. København: Statens Institut for Folkesundhed; 2018.
20. Lehn-Christiansen S, Liveng A, Dybbroe B, Holen M, Thualagant N, Aamann IC, et al. Ulighed i sundhed: nye humanistiske og samfundsvidenskabelige perspektiver. Frydenlund Academic; 2016.
21. Galobardes B, Shaw M, Lawlor DA, Lynch JW, Smith GD. Indicators of socioeconomic position (part 1). *J Epidemiol Community Health*. 2006;60(1):7-12.
22. Krieger N, Williams DR, Moss NE. Measuring social class in US public health research: concepts, methodologies, and guidelines. *Annu Rev Public Health*. 1997;18(1):341-78.
23. Lynch J, Kaplan G. *Socioeconomic position: social epidemiology*. New York: Oxford University Press; 2000.
24. *Cochrane handbook for systematic reviews of interventions version 6.2*. Higgins JP, Thomas J, Chandler J, Cumpston M, Li T, Page MJ, et al., editors: Cochrane; 2019.
25. Page MJ, McKenzie JE, Bossuyt PM, Boutron I, Hoffmann TC, Mulrow CD, et al. The PRISMA 2020 statement: an updated guideline for reporting systematic reviews. *BMJ*. 2021;372:n71.
26. *JBI manual for evidence synthesis*. Aromataris E, Munn Z, editors: JBI; 2020.
27. Danmarks Statistik. *Statistikdokumentation for indvandrere og efterkommere 2017*. Danmarks Statistik; 2017.
28. Feder GS, Hutson M, Ramsay J, Taket AR. Women exposed to intimate partner violence: expectations and experiences when they encounter health care professionals: a meta-analysis of qualitative studies. *Arch Intern Med*. 2006;166(1):22-37.
29. Terry G, Hayfield N, Clarke V, Braun V. Thematic analysis. *The SAGE handbook of qualitative research in psychology*. 2017;2:17-37.
30. Braun V, Clarke V. Using thematic analysis in psychology. *Qual Res Psychol*. 2006;3(2):77-101.
31. Lindquist A, Kurinczuk J, Redshaw M, Knight M. Experiences, utilisation and outcomes of maternity care in England among women from different socioeconomic groups: findings from the 2010 National Maternity Survey. *BJOG*. 2015;122(12):1610-7.
32. Yelin E, Yazdany J, Tonner C, Trupin L, Criswell LA, Katz P, et al. Interactions between patients, providers, and health systems and technical quality of care. *Arthritis Care Res*. 2015;67(3):417-24.
33. Momoh AO, Griffith KA, Hawley ST, Morrow M, Ward KC, Hamilton AS, et al. Patterns and correlates of knowledge, communication, and receipt of breast reconstruction in a modern population-based cohort of patients with breast cancer. *Plast Reconstr Surg*. 2019;144(2):303.
34. Niklasson A, Herlitz J, Jood K. Socioeconomic disparities in prehospital stroke care. *Scand J Trauma Resusc Emerg Med*. 2019;27(1):1-9.
35. Schröder SL, Fink A, Richter M. Socioeconomic differences in experiences with treatment of coronary heart disease: a qualitative study from the perspective of elderly patients. *BMJ Open*. 2018;8(11):e024151.
36. Loignon C, Hudon C, Goulet É, Boyer S, De Laat M, Fournier N, et al. Perceived barriers to healthcare for persons living in poverty in Quebec, Canada: the EQUihealthY project. *Int J Equity Health*. 2015;14(1):1-11.

37. Thompson MN, Nitzarim RS, Cole OD, Frost ND, Ramirez Stege A, Vue PT. Clinical experiences with clients who are low-income: Mental health practitioners' perspectives. *Qual Health Res.* 2015;25(12):1675-88.
38. Heaman MI, Sword W, Elliott L, Moffatt M, Helewa ME, Morris H, et al. Barriers and facilitators related to use of prenatal care by inner-city women: perceptions of health care providers. *BMC Pregnancy Childbirth.* 2015;15(1):1-13.
39. Leal IM, Kao LS, Karanjawala B, Escamilla RJ, Ko TC, Millas SG. Understanding patients' experiences of diagnosis and treatment of advanced colorectal cancer in a safety-net hospital system: a qualitative study. *Dis Colon Rectum.* 2018;61(4):504-13.
40. Moret L, Anthoine E, Pourreau A, Beaudeau F, Leclère B. Inpatient satisfaction with medical information received from caregivers: an observational study on the effect of social deprivation. *BMC Health Serv Res.* 2017;17(1):1-9.
41. Protheroe J, Brooks H, Chew-Graham C, Gardner C, Rogers A. 'Permission to participate?' A qualitative study of participation in patients from differing socio-economic backgrounds. *J Health Psychol.* 2013;18(8):1046-55.
42. Bell AV. "I think about Oprah" social class differences in sources of health information. *Qual Health Res.* 2014;24(4):506-16.
43. Schieber A-C, Kelly-Irving M, Delpierre C, Lepage B, Bensafi A, Afrite A, et al. Is perceived social distance between the patient and the general practitioner related to their disagreement on patient's health status? *Patient Educ Couns.* 2013;91(1):97-104.
44. Thornton RLJ, Powe NR, Roter D, Cooper LA. Patient-physician social concordance, medical visit communication and patients' perceptions of health care quality. *Patient Educ Couns.* 2011;85(3):e201-e8.
45. McSorley AMM, Peipert JD, Gonzalez C, Norris KC, Goalby CJ, Peace LJ, et al. Dialysis providers' perceptions of barriers to transplant for black and low-income patients: a mixed methods analysis guided by the socioecological model for transplant. *World Med Health Policy.* 2017;9(4):399-417.
46. Gamble J, Grant J, Tsourtos G. Missed opportunities: a qualitative exploration of the experiences of smoking cessation interventions among socially disadvantaged pregnant women. *Women and Birth.* 2015;28(1):8-15.
47. Coats H, Downey L, Sharma RK, Curtis JR, Engelberg RA. Quality of communication and trust in patients with serious illness: an exploratory study of the relationships of race/ethnicity, socioeconomic status, and religiosity. *J Pain Symptom Manage.* 2018;56(4):530-40. e6.
48. Moskowitz D, Lyles CR, Karter AJ, Adler N, Moffet HH, Schillinger D. Patient reported interpersonal processes of care and perceived social position: the Diabetes Study of Northern California (DISTANCE). *Patient Educ Couns.* 2013;90(3):392-8.
49. Dehlendorf C, Anderson N, Vittinghoff E, Grumbach K, Levy K, Steinauer J. Quality and content of patient-provider communication about contraception: differences by race/ethnicity and socioeconomic status. *Women's Health Issues.* 2017;27(5):530-8.
50. Song L, Weaver MA, Chen RC, Bensen JT, Fontham E, Mohler JL, et al. Associations between patient-provider communication and socio-cultural factors in prostate cancer patients: A cross-sectional evaluation of racial differences. *Patient Educ Couns.* 2014;97(3):339-46.
51. Spooner KK, Salemi JL, Salihu HM, Zoorob RJ. Disparities in perceived patient-provider communication quality in the United States: Trends and correlates. *Patient Educ Couns.* 2016;99(5):844-54.

52. Spooner KK, Salemi JL, Salihu HM, Zoorob RJ. eHealth patient-provider communication in the United States: interest, inequalities, and predictors. *J Am Med Inform Assoc.* 2017;24(e1):e18-e27.
53. Hausmann LR, Hannon MJ, Kresevic DM, Hanusa BH, Kwok CK, Ibrahim SA. Impact of perceived discrimination in health care on patient-provider communication. *Medical care.* 2011;49(7):626.
54. Rising KL, Hollander JE, Schaffer JT, Kline JA, Torres CA, Diercks DB, et al. Effectiveness of a decision aid in potentially vulnerable patients: a secondary analysis of the chest pain choice multicenter randomized trial. *Med Decis Making.* 2018;38(1):69-78.

Bilag



Bilag 1.

Søgestreng

Nedenfor ses den anvendte søgestrategi i PubMed (Tabel 1), i Embase (Tabel 2) og i PsycInfo (Tabel 3). Alle søgninger er foretaget i august 2020.

TABEL B1.
Søgestrategi i PubMed

Relationen mellem sundheds-personale og patient	(((((("Health Literacy"[Mesh]) OR "Health Literacy")) OR (((((((("Culturally Competent Care"[Mesh] OR "Social Skills"[Mesh] OR "Cultural Competency"[Mesh]) AND ("personnel, hospital"[MeSH Terms] OR "hospital personnel"[All Fields] OR "hospital staff"[All Fields]) OR "Refusal to treat"[MeSH] OR "Health Personnel Attitude" OR "Health Personnel Attitudes" OR "Staff Attitude" OR "Staff Attitudes" OR "Culturally Competent Health Care" OR "Social distance"[Mesh] OR "Social distance" OR "Social Rejection" OR "Social Rejections" OR "Social Acceptance" OR ("education communication") OR "communication education" OR "professional-patient relations"[MeSH Terms] OR "professional patient relation"[All Fields] OR "professional patient relations"[All Fields] OR "professional patient relationships"[All Fields] OR "physician patient relation"[All Fields] OR "Physician-Patient Relationships"[Mesh] OR "physician patient relations"[All Fields] OR "physician patient relationship"[All Fields] OR "physician patient relationships"[All Fields] OR "nurse patient relation"[All Fields] OR "nurse patient relations"[All Fields] OR "nurse patient relationship"[All Fields] OR "nurse patient relationships"[All Fields] OR "Physician-Patient Relationship" OR "Physician-Patient Relationships" OR "Nurse patient relation" OR "Nurse patient relations" OR "Nurse patient relationship" OR "Nurse patient relationships" OR "Physician-patient communication" OR "Professional-patient communication" OR "Nurse-patient communication"))))))) OR (nurse AND education AND communication))))))
	AND
Patientens socioøkonomiske status	(((((("Social Class"[Mesh]) OR "socioeconomic position" OR "socioeconomic positions")) OR ("healthcare disparities"[MeSH Terms] OR "health care disparities"[All Fields] OR "health care disparity"[All Fields] OR "healthcare disparities"[All Fields] OR "healthcare disparity"[All Fields] OR "healthcare inequalities"[All Fields] OR "healthcare inequality"[All Fields] OR "health care inequalities"[All Fields] OR "health care inequality"[All Fields] OR "health care inequity" OR "health care inequities" OR "health care equity" OR "Healthcare equality" OR "Health care equality"))))
Restriktioner	yr="2010/01/01 to 2020/12/31"
Resultater	1051.

TABEL B2.**Søgestrategi i EMBASE, Classic Embase**

Relationen mellem sundheds-personale og patient	((health literacy/ or health literacy) OR ((exp transcultural care/ or social competence/ or cultural competence/ or Culturally Competent Care.mp. or Social Skills.mp. or Cultural Competency.mp.) AND (hospital personnel/ or hospital physician/ or hospital personnel.mp. or hospital staff.mp.)) OR exp patient abandonment/ or Refusal to treat.mp. or Health Personnel Attitude*.mp. or Staff Attitude*.mp. or exp health personnel attitude/ or nurse attitude/ or physician attitude/ or Culturally Competent Health Care.mp. or social distance/ or Social distance.mp. or Social Rejection/ or Social Rejection.mp. or Social Acceptance/ OR (communication adj4 education).mp. OR professional-patient relationship/ or doctor patient relationship/ or nurse patient relationship/ or professional patient relation*.mp. or physician patient relation*.mp. or nurse patient relation*.mp. or Physician Patient Relation*.mp. OR (Physician patient communication or Professional patient communication or Nurse patient communication).mp. OR (nurse adj6 education adj6 communication).mp.
	AND
Patientens socioøkonomiske status	health care disparity/ or health care disparit*.mp. or healthcare inequality*.mp. or health care inequit*.mp. or health care equit*.mp. or Healthcare equalit*.mp. OR social class.mp. or social class/ or socioeconomic position*.mp.
Restriktioner	yr="2010/01/01 to 2020/12/31"
Resultater	1312.

TABEL B3.**Søgestrategi i PsycInfo**

Relationen mellem sundheds-personale og patient	(exp health literacy/ OR health literacy) OR ((transcultural care.mp. or exp social skills/ or social competence*.mp. or cultural sensitivity/ or Culturally Competent Care.mp. or Social Skill*.mp. or Cultural Competenc*.mp.) and ((hospital personnel or hospital physician*).mp. or Medical Personnel/ or hospital staff*.mp.)) or ((patient abandonment* or Refusal to treat).mp. or Health Personnel Attitudes/ or Health Personnel Attitude*.mp. or Staff Attitude*.mp. or nurse attitude*.mp. or physician attitude*.mp. or Culturally Competent Health Care.mp. or social distance*.mp. or Social Rejection.mp. or social acceptance/ or (communication adj4 education).mp. or doctor patient relation*.mp. or professional patient relation*.mp. or physician patient relation*.mp. or nurse patient relation*.mp. or (Professional patient adj6 communication).mp. or (Nurse patient adj6 communication).mp.)
	AND
Patientens socioøkonomiske status	exp social class/ OR social class.mp. OR socioeconomic position*.mp. OR exp socioeconomic status/ OR social status/ OR social status.mp. OR health care disparit*.mp. OR health disparities/ OR health-care inequalit*.mp. OR health care inequalit*.mp. OR health care inequit*.mp. OR healthcare inequit*.mp. OR health care equit*.mp. OR healthcare equit*.mp. OR Healthcare equalit*.mp. OR Health care equalit*.mp.
Restriktioner	yr="2010/01/01 to 2020/12/31"
Resultater	813

Bilag 2.

Beskrivelse af de inkluderede studier

TABEL 4.
Beskrivelse af hvert af de inkluderede kvantitative studier

Forfatter, år, land	Lindquist et al., 2014, England	Yelin et al., 2015, USA	Thornton et al., 2011, USA
Formål	Undersøge adfærd relateret til søgning af sundhedsvæsenet (health-seeking behaviour) samt udfald og oplevelser af den pleje, der gives i sundhedsvæsenet i forbindelse med graviditet og fødsel (maternity care) blandt kvinder med forskellige socioøkonomiske baggrunde.	Undersøge betydningen af patienters forskellige socio-demografiske- og sygdoms-karakteristika for oplevelsen af interaktionen med sundhedsprofessionelle	Undersøge om social overensstemmelse mellem patienter og sundhedsprofessionel er associeret med kvaliteten af kommunikationen og patienternes opfattelse af plejen. Studiet benytter et sammensat mål for delte sociale karakteristika (race, køn, alder og uddannelse) mellem patienter og læger til at vurdere den sociale overensstemmelse
Population	16-51 år (gennemsnit 30,6 år), N=5.332 kvinder	Gennemsnitsalder = 52,8 år, N=793	64 læger i primærsektoren samt 489 tilhørende patienter, gennemsnitsalder af patienter = 49,8 år, N=553
Studiedesign	Tværsnitsstudie	Tværsnitsstudie	Kohortestudie
Eksposering	Socioøkonomisk status, målt via <i>Index of Multiple Deprivation</i> (IMD). IMD omfatter forskellige dimensioner, herunder indkomst, beskæftigelse, sundhed og handicap, der måles separat og derefter summeres til en vægtet score. Kvintil 1 repræsenterer de mindst dårlige stillede og kvintil 5 repræsenterer de mest dårlige stillede	Uddannelse: <ul style="list-style-type: none"> • High school eller mindre • Færdiggjort noget af universitetet • Bachelorgrad eller højere Fattigdomsstatus: <ul style="list-style-type: none"> • > 125% of Federal Poverty Level • ≤ 125% of Federal Poverty Level 	Social korcorndans (SC) mellem patient og læge ud fra fire sociale karakteristika: <ul style="list-style-type: none"> • Race • Alder • Køn • Uddannelsesniveau Hver overensstemmelse giver 1 SC-point

Forfatter, år, land	Lindquist et al., 2014, England	Yelin et al., 2015, USA	Thornton et al., 2011, USA
Udfaldsmål	<p>Mål relateret til forskellige aspekter af fødselshjælp:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Modtaget fødselspleje • Set af en sundhedsprofessionel inden for 12 uger af graviditeten • Indlagt på hospitalet under graviditeten • Flyttet afdeling på hospitalet under fødsel • Kejsersnit • Uplanlagt kejsersnit • Efterfødselsundersøgelse • Se en sundhedsprofessionel så tidligt som ønsket • Under min graviditet talte jordemødre på en måde, som jeg kunne forstå • Under min graviditet var jordemødre respektfulde det meste af tiden • Under min graviditet talte læger på en måde, som jeg kunne forstå • Under min graviditet var læger respektfulde det meste af tiden • Under fødsel talte jordemødre på en måde, som jeg kunne forstå • Under fødsel var jordemødre respektfulde det meste af tiden • Under fødsel talte læger på en måde, som jeg kunne forstå • Under fødsel var læger respektfulde det meste af tiden • Givet tilstrækkelig information til at kunne tage beslutninger om pleje under min graviditet. 	<p>Interaktioner mellem patienter og sundhedsprofessionelle, målt via <i>Consumer Assessment of Healthcare Providers Survey (CAHPS)</i> og <i>Interpersonal Processes of Care Scale (IPC)</i>:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Kvaliteten af patient-læge kommunikation • Koordinering af pleje • Hurtighed og aktualitet af pleje • Fælles beslutningstagning • Tillid • Kvaliteten af sundhedsplanen 	<p>Mål relateret til kommunikationen mellem patienten og lægen samt patientens opfattelse af besøget. Kommunikation mellem patienten og lægen er baseret på mål, der er dannet på baggrund af kodninger af lydoptaget lægebesøg.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Lægebesøgets varighed: mængden af tid (i minutter), der forløber fra lægebesøgets begyndelse til dets afslutning. • Lægens verbale dominans • Hvor patientcenteret lægen er. <p>Tre mål blev brugt til at vurdere patientens oplevelse af, hvor inddragende lægen er i forbindelse med beslutningstagning. Disse mål er blevet brugt til at lave en samlet score, hvor jo højere score, jo mere inddragende er lægen.</p>

Forfatter, år, land	Lindquist et al., 2014, England	Yelin et al., 2015, USA	Thornton et al., 2011, USA
Resultater	<p>Efter justering for etnicitet, alder og paritet havde kvinder med en IMD i kvintil 5 60% mindre sandsynlighed for at modtage fødselspleje, 38% mindre sandsynlighed for at have blevet set af en sundhedsprofessionel inden for 12 uger af graviditeten, 45% mindre sandsynlighed for at have haft en efterfødselsundersøgelse og 47% mindre sandsynlighed for at rapportere at have set en sundhedsprofessionel lige så tidligt, som de ønskede under deres graviditet, sammenlignet med kvinder i kvintil 1.</p> <p>Når sammenhængene undersøges lineært, ses det, at kvinder for hver stigning i IMD kvintil havde mindre sandsynlighed for at have modtaget fødselspleje, at have blevet set af en sundhedsprofessionel inden for 12 uger af graviditeten og fået en efterfødselsundersøgelse. Ligeledes ses det, at for hver stigning i IMD kvintil havde kvinderne mindre sandsynlighed for at rapportere at have set en sundhedsprofessionel lige så tidligt, som de ønskede under deres graviditet, at jordemødre og læger snakkede til dem på en måde, som de forstod, og at læger behandlede dem respektfuldt gennem deres fødselspleje og graviditet.</p> <p>Desuden ses det, at en nedadgående socioøkonomisk position øgede risikoen for ikke at blive behandlet med respekt og for at blive snakket til i et lægefagligt sprog, som man ikke kan forstå.</p>	<p>At have en gymnasial (high school) uddannelse eller mindre var associeret med lavere tillid til den sundhedsprofessionelle, sammenlignet med patienter, der havde en færdiggjort universitetsuddannelse (OR = 0,55 CI: 0,29-0,99). En lav vurdering af kvaliteten af ens sundhedsplan var associeret med at have en gymnasial (high school) uddannelse eller mindre (OR = 0,32 CI :0,17-0,60) eller at have færdiggjort noget af sin universitetsgrad (OR = 0,57 CI: 0,36-0,89), sammenlignet med patienter, der havde færdiggjort hele deres universitetsuddannelse.</p> <p>Der var ingen sammenhæng mellem uddannelse og kvaliteten af patient-læge kommunikationen, koordinering af pleje, hurtighed og aktualitet af pleje og fælles beslutningstagning.</p> <p>Patienters fattigdomsstatus var kun associeret med vurdering af sundhedsplan (OR = 0,57 CI: 0,36-0,89), og der kunne ikke påvises sammenhænge for de resterende variable.</p>	<p>Resultaterne viste, at patienter med en lav SC-score, havde lavere odds for at være meget tilfredse med deres behandling ved lægen (OR = 0,64, 95% CI: 0,39-0,89, p = 0,036 i multivariate analyser), sammenlignet med patienter med en høj SC-score.</p> <p>≤Patienter med lav SC-score sammenlignet med patienter med høj SC-score var mindre tilbøjelige til at være enige i, at de vil anbefale deres læge til en ven (OR = 0,55, 95% CI: 0,26-0,84 i ujusterede analyser p = 0,051)</p>
Kvalitet	Moderat	Moderat	Moderat

Forfatter, år, land	Spooner et al., 2016, USA	Spooner et al., 2017, USA	Song et al., 2014, USA
Formål	Undersøge sammenhængen mellem forskellige personkarakteristik og kvaliteten af kommunikationen mellem patienten og sundhedsprofessionelle	Undersøge patienters adfærd i forbindelse med søgning af sundhedsinformation online og kommunikationsadfærd. Studiet undersøger også sociodemografiske forskelle i interessen for og brugen af forskellige typer af elektronisk kommunikation med sundhedsprofessionelle	Undersøge, hvordan en række sociokulturelle faktorer (tillid til lægen, opfattet racisme, religiøs overbevisning, sundhedsforståelse og sundhedskompetence) påvirker kommunikationen mellem sundhedsprofessionelle og patienter med prostatakræft
Population	18-65+ år, 54,8% kvinder, N=8458	18-65+ år, 51,8% kvinder, N=3677	41-79 år (gennemsnit: 63 år), N=1854 mænd
Studiedesign	Tværsnitsstudie	Tværsnitsstudie	Tværsnitsstudie
Eksposering	<p>Uddannelse:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Mindre uddannelse end gymnasiet • Færdiggjort noget af universitetet • Færdiggjort en universitetsuddannelse <p>Beskæftigelsesstatus:</p> <ul style="list-style-type: none"> • I arbejde • Arbejdsløs • Pensioneret/studerende • Ikke i stand til at arbejde <p>Årlig husstandsindkomst:</p> <ul style="list-style-type: none"> • <\$35.000 • \$35.000 < \$75.000 • \$75.000+ 	<p>Uddannelse:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Mindre end gymnasiet • Gymnasiet • Færdiggjort noget af universitetet • Universitetet eller højere <p>Beskæftigelsesstatus:</p> <ul style="list-style-type: none"> • I arbejde • Arbejdsløs • Pensioneret/studerende • Ikke i stand til at arbejde <p>Årlig husstandsindkomst:</p> <ul style="list-style-type: none"> • <\$35.000 • \$35.000 < \$75.000 • \$75.000+ 	Følgende mål blev anvendt: <ul style="list-style-type: none"> • Tillid til sundhedsprofessionelle • Opfattet racisme • Religiøs overbevisning • Sundhedsoverbevisninger • Sundhedskompetence • Sociodemografiske faktorer (etnicitet, alder, civilstand og uddannelse)
Udfaldsmål	<p>Otte udfaldsmål, herunder syv dimensioner af perceived patient-provider communication quality (PPPCQ) og én samlet PPPCQ score.</p> <p>Mål baseret på patientens oplevelse af den sundhedsprofessionelles kommunikationsadfærd:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Mulighed for at stille spørgsmål • Mulighed for at adressere følelser • Blive inkluderet i beslutninger • Forstå næste trin i processen • Komme med tydelige forklaringer • Brugernok tid • Få hjælp til ens usikkerheder • Samlet PPPCQ score 	<p>Brug af online kommunikation mellem patient og sundhedsprofessionel:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Første generation (e-mail og fax) 2. Anden generation (tekstbesked, telefon- / mobilapp, video, sociale medier) 3. Ingen <p>Interesse i online kommunikation mellem patient og sundhedsprofessionel:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Administrativt (påmindelser, generelle sundhedstips, medicinering, påmindelser) 2. Generel sundhed (livsstilsadfærd, symptomer) 3. Privat (specifikke laboratorie-/testresultater, diagnostisk information) 	<p>Kommunikationen mellem patient og sundhedsprofessionel:</p> <p>Består af tre mål, som undersøger patientens opfattelse af kommunikationen med den sundhedsprofessionelle:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Indholdet af dialogen 2. Den affektive komponent 3. Ikke-verbal adfærd

Forfatter, år, land	Spooner et al., 2016, USA	Spooner et al., 2017, USA	Song et al., 2014, USA
Resultater	<p>I den justerede model var det at have en universitetsuddannelse associeret med lavere odds for, at patienter havde mulighed for altid at stille spørgsmål (OR = 0,69 CI: 0,49-0,98), adressere følelser (OR = 0,60 CI: 0,44-0,82), blive inkluderet i beslutninger (OR = 0,68 CI: 0,49-0,94), forstå næste trin i processen (OR = 0,60 CI: 0,43-0,83), bruge nok tid (OR = 0,67 CI: 0,48-0,94), få hjælp med ens usikkerheder (OR = 0,63 CI: 0,44-0,91) og have en samlet PPPCQ score på 100 (OR = 0,68 CI: 0,48-0,97). Der var ingen sammenhæng mellem uddannelsesniveau og patienters oplevelse af, at den sundhedsprofessionelle altid kommer med tydelige forklaringer.</p> <p>Ikke at være i stand til at arbejde var associeret med højere odds for, at der altid bliver brugt nok tid (OR = 1,38 CI: 1,01-1,87) og få hjælp med ens usikkerheder (OR = 1,57 CI: 1,17-2,11). Der var ingen sammenhæng mellem beskæftigelsesstatus og de andre udfaldsmål.</p> <p>At have en høj indkomst var associeret med lavere odds for altid at have mulighed for at adressere følelser (OR = 0,77 CI: 0,60-0,99), forstå næste trin i processen (OR = 0,74 CI: 0,57-0,97) og at den sundhedsprofessionelle kommer med tydelige forklaringer (OR = 0,78 CI: 0,61-0,99). Der var ingen sammenhæng mellem indkomstniveau og de andre udfaldsmål.</p>	<p>I den justerede model finder studiet, at patienter, som har færdiggjort noget af en universitetsuddannelse (OR = 1,98 CI: 1,06-3,69) eller har et højere uddannelsesniveau (OR = 2,92 CI: 1,42-5,99) var mere tilbøjelige til at bruge online kommunikation med en sundhedsprofessionel via e-mail og/eller fax. Der var ingen sammenhæng mellem beskæftigelsesstatus, indkomst og brugen af online kommunikation med en sundhedsprofessionel via e-mail og/eller fax.</p> <p>At have et indkomstniveau på \$75.000+ var associeret med brugen af online kommunikation med en sundhedsprofessionel via tekstbesked, telefon, mobilapp, video, sociale medier (OR = 1,75 CI: 1,04-2,95). Der var ingen sammenhæng mellem uddannelsesniveau, beskæftigelsesstatus og brugen af online kommunikation med en sundhedsprofessionel via tekstbesked, telefon, mobilapp, video eller sociale medier.</p> <p>Der var ingen sammenhæng mellem patienters uddannelse, beskæftigelsesstatus og interesse i online kommunikation med sundhedsprofessionelle inden for nogle af de tre typer af informationsdeling. At have et højt indkomstniveau var dog associeret med alle tre typer af interesse i online kommunikation med sundhedsprofessionelle.</p>	<p>Bedre kommunikation mellem patienter og sundhedsprofessionelle var associeret med mere tillid til lægen, mindre opfattet racisme, større religiøs overbevisning (p <0,01) og at have gennemført minimum en gymnasial uddannelse (p <0,05).</p> <p>Desuden finder studiet, at kaukasiske patienter havde signifikant højere gennemsnitsscore, hvad angår personalebehandling (p <0,1), kommunikation vedr. prostatakræft (p <0,001) og tillid til læge (p <0,001) end afroamerikanere, men signifikant lavere gennemsnitsscore hvad angår religiøs overbevisning (p <0,001), traditionel sundhedstro (p <0,001) og opfattet racisme (p <0,001).</p>
Kvalitet	Moderat	Moderat	Moderat

Forfatter, år, land	Moskowitz et al., 2013, USA	Coats et al., 2018, USA	Hausmann et al., 2011, USA
Formål	Undersøge sammenhængen mellem den opfattede sociale position og kvaliteten af kommunikationen med den sundhedsprofessionelle blandt patienter med diabetes. Studiet undersøger også, om sammenhængen mellem den opfattede sociale position og kvalitet af kommunikation er uafhængig af objektive mål for socioøkonomisk status	Undersøge sammenhængen mellem patienters etnicitet, socioøkonomiske status samt religiøsitet og kvaliteten i kommunikationen med lægen og tilliden til lægen.	Undersøge sammenhængen mellem tidligere erfaringer med diskriminering og kvaliteten af kommunikationen mellem patienter og sundhedsprofessionelle
Population	30-75 år, forsikrede patienter med diabetes (ca. ligeligt kønsfordelt), N=11.105	18+ år, N=917	Gennemsnitsalder: 62 år, N=353
Studiedesign	Tværsnitsstudie	Tværsnitsstudie	Tværsnitsstudie
Eksposering	<p>Benyttter MacArthurs "<i>Subjective social status ladder</i>", hvor respondenter rangerer sig selv på en ti-trinsskala, hvor 10 repræsenterer at være bedst stillet, men 1 repræsenterer at være værst stillet.</p> <p>Socioøkonomisk status målt på:</p> <ul style="list-style-type: none"> Husstandsindkomst målt på 0 - 15.000 dollars; 15.000 dollars - 49.999 dollars; 50.000 dollars - 99.999 dollars; >99.999 dollars Uddannelsesniveau målt på "high school eller mindre"; "lidt college"; "college degree"; "graduate school" (dvs. doktorgrad, ph.d.). <p>Desuden måles:</p> <ul style="list-style-type: none"> Køn Alder Etnicitet 	<p>Demografisk information om patienten: Alder, køn, race, uddannelsesniveau, indtægt, selv vurderet helbred.</p> <p>Spørgsmål vedrørende:</p> <ul style="list-style-type: none"> Religiøsitet og spiritualitet Bedømmelse af deres læges kommunikative kvaliteter Tillid til læge <p>Informationer om lægen:</p> <ul style="list-style-type: none"> Alder Køn Race Speciale 	<ul style="list-style-type: none"> Alder Køn Race: Ikke-spansktalende afroamerikaner; ikke-spansktalende hvid Årlig indkomst: <20.000 dollars; >20.000 dollars Uddannelsesniveau Har klienten besøgt ortopædiske klinikker tidligere Livskvalitet ud fra SF-12 (Health Survey)

Forfatter, år, land	Moskowitz et al., 2013, USA	Coats et al., 2018, USA	Hausmann et al., 2011, USA
Udfaldsmål	<p>Følgende spørgsmål blev brugt som udfaldsvariable (IPC-score):</p> <p>Din sundhedsudbyder:</p> <ul style="list-style-type: none"> • lytter opmærksomt • viser respekt • giver gode forklaringer • bruger nok tid • involverer dig i beslutninger • fremkalder tillid og tager stilling til dine behov <p>Respondenten havde følgende svarmuligheder: Aldrig (0); nogle gange (1), oftest (2), altid (3).</p>	<p>Tre mål baseret på patientens oplevelse hos læge med fokus på kommunikation:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Involvering af patienten i beslutninger vedrørende ønsket behandling i tilfælde af, at patienten er for syg til at kommunikere. 2. Tilbøjeligheden til at spørge ind til de ting i livet, patienten finder vigtige. 3. Spørge ind til patientens religiøse overbevisning <p>Mål baseret på tillid:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Alt i alt, stoler du fuldstændigt på din læge? 	<p>Fire-dimensionalt kodnings-system af lydoptagelser mellem patient og sundhedsprofessionelle ud fra fire koder:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Biomedicinsk udveksling 2. Psykosocial udveksling 3. Relationsopbygning, herunder smalltalk 4. Inkludering og aktivering af patient <p>Patientens indflydelse på relationen blev vurderet ud fra:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Interesse • Venlighed • Engagement • Sympati/empati • Interaktivitet • Respektfuldhed <p>Patientens egen vurdering af behandlingen blev vurderet ud fra:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Besøgets informationsniveau • Behandlers respektfuldhed og venlighed • Behandlers kommunikative tilgængelighed
Resultater	<p>Der var en signifikant ($p < 0,001$) positiv korrelation mellem patienters rapportering af egen social position, og IPC, der er et samlet mål (0-21) for individets svar på udfaldsmålene. Denne sammenhæng forbliver statistisk signifikant, når der justeres for alder, køn, race, depressive symptomer, fysisk funktionsniveau, indtægt og uddannelsesniveau.</p> <p>Patienter med depressive symptomer havde en gennemsnitlig IPC-score på 15,9, mens patienter uden depressive symptomer havde en gennemsnitlig IPC-score på 17,8.</p>	<p>Patienter, der vurderer deres lægers kommunikative færdigheder som værende gode, er ofte etniske minoriteter ($p = 0,001$), personer med lav indkomst ($p = 0,008$) og personer, der praktiserer deres spiritualitet og religion ($p = 0,004$).</p> <p>Patienters tillid til egen læge stiger hos individer med minoritetsstatus ($p = 0,018$). Patienters tillid til læger er negativt forbundet med patientens uddannelsesniveau ($p = 0,019$, og patienters tillid til læger er positivt forbundet med lægens kommunikative færdigheder ($p < 0,001$)).</p>	<p>Oplevet racisme og diskriminering på baggrund af socioøkonomisk status (klassicisme) blev i højere grad rapporteret hos afroamerikanere end hos hvide. 70% afroamerikanere oplevede racisme i modsætning til 26% hvide, mens 73% afroamerikanere oplevede klassicisme i modsætning til 53% hvide.</p> <p>Blandt afroamerikanere var opfattet klassicisme negativt forbundet med nonverbal positiv affekt udvist af patienter ($B = -0,35$, 95% CI: $-0,72-0,02$, $p = 0,07$) og sundhedsprofessionelle ($B = -0,29$, 95% CI: $-0,60-0,03$, $p = 0,07$). Desuden var opfattet klassicisme negativt forbundet med afroamerikaners vurdering af sundhedsprofessionelles varme/respekt (OR = 0,20, 95% CI: 0,06-0,66) og nemhed ved kommunikation (OR = 0,24, 95% CI: 0,08-0,70), men ikke graden af information ved konsultationer. Blandt hvide var opfattet klassicisme negativt forbundet med patienternes vurderinger af graden af information ved konsultationer (OR = 0,51, 95% CI: 0,29-0,89) og nemhed ved kommunikationen (OR = 0,47, 95% CI: 0,22-1,00, $p = 0,05$).</p>
Kvalitet	Moderat	Moderat	Moderat

Forfatter, år, land	Momoh et al., 2019, USA	Moret et al., 2017, Frankrig	Dehlendorf et al., 2017, USA
Formål	Undersøge mønstre i forhold til at modtage information om brystrekonstruktion, herunder uddannelsesniveaues og indkomstniveaues betydning, blandt patienter med brystkræft	Undersøge social ulighed i patienters tilfredsheden med den medicinske information, som de modtager fra sundhedsprofessionelle. Studiet undersøger ligeledes den sociale ulighed i tilfredsheden med interaktionen med sundhedsprofessionelle og involvering i fælles beslutningstagning	Undersøge kvaliteten og indholdet af kommunikation om prævention mellem patienter og sundhedsprofessionelle samt om der er etniske og socioøkonomiske forskelle
Population	Kvinder, N=936	18+ år (gennemsnitsalder = 59,1 år), N=255	15-45 år, N=339 kvinder
Studiedesign	Tværsnitstudie	Tværsnitstudie	Tværsnitstudie
Eksposering	<p>Sociodemografiske karakteristika:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Alder • Alder ved diagnosticering • Primære sprog • Ægteskabsstatus • Uddannelsesniveau • Indkomst • Forsikring <p>Kliniske- og behandlingsvariable:</p> <ul style="list-style-type: none"> • SEER-afledt tumor stadie <p>Patientmål:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Bryststørrelse • Komorbiditet • BMI • Kirurgisk behandling <p>Kirurgers karakteristika:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Årlig andel af patienter med brystkræft • Kirurgers antal år i praksis 	<p>Socioøkonomisk status målt ved EPICES, der med 11 spørgsmål kommer ind på følgende temaer:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Forsikring status • Økonomisk status • Social støtte • Fritidsaktivitet • Patienter vurderer deres sociale position fra 1-10 <p>Deskriptive socioøkonomiske mål blev anvendt:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Alder • Køn • Uddannelsesniveau • Beskæftigelsesstatus • Om patienten havde en erklæring fra almen praktiserende læge • Om patienten led af kronisk sygdom 	<p>Højeste uddannelsesniveau hos en forælder:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Gymnasial uddannelse eller mindre • Ikke-færdiggjort universitet • Færdiggjort universitetsuddannelse <p>Patients etnicitet/race:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Mørk • Hvid • Spansktalende

Forfatter, år, land	Momoh et al., 2019, USA	Moret et al., 2017, Frankrig	Dehlendorf et al., 2017, USA
Udfaldsmål	<p>Kommunikationsrelateret mål:</p> <ul style="list-style-type: none"> • At være blevet fortalt, at brystrekonstruktion er en mulighed for kvinder med mastektomi • At være blevet fortalt, at forsikring bør dække størstedelen af udgifterne ved brystrekonstruktion • At have kendskab til, at brystrekonstruktion kan foretages med det samme efter en mastektomi som del af samme indgreb <p>Rekonstruktionens karakter blev der ligeledes taget højde for ved at lade kvinderne udpege, hvilken type rekonstruktion de ville modtage i valget mellem 1) implantation (silikone eller saltholdig) eller 2) en DIEP-flap, TRAM-flap eller latissimus dorsi flap (dvs. brug af eget væv fra maveregionen eller ryggen).</p>	<p>Mål relateret til relation mellem personale og patient:</p> <p>Hvorvidt patienten havde følelse af at være involveret i beslutningstagen</p> <ul style="list-style-type: none"> • Hvorvidt patienten oplevede at modtage tilstrækkelig information uden selv at skulle spørge 	<p>Patient skulle bedømme sundhedsprofessionel ud fra følgende udsagn:</p> <p>Respekterede mig som person</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Udviste omsorg og medfølelse 2. Tillod mig at sige det, der var vigtigt for mig vedrørende prævention 3. Gav mig mulighed for at stille spørgsmål 4. Tog mine præferencer vedrørende prævention alvorligt 5. Tog stilling til min personlige situation i rådgivningen vedrørende prævention 6. Udformede en plan vedrørende min prævention med mig 7. Gav mig tilstrækkelig information til at kunne træffe den bedste beslutning vedrørende min prævention 8. Fortalte, hvordan jeg bedst muligt skulle benytte mig af min prævention 9. Fortalte om fordele og ulemper ved netop min prævention 10. Besvarede alle mine spørgsmål
Resultater	<p>Ældre kvinder, hvis primære sprog ikke var engelsk, havde lavere chance for at blive informeret af læge om brystrekonstruktion.</p> <p>Kvinder, som var ældre, som led af invasive sygdomme, som led af bronkitis og som havde lav indkomst, havde lavere odds for at gennemgå brystrekonstruktion.</p> <p>Brystrekonstruktion blev i højere grad udført på patienter, der gennemgik bilaterale mastektomier (OR = 3,27, 95% CI: 2,26-4,75).</p> <p>Kvinder, der blev behandlet af kirurger med mange brystkræftpatienter, havde større chance for at gennemgå brystrekonstruktion (OR = 2,43, 95% CI: 1,40-4,20)</p>	<p>I alt blev 32,7% af patienterne identificeret som dårligere socialt stillet. Blandt disse, oplevede 42,3% at få tilstrækkeligt med information i konsultationer uden selv at skulle bede om det i modsætning til 63,6 % af de mere velstillede patienter (p <0,01).</p> <p>Blandt de dårligere stillede patienter oplevede 75% at være en del af beslutningstagen i modsætning til 89% af de mere velstillede patienter (p <0,001).</p> <p>Studiet viser, at den mest afgørende faktor for patienters tilfredshed var deres involvering i den medicinske beslutningstagen (CFI = 0.998, RMSEA = 0,022).</p>	<p>Når der tages højde for alder, ligestilling og allerede-eksisterende fortrukne LARC-metoder, viser studiet, at patienter med forældre, der ikke gennemførte eller startede på universitetet, havde signifikant mindre odds for at blive præsenteret for LARC-metoder under konsultationer (OR = 0,42; p <0,03 og OR = 0,32; p <0,01).</p> <p>Patienter med forældre med lav uddannelse havde dobbelt så høj en odds for at blive præsenteret for muligheden for at bruge kondom sammenlignet med patienter med veluddannet forældre (OR = 2,1; p <0,02).</p> <p>Patienter, hvis forældre ikke gennemførte universitetet, havde dobbelt så høj en odds for at opleve at have mulighed for at stille spørgsmål (OR = 2,1; p <0,01 og OR = 2,1; p <0,03).</p>
Kvalitet	Moderat	Moderat	Moderat

Forfatter, år, land	Niklasson et al., 2019, Sverige	Schieber et al., 2013, Frankrig
Formål	Undersøge socioøkonomiske forskelle i pleje af slagtilfælde og faktorer, der bidrager til forsinkelser i sundhedsvæsenet, herunder brugen af ambulance, prioriteringer i ambulancen og ambulancepersonalets anerkendelse af slagtilfælde	Undersøge om social distance (beregnet som forskellen mellem lægens sociale position og patientens sociale position) er relateret til uenighed om patientens sundhedsstatus
Population	N=3006	18+ år, N=585
Studiedesign	Tværsnitsstudie	Tværsnitsstudie
Eksponering	SES-score målt ud fra: <ul style="list-style-type: none"> • Uddannelsesniveau: Lav (gymnasial uddannelse eller lavere); Høj (videregående uddannelse) • Indkomst: Lav (under gennemsnit); høj (over gennemsnit) 	Både patient og praktiserende læge blev bedt om at vurdere patientens helbred: <ul style="list-style-type: none"> • Meget godt/godt • Gennemsnitligt • Dårligt/meget dårligt
Udfaldsmål	Forsinkelse defineret ved tidsrummet fra opkaldet til alarmcentralen til den først CT-scanning ved ankomst til hospital Prioriteringer af EMCC (emergency medical communication centre) blev vurderet ud fra: <ul style="list-style-type: none"> • Høj prioritet • Lav prioritet 	Både patienten og lægen rangerer sin egen og hv. sin læges eller sin patients sociale position fra 1 til 10
Resultater	Medianen for tidsrummet mellem opkaldet til alarmcentralen og til påbegyndelse af hjerntomografi på hospital var 3 timer og 47 minutter (95% CI: 3 timer og 30 min; 4 timer og 5 min) for patienter med lavest socioøkonomisk score, mens medianen for tidsrummet for patienter med højest socioøkonomisk score var 3 timer og 17 min (95% CI 3 timer; 3 timer og 37 min; $p < 0,05$). Patienter med lavere socioøkonomisk score var mindre tilbøjelige til at modtage den højeste prioritet i ambulancen ($p < 0,05$), og der var lavere sandsynlighed for, at hjertestop blandt patienterne blev identificeret sammenlignet med patienter med høj socioøkonomisk score ($p < 0,05$).	Uoverensstemmelse mellem den praktiserende læges og patientens vurdering af patientens helbredsstatus var forbundet med opfattet social distance/forskel hos den praktiserende læge, men ikke hos patienten. I multivariate analyser ses det, at uoverensstemmelse, hvor den praktiserende læge overvurderer patientens helbred, øges i takt med, at den praktiserende læge oplever social distance: OR: 2,9 (95% CI = 1,0-8,6, $p = 0,055$) ved lav opfattet social distance, OR: 3,4 (95% CI = 1,1-10,2, $p < 0,05$) ved moderat opfattet social distance og OR: 3,8 (95% CI = 1,1-13,1, $p < 0,05$) ved høj opfattet social distance.
Kvalitet	Moderat	Moderat

TABEL 5.

Beskrivelse af hvert af de inkluderede kvalitative studier

Forfatter, år, land	Scott et al., 2019, England	Schröder et al., 2018, Tyskland	Loignon et al., 2015, Canada
Formål	Undersøge hvordan socioøkonomiske forskelle i adgangen til insulinpumpebehandling kan forekomme, ved at udforske både patienters og sundhedsprofessionelles perspektiv	Undersøge socioøkonomiske forskelle i patienters oplevelse med behandling for hjertesygdom	Undersøge barrierer for pleje i sundhedsvæsenet blandt personer, der lever i fattigdom ved at inddrage perspektiver fra både sundhedsprofessionelle og patienter
Beskrivelse af population	28 patienter med type 1 diabetes: 13 mænd, 15 kvinder, Seks sundhedsprofessionelle, Alder: 18-70 år	48 patienter, 39 patienter til follow-up interviews	5 sundhedsprofessionelle og seks medlemmer af ATD Fourth World
Undersøgelsesmetode	Dybdegående face-to-face interviews	Semi-strukturerede interviews	Photovoice og The Merging of Knowledge teknik
Temaer/resultater	<p>Studiet finder fire overordnede temaer:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Graden af lethed i adgangen til de specialiserede hospitalsbaserede behandlinger 2. Betydningen af sundhedskompetence til at navigere sig igennem sundhedssystemet 3. Interaktionen og relationen mellem patient og sundhedsprofessionel 4. Fremmere af den sociale ulighed i behandling 	<p>Studiet finder tre overordnede temaer:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Information 2. Sygdomsopfattelse 3. Opfattet rolle i sundhedssystemet 	<p>Tre overordnede barrierer blev identificeret, som hindrer effektiviteten af pleje blandt patienter, der lever med fattigdom:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Levevilkår 2. Kvaliteten af interaktioner mellem patienter og sundhedsprofessionelle 3. Organisering og funktion af sundhedssystemet
Kvalitet	Moderat	Stærk	Stærk

Forfatter, år, land	Thompson et al., 2015, USA	Heaman et al., 2015, Canada	Leal et al., 2018, Frankrig
Formål	Undersøge erfaringer med at arbejde med patienter fra en lavere socioøkonomisk baggrund blandt sundhedsprofessionelle der arbejder i psykiatrien. Studiet søger at belyse krydsfeltet mellem de personlige og professionelle erfaringer, som er med til at skabe interaktionerne med patienterne	Undersøge sundhedsprofessionelles opfattelser af deres patienters barrierer og facilitatorer i forbindelse med prænatal pleje i sundhedsvæsenet og deres forslag til, hvordan den prænatale pleje kan forbedres for at reducere ulighed i brugen af den	Undersøge sårbare patienters opfattelser og erfaringer af, hvilken faktorer der påvirker søgningen af behandling for tarmkræft
Beskrivelse af population	9 sundhedsprofessionelle, der arbejder med behandling af mentale lidelser, alder: 25-62 år	24 sundhedsprofessionelle, som tilbyder prænatal pleje til kvinder i otte Winnipeg inner-city nabolag.	30 patienter med tyktarmskræft: 13 kvinder, 17 mænd, alder: 25-67 år
Undersøgelsesmetode	Open-ended interviews	Semi-strukturerede interviews	Semi-strukturerede interviews
Temaer/resultater	<ol style="list-style-type: none"> 1. Italesættelse af egen økonomiske kontekst og erfaringer som forudsætning for at forstå og have sympati for deres klienter 2. Emotionelle reaktioner – egen frygt og stereotyper påvirker deres følelser i arbejdet 3. Arbejdet er udfordrende pga. at fattigdom er så hårdt at leve med og skabt af miljømæssige faktorer, som er så svære at gøre noget ved. Føles som om man ikke kan gøre nok, selvom man gerne vil. Men også at det er inspirerende at arbejde med folk som har så mange udfordringer og stadig kæmper. 	<p>Barrierer:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. De sundhedsprofessionelles kvaliteter, fx fordømmende personlighed 2. Barrierer i sundhedssystemet 3. Personlige barrierer, fx problemer med logistik ift. transport og børnepasning samt økonomiske problemer <p>Facilitatorer:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Den sundhedsprofessionelles kvaliteter, fx at give kvinderne en følelse af at være respekteret og gode kommunikative evner 2. Den sundhedsprofessionelles tilgang, fx behandling tilpasset den enkelte. 	<p>Fire temaer blev identificeret som påvirker patienters søgning af sundhedsvæsenet og behandling:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Begrænset ressourcer til at søge behandling 2. Misforståelser af symptomer 3. Sundheds- og sygdomsforståelse 4. Reaktioner på screening og sygdom
Kvalitet	Moderat	Moderat	Moderat

Forfatter, år, land	Protheroe et al., 2013, England	Bell, 2014, USA
Formål	Undersøge patienters opfattelser og erfaringer med sundhedsvæsenet blandt forskellige befolkningsgrupper. Formålet med studiet er at undersøge forskellige aspekter af patienters møde med sundhedsvæsenet og bidrage til en bedre forståelse og dermed facilitering af deltagelse i sundhedsvæsenet. Desuden undersøger studiet, hvorfor patienter med høj socioøkonomisk status er mere tilbøjelige til at deltage i behandling end dem med lavere socioøkonomisk status	Undersøge, hvordan social og kulturel kapital påvirker sundhedskommunikation blandt patienter med forskellige socioøkonomiske baggrunde, samt hvordan dette påvirker patienters erfaringer med sundhed og sygdom. Der fokuseres på kvinders oplevelse med infertilitet
Beskrivelse af population	200 patienter: 112 kvinder, 88 mænd	58 kvinder, gennemsnitsalder: kvinder med lav socioøkonomisk status = 31 år, kvinder med høj socioøkonomisk status = 35 år
Undersøgelsesmetode	Semi-strukturerede interviews	Dybdegående semi-strukturerede interviews
Temaer/resultater	<ol style="list-style-type: none"> 1. Patienter med lav socioøkonomisk status mener ikke at de bør stille spørgsmål fordi lægen ved bedre. Patienter med høj socioøkonomisk status stiller gerne spørgsmål både til behandlingen og for at forstå hvad lægen mener. 2. Aktiv informationsøgning foregår primært hos patienter med høj socioøkonomisk status, patienter med lav socioøkonomisk status føler ikke at de har behov for det. Der er mindre socioøkonomiske forskelle i forhold til informationsøgning på internettet. 3. Patienter med høj socioøkonomisk status bruger egen viden til beslutningstagen og at engagere sig i egen behandling. Patienter med lav socioøkonomisk status forstår ikke altid hvad de har og kan gøre, herunder den medicinske terminologi. 4. Mange patienter med lav socioøkonomisk status er indstillede på at indtage rollen som patient, som ikke indebærer for mange spørgsmål. De er tilfredse med denne fordeling og ønsker ikke at stille spørgsmålstejn ved den professionelles vurdering eller deltage mere aktivt i egen behandling. Patienter med høj socioøkonomisk status er mere indstillet på at engagere sig i egen behandling og tager mere ansvar for egen sundhed. Patienter med lav socioøkonomisk status oplever, at det er svært at navigere i sundhedssystemet. 	<p>Studiet demonstrerer gennem kvindernes historier, at der er socioøkonomiske forskelle i kommunikation:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Kvinder med lavere socioøkonomisk status bruger medierne, primært underholdnings-tv, som deres primære kilde til information om infertilitet • Kvinder med højere socioøkonomisk status bruger flere forskellige kilder, herunder både venner, familie, læger, bøger, internettet, og andre medier
Kvalitet	Moderat	Moderat

Forfatter, år, land	Gamble et al., 2017, Australien	McSorley et al., 2017, USA
Formål	Undersøge erfaringer med rygestopinterventioner, opfattelser af effektiviteten af rygestopinterventionerne og synspunkter til forbedring af rygestopinterventioner blandt gravide kvinder med lavere socioøkonomisk status	Undersøge sundhedsprofessionelles opfattelse af barrierer for at få en nyretransplantation blandt dialysepatienter med lavere socioøkonomisk status, samt i hvilket omfang uddannelse af den sundhedsprofessionelle faciliterer adgangen til transplantation
Beskrivelse af population	Seks gravide kvinder med lavere socioøkonomisk status, alder: 18-38 år	48 deltagere (hovedsageligt socialarbejdere, sygeplejerske og læger), hovedsageligt hvide kvinder
Undersøgelsesmetode	Semi-strukturerede interviews	Dybdegående semi-strukturerede interviews
Temaer/resultater	<p>Temaer:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Manglende muligheder 2. Fortæl mig noget, jeg ikke ved 3. Følelsen af pres (fra de sundhedsprofessionelle) 4. De (sundhedsprofessionelle) dømmes for hurtigt 5. Hvad kvinder ønsker (i mødet med sundhedsprofessionelle) 	<p>Temaer:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Forskelsbehandling mellem individer på baggrund af socioøkonomisk status 2. Manglende uddannelse og opmærksomhed (ressourcer) hos sundhedspersonalet <p>Resultater:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Personer med lav indkomst møder mere modstand end det resterende samfund med henblik på at få foretaget en nyretransplantation 2. Førelse af modstand medfører, at disse grupper har dårligere kendskab til sådanne operationer og indgreb end det resterende samfund 3. Uddannelse af sundhedspersonale samt eksplicitering af forudindtagede holdninger mod disse grupper vil istandgøre sundhedspersonalet til at minimere disse holdninger
Kvalitet	Stærk	Moderat

