



Kandidatuppsats

Hälsopedagogiskt program

Främjande av Health Literacy i kommuner

En kvalitativ studie om hälsoutvecklarens
erfarenheter

Akademin för Hälsa och välfärd

Halmstad 2023-08-07

Linnéa Johansson, Ted Kindblom och Lisa Widell



HÖGSKOLAN
I HALMSTAD

Sammanfattning

Health literacy handlar om att som individ ha kunskap, motivation och kompetens att få tillgång till, förstå, bedöma och tillämpa hälsoinformation och fatta hälsosamma och hållbara beslut. Hälsöfrämjande arbete är en förutsättning för att stärka health literacy. Kommunen spelar en nyckelroll i hälsöfrämjande arbete eftersom den samlar olika aktörer med gemensamma mål. Därför är strategier och förankring inom kommunen nödvändiga för att möta utmaningar inom detta område. Syftet med studien är att belysa hur kommunanställda hälsoutvecklare beskriver att de arbetar hälsöfrämjande med health literacy samt hur arbetet kan utvecklas i framtiden.

Semistrukturerade intervjuer genomfördes med 14 hälsoutvecklare i skilda kommuner. Resultatet visade att de använde sig av anpassade verktyg och strategier för att skapa lärtillfällen för individer och grupper. Resultatet visade även att tvärsektorielt arbete är en nyckel för framgång. Vidare visade resultatet att reflektion och kritiskt tänkande var betydande verktyg samt att möjliggöra aktiviteter, som utöver det fysiska, främjade flera aspekter av hälsan. Utvecklingsmöjligheter ansågs bland annat vara mer integrerat hälsöfrämjande arbete och resurser för att möjliggöra insatser. Slutsatsen som drogs var att ytterligare anpassade strategier och verktyg behöver utformas för att underlätta hälsoutvecklarens arbete med health literacy, därigenom ges fler möjlighet att stärka sin och andras hälsa.

Nyckelord: Health literacy, hälsöfrämjande, hälsoutvecklare, pedagogik, strategier, verktyg

Förord

Vi vill tacka de deltagare som tagit sig tid och ställt upp på intervjuer och på så sätt bidragit till denna studie. Vi vill även rikta ett tack till vår handledare Pernilla Hedström för ditt stöd och synpunkter i vårt arbete. Nedan presenteras arbetsfördelningen mellan författarna.

Tabell 1. Författarnas bidrag

Arbetsuppgifter	Procent utfört av Linnéa/ Lisa/ Ted
Planering av studien	33.3/33.3/33.3
Litteraturundersökning	33.3/33.3/33.3
Datainsamling	33.3/33.3/33.3
Analys	33.3/33.3/33.3
Skrivande	33.3/33.3/33.3
Layout/ Formalia	33.3/33.3/33.3

Innehållsförteckning

Introduktion.....	1
Syfte.....	2
Begreppsdefinitioner	3
Bakgrund.....	4
Framväxt av health literacy	4
Hälsoutvecklarens roll	7
Tidigare forskning.....	7
Sammanfattning av tidigare forskning	11
Teoretisk referensram.....	11
Salutogenes.....	11
Sociokulturell teori	12
Metod	13
Vetenskapsteoretisk utgångspunkt	13
Urval.....	14
Datainsamling.....	15
Databearbetning och analys.....	17
Etiska överväganden.....	18
Diskussion.....	25
Metoddiskussion.....	25
Resultatdiskussion	27
Slutsatser och implikationer.....	35
Referenser	37
Bilaga 1 – Intervjuguide.....	42
Bilaga 2 - Samtyckesblankett & Informationsbrev	43

Introduktion

Health literacy har varit ett övergripande mål i hälsopromotivt arbete sedan “The Ottawa Charter for Health Promotion” av World Health Organization 1986 (WHO, 1986). Trots det har arbetet med health literacy omfattande variation i prioritering och integration i länder sinsemellan (Adriaenssens m.fl., 2021). För att skapa samhällen där health literacy främjas krävs ett arbete på individ-, organisation- och samhällsnivå för att möjliggöra samhällsstrukturer för alla individer (Sørensen m.fl., 2021). Intresset för health literacy har ökat de senaste 25 åren, menar Nutbeam m.fl. (2018). Dock behövs det ytterligare uppmärksamhet och engagemang kring begreppet då majoriteten av åtgärderna skett utifrån ett vårdperspektiv, som intar ett mer förebyggande synsätt, och inte utifrån ett hälsofrämjande perspektiv som hälsoarbete är i behov av (Sørensen m.fl., 2021).

Health literacy handlar om en individs förmåga att ta fördelaktiga beslut om sin egen och andras hälsa. Det är ett begrepp som inkluderar tillgång, förståelse och användning av hälsoinformation (Sørensen m.fl., 2012). Individens förmåga att konsumera information är en avgörande faktor för deras kunskapsläge och handlingar samt gynnsam utveckling av samhällen. Nivån av health literacy har ett samband med social position i samhället, förklarar Nutbeam och Lloyd (2021). I Sverige är det ofta personer med lägre utbildningsnivå, låg social status, begränsad ekonomi, äldre och migranter som har lägre nivåer av health literacy (Hälsolitteracitet, 2023). Detta påpekar att vissa grupper i samhället löper högre risk för ohälsa och lägre tendens att förse sig själv med hälsa. Ur ett samhällsperspektiv blir det problematiskt att uppnå en jämlik folkhälsa om individer och grupper har en ojämn fördelning av tillgång, utbud och möjligheter till att öka sin egen och andras health literacy (Sørensen m.fl., 2021).

Hälsopromotivt arbete är en förutsättning för främjande av health literacy. Quilling m.fl. (2022) menar att kommunen är av särskild vikt för hälsofrämjande arbete eftersom de inkluderar flera aktörer som arbetar med gemensamma mål. Hälsofrämjande arbete inom kommuner behöver däremot ytterligare tillvägagångssätt och verksamhetsförankring för att kunna möta och behandla komplexa frågor (Quilling m.fl., 2022). Ett tillvägagångssätt för att integrera och utveckla arbetet med health literacy i hälsofrämjande miljöer är att kompetensutveckla och förse yrkesverksamma med hälsofrämjande verktyg (Nutbeam & Lloyd, 2021). Quilling m.fl. (2022) menar att teoriutveckling och fortsatt forskning kring utveckling av hälsopromotivt arbete inom kommuner behövs.

Denna studie syftar till att fokusera på strategier och verktyg som hälsoutvecklare, anställda av kommunen, använder för att främja health literacy hos olika målgrupper samt hälsoutvecklarnas perspektiv på fortsatt utveckling av arbetet. Genom att belysa detta bidrar studien med ett främjande perspektiv på health literacy samt med en ökad medvetenhet kring hälsoutvecklarnas strategier och verktyg i hälsopromotivt arbete inom kommunen. Denna kunskap kan bidra med ökad förståelse för strategier, verktyg och erfarenheter kring arbetet med health literacy, vilket förhoppningsvis ökar uppmärksamheten för health literacy i hälsofrämjande arenor. Detta kan i sin tur utgöra en starkare grund för individer, grupper och samhällen att fatta mer hållbara och hälsosamma beslut, likväl för sig själv och andra.

Syfte

Syftet med studien är att belysa hur kommunanställda hälsoutvecklare beskriver att de arbetar hälsofrämjande med health literacy samt hur detta arbete kan utvecklas i framtiden.

Begreppsdefinitioner

Hälsans bestämningsfaktorer: Refererar till faktorer som påverkar människans hälsa under hela livscykeln. Det handlar om ålder, kön och arv men även om socialt stöd och nätverk samt samhällsliga levnadsvanor, samhällets normer, socioekonomiska förhållanden och miljörelaterade faktorer etc (Folkhälsomyndigheten, 2022).

Hälsopromotion: Definieras som “Health promotion is the process of enabling people to increase control over, and to improve, their health. It moves beyond a focus on individual behavior towards a wide range of social and environmental interventions.” (WHO, u.å., avsnittet health promotion).

Health literacy: Health literacy handlar om att som individ ha kunskap, motivation och kompetens att få tillgång till, förstå, bedöma och tillämpa hälsoinformation samt fatta hälsosamma och hållbara beslut som rör sin egen och andras hälsa gällande både förebyggande och främjande hälsofrågor för att bibehålla eller förbättra livskvaliteten (Sørensen m.fl., 2012).

Hälsoutvecklare: I denna studie definieras hälsoutvecklare som personer som arbetar hälsofrämjande inom kommuner. De arbetar med olika målgrupper och på olika nivåer såsom, individ, grupp eller folkhälsonivå med hälsofrämjande insatser. Vi har valt begreppet hälsoutvecklare som en övergripande titel för intervjupersonerna, även om de arbetat med att utveckla hälsa på olika sätt, nivåer och med olika målgrupper.

Tvärsektoriellt arbete: Svensson (2019) menar att det inte finns en specifik definition av tvärsektoriellt arbete men beskriver det som en länk mellan olika organisationer och verksamheter som kan åstadkommas genom samverkansinitiativ och förändring av perspektiv- och värdeintegrering. Det innebär enligt Svensson (2019) ett horisontellt arbete över verksamhetsgränser för att göra sig tillkänna och arbeta med frågor ur ett helhetsperspektiv. I tvärsektoriellt arbete leder samverkan alltid till att perspektiv möts, vilket är en förutsättning för att samverkan ska fungera och för att tillsammans nå fram till ett gemensamt mål (Svensson, 2019).

Bakgrund

Framväxt av health literacy

Salutogenes

Hälsa har genom historien setts utifrån ett patogent perspektiv som innebär att hälsa har varit lika med avsaknad av sjukdom. Startskottet för en motrörelse av detta synsätt började på 1970-talet då det salutogena perspektivet skapades av Antonovsky (2005). Det salutogena perspektivet fokuserar på vad som genererar hälsa och inte vad som orsakar ohälsa. Det belyser friskhetsfaktorer samt vikten av att stärka och främja dessa för att skapa en god hälsa hos individer. Salutogenes är ett perspektiv genom vilken hälsa och välbefinnande kan förstås. Ur det salutogena perspektivet växte hälsopromotion fram som fokuserar på att främja och bibehålla friskfaktorer hos individer (Antonovsky, 2005). Genom att fokusera på faktorer som bidrar till hälsa, kan salutogenes förstås som ett ramverk för arbete inom hälsopromotion. Ramverket betonar vikten av att identifiera och stärka individens och samhällets hälsoresurser för att främja motståndskraft och förmåga att hantera stress (Antonovsky, 2005).

Hälsopromotion

I och med skiftande fokus för hälsa och hälsoarbete hölls en internationell konferens "The Ottawa Charter for Health Promotion" av World Health Organization, år 1986, där närvarande förklarade vad hälsopromotion innebär (WHO, 1986). De menar att arbetet främjar förutsättningar, kunskap och miljö på ett fördelaktigt sätt för individer och ger ökad kontroll över hälsans bestämningsfaktorer och sin hälsa. Hälsa är en resurs för sociala, personliga och fysiska förmågor, därav är det viktigt att hälsopromotion implementeras utefter människors livsstil och förutsättningar (WHO, 1986). Enligt Nutbeam m.fl. (2018) har health literacy varit ett övergripande mål i hälsopromotion sedan "The Ottawa Charter for Health Promotion".

Health literacy

Health literacy handlar om att som individ ha kunskap, motivation och kompetens att få tillgång till, förstå, bedöma och tillämpa hälsoinformation och fatta hälsosamma och hållbara beslut (Sørensen m.fl., 2012). Health literacy har en central roll för en god folkhälsa eftersom grad av hälsokompetens påverkar individers handlingar (Sørensen m.fl., 2021). Det är en nyckelfaktor för att stärka individer och uppmåna till kritiskt tänkande, reflektion och ökad medvetenhet. För att individer ska kunna göra fördelaktiga val för sin och andras hälsa, är nivå av health literacy centralt

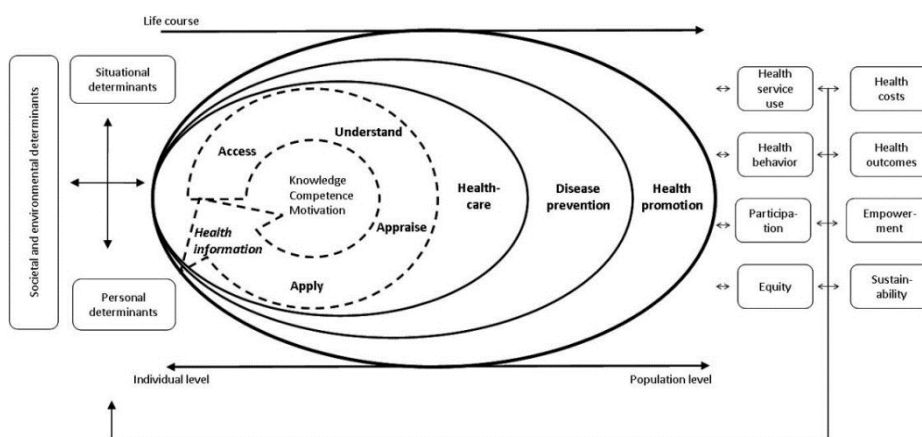
samt att samhällsstrukturer möjliggör tillgång för individer att ta del av de tjänster och hälsoinformation som förmedlas (Sørensen m.fl., 2021). Nivåer av health literacy har visat sig ha ett starkt samband med social position i samhället (Nutbeam & Lloyd, 2021). Detta påvisar att vissa individer och grupper är mer utsatta för lägre nivåer av health literacy nivå och därmed innehar sämre förutsättningar för att förse sig själv och andra med hälsa. Sørensen m.fl. (2021) påtalar att health literacy är en social bestämningfaktor, genom att anpassa hälsotjänster och information där normer, kultur, socioekonomi, kön, etnicitet, ålder och minoritetsgrupper tas mer i beaktning kan en mer jämlik folkhälsa uppnås.

Trots att health literacy har varit ett övergripande mål i hälsopromotivt arbete sedan "The Ottawa Charter for Health Promotion", år 1986, är det inte förens 25 år sedan intresset för begreppet ökat (Nutbeam m.fl., 2018). Individers health literacy-nivå har visat sig låg i flertal länder runt om i världen (Sørensen m.fl., 2021). För att öka nivån av health literacy krävs insatser utmed samtliga nivåer inom samhället. Sørensen m.fl. (2021) skriver att nationella policys har införts i flera länder med målet att öka individers health literacy. Införandet av health literacy policys är dock inte lika vanligt där en bredare syn på hälsa intas, menar Sørensen m.fl. (2021). Majoriteten av länderna har infört policys från ett vårdperspektiv som intar ett mer förebyggande och patogent synsätt. Även fast regeringar runt om i världen börjat prioritera och integrera health literacy som en större del av folkhälsan, återstår fortfarande utmaningar inom utförande av modernare riktlinjer i form av struktur och kapacitet (Sørensen m.fl., 2021).

Health literacy är ett komplext begrepp som involverar flera dimensioner och definieras i relation till sammanhang, samhälle och tidsperiod (Olander m.fl., 2020). Sørensen m.fl. (2012) tog i samband med definitionen fram en modell som visar hur begreppets dimensioner hänger ihop (se figur 1).

I och med studiens salutogena perspektiv kommer det ur modellen, fokuseras på health literacy ur det hälsofrämjande perspektivet. Det innebär att vi uppmärksammar hur hälsoutvecklarna arbetar hälsofrämjande med *människors kunskap, motivation och kompetens att få tillgång till, förstå, bedöma och tillämpa hälsoinformation för att göra bedömningar och fatta beslut i vardagen*. Enligt Tillgren m.fl. (2020) betyder arbetet med health literacy, ur en hälsofrämjande ansats, att skapa möjligheter för individer att öka kontrollen över sin egen hälsa. De menar även att det hälsofrämjande perspektivet innebär samhällseliga krav som skapar förutsättningar för befolkningen att stärka sin health literacy och att det ska genomsyras på

strukturell- samt organisationsnivå. Vidare innebär det, enligt Nutbeam (2000), att health literacy kommuniceras via tre nivåer; första nivån handlar om förmedling av hälsokunskap och refererar till hur staten och institutioner ger medborgarna hälsoråd genom envägskommunikation. Andra nivån bygger på samverkan där dialog används för att ge individen kunskaper som stärker individens självständighet och kräver enligt Nutbeam (2000) pedagogiska processer som främjar motivation och självförtroende. Den tredje nivån handlar om hur individer ska få kunskap som även gör att de kan ställa sig kritiska till hälsoinformation samt att pedagogiken bör fokusera på att stärka förmågor som tillåter det (Nutbeam, 2000).



Figur. 1. Sørensen m.fl. (2012) modell av hur dimensionerna av health literacy hänger ihop.

Genom att även spegla hur individens health literacy utvecklas och interagerar tillsammans med samhälle och miljö, menar Olander m.fl. (2020), att ansatsen kan beskrivas som holistisk. Health literacy ses då som en resurs som kan utvecklas på olika sätt genom hälsoundervisning och kommunikation. Genom att se det som en resurs är health literacy en tillgång och möjlighet för individen att påverka faktorer som berör hälsan. Stärkt health literacy är även ett folkhälsomål vilket gör att individernas health literacy ses som en resurs för samhället samt som ett verktyg för att nå det målet (Olander m.fl., 2020). Vidare menar Olander m.fl. (2020) att det gör att health literacy allt oftare ses ur ett samhällsperspektiv och som en social bestämningsfaktor för hälsa. Health literacy påverkas av både distala faktorer såsom kultur, politik, språk och samhälleliga system men även proximala och situationsbestämda faktorer som till exempel ålder, kön, socioekonomisk status samt medieanvändning och socialt stöd (Sørensen m.fl., 2012).

Hälsoutvecklarens roll

Enligt Sørensen m.fl. (2021) finns ett globalt nätverk sinsemellan yrkesverksamma inom olika discipliner för främjande av health literacy, till exempel "Health Literacy Association" och "International Union of Health Promotion and Education". Sørensen m.fl. (2021) menar att det behövs fler yrkesverksamma hälsoarbetare som utöver vårdkontexter arbetar med att främja health literacy. Inom hälsopromotion finns flera utmaningar, skriver Laverack (2017). En kunskapslucka i hälsopromotivt arbete har identifierats mellan teorier och tillämpningen av dessa. Laverack (2017) menar att hälsopromotiva teorier och modeller är en förenklad bild av verkligheten. Med tanke på människors mångfacetterade komplexitet, en kombination av biologiska, psykologiska, sociala och kulturella faktorer, är det tydligt att dessa teorier och modeller måste möta högre krav för att fungera då komplexiteten ofta överstiger ramarna som dessa teorier och modeller erbjuder. Detta betyder att samtliga teorier och modeller behöver omvandlas, omformas och anpassas av yrkesverksamma (Laverack, 2017).

I dagsläget hamnar mycket ansvar på den enskilda individen och dess individuella bedömning i olika situationer. Utmaningen för de som arbetar med hälsopromotiva insatser är att genom tillgänglig vetenskap skapa framgångsrika metoder utifrån eget omdöme (Laverack, 2017). Det kräver utvecklad kompetens i bedömning, intuition och tidigare erfarenheter. De yrkesverksamma begränsas också av ekonomi, tid och resurser. Det behövs mer evidensbaserade strategier, som är kontextuellt forskade på, inom hälsopromotion (Laverack, 2017). Yrkesverksamma behöver också bli mer säkra på i vilken situation och sammanhang teorier och modeller ska tillämpas. Det krävs ett större samhällsengagemang, kollektiva åtgärder, resurser och politik som möjliggör mer hälsopromotiva insatser (Laverack, 2017). Nutbeam och Lloyd (2021) skriver att det finns flera sätt att stärka och främja health literacy i samhällen. Ett tillvägagångssätt är att framtida forskning fokuserar på utveckling av yrkesverksammas kompetens och hjälpmedel.

Tidigare forskning

Health literacy strategier

En studie som utfördes i Australien, Irland, Portugal, Österrike och Nederländerna av Adriaenssens m.fl. (2021) framkommer skillnader i tillvägagångssätt vad gäller health literacy-strategier i samhällen sinsemellan. Vissa länder har en integrerad plan i hälso- och

omsorgssektorn, andra har en fristående plan. Det finns också olika tillvägagångssätt vad gäller nivåer, till exempel att vissa länder har större fokus på strategiska insatser på högre nivåer och andra satsar på den praktiska handlingen på en lägre nivå. Resultaten visar även att vissa länder inte har en regeringsplan alls. Adriaenssens m.fl. (2021) menar att strategierna för att implementera health literacy ofta är påverkade av kulturella faktorer och sjukvårdsreformer. För att integrera health literacy i samhällets strukturer behövs mer lokala kompetenser som kan tillgodose olika målgrupper. Politiker behöver behandla statliga strukturer och planera insatser där health literacy är en del av folkhälsoarbetets grund (Adriaenssens m.fl., 2021). Millar m.fl. (2023) har även undersökt strategier som kan vara fördelaktiga för att enklare och effektivare integrera health literacy i samhällen. Denna studie, utförd i Australien, syftade till att koppla samman hälsa, health literacy och lokala myndigheter för att bättre förstå människors väg till att söka vård. Två strategier som utmärker sig i studien är att skapa samarbeten mellan människor med olika bakgrund och organisationer samt implementering av social förskrivning, en process som innebär att hälso- och sjukvårdssystem tar hänsyn till sociala och miljömässiga faktorer som påverkar hälsan (Millar m.fl., 2023).

Hälsofrämjande arbete inom kommunen

Det finns en kunskapslucka i forskningen vid implementering av strategier i det kommunala arbetet inom hälsopromotion menar Quilling m.fl. (2022). De skriver att den lokala nivån, i detta fall kommunen, har visat sig vara av särskild vikt för hälsopromotiva insatser då den både har rollen att implementera lokala och tvärsektoriella hälsostrategier samt att samordna verksamhet med gemensamma mål. Trots att kommuner visar på en betydelsefull roll för hälsopromotion, behövs ytterligare förankring och bevis för kommunala tillvägagångssätt. Quilling m.fl. (2022) skriver att även att både teoriutveckling och forskning som fokuserar på utveckling av hälsopromotion inom kommuner behövs. Detta för att kunna möta komplexa situationer och arbeta med strategier på olika nivåer samt för att få starkare belägg för att arbetet genererar hälsa på sikt (Quilling m.fl., 2022).

Förslag på hur klyftan kan minska mellan teori och implementering i hälsopromotion är att uppmuntra stadsutveckling till ett mer jämlikt samhälle och att dessa processer ska underlättas, ges stöd och förstärkning till (Quilling m.fl., 2022). Det är även viktigt att inkludera och engagera invånarna vid utveckling och förändring, en strategi för att göra detta är genom systematisk integration av lokala partners (Quilling m.fl., 2022). De skriver även att ett samarbete mellan samtliga samhälleliga sektorer behöver

etableras och ett förslag på att göra detta är att ytterligare förankra hälsopromotion i kommunala strukturer.

Health Literacy - Olika målgrupper

I en svensk studie av Kostenius och Bergmark (2016) undersöks hur health literacy kan främjas utifrån barns perspektiv. Barnen, som är mellan 10-14år, menar att en viktig del i lärande är motivation och uppskattning. Miljöer och sammanhang där barnen blir stärkta skapar effektiva lärtillfällen. Barnen uttrycker att, mer information kring när och hur man kan vara mer hälsosam behövs. Två strategier som uppmärksammas i studien, för att stärka health literacy, är reflektion och medvetenhet. Kostenius och Bergmark (2016) menar att, genom att inta barnens perspektiv och hur de helst vill lära sig, skapas bättre förutsättningar för att utforma utbildningstillfällen och därmed öka barnens health literacy. En strategi för att främja barns health literacy menar Kostenius och Bergmark (2016) är att arbeta med hälsa ut ett bredare perspektiv.

Genom en litteraturanalys undersöker Bánfai-Csonka m.fl. (2022) hur och vart, barn under 8 år, stärker sin health literacy. Resultatet indikerar att denna målgrupp oftast främjar health literacy inbäddat i aktiviteter och vardagliga rutiner, även vårdnadshavares beteende och kunskap är påverkande faktorer. Effektiva verktyg för förmedling av hälsoinformation är bland annat bildstöd och berättelser, dock behövs mer forskning kring området för att skapa mer relevanta och effektiva hälsopromotiva insatser, menar Bánfai-Csonka m.fl. (2022). Även Bonanno (2021) skriver att föräldrar påverkar barns health literacy. En studie, utförd av Bonanno själv, med syfte att undersöka föräldrars mental health literacy pekade på att deltagarna hade en omfattande variation i kunskapsnivå. Mer kunskap behöver riktas till föräldrar samt allmänheten för att öka mental health literacy samt minska stigmatisering, menar Bonanno (2021). En annan målgrupp som visar på bristande kunskap kring health literacy är rektorer inom utbildningsväsendet. I Tyskland undersöker Dadaczynski m.fl. (2020) rektorers health literacy och dess roll för att skapa hälsofrämjande skolor. Studiens resultat visar att en tredjedel av deltagarna hade en begränsad nivå av health literacy. Dadaczynski m.fl. (2020) menar att med en ökad health literacy hos rektorer skapar man bättre förutsättningar för hälsofrämjande arbete på individ och organisationsnivå.

I Sverige har ingen generell kartläggning av befolkningens health literacy utförts, fokuset har istället varit på att undersöka olika målgruppers health literacy. Grupper som visat sig ha en lägre nivå av health literacy i Sverige

är oftast personer med begränsad ekonomi, låg social status, lägre utbildningsnivå, äldre och migranter (Hälsolitteracitet, 2023). Faktorer som påverkar äldre människors health literacy i Sverige är bland annat utbildningsnivå, kognitiva förmågor och synförmåga (Wångdahl m.fl., 2022). En utmaning för svensk folkhälsa är en åldrande befolkning och hur hälsoinformation ska nås fram till denna målgrupp. En annan studie har genomförts för att undersöka flyktingarnas behov och tidigare erfarenhet av hälsoinformation. Mårtensson m.fl. (2020) menar att brist på hur hälso- och sjukvårdssystem fungerar i Sverige, kulturella skillnader och kommunikativa begränsningar skapar utmaningar för nyanlända att ta del av befintlig information. Resultatet i studien visar att hälsoinformation behöver spridas från fler olika kunskapskällor och att konkreta instruktioner och förklaringar är uppskattade tillvägagångssätt av denna målgrupp. Ytterligare organisatoriska och individuella resurser behövs för att möta flyktingars behov av att höja deras health literacy nivå (Mårtensson m.fl., 2020).

Google är den främsta källan där universitetsanställda hittar sin hälsoinformation, visar en studie som Ragusa och Crampton (2019) utförd i Australien. De menar att det är oroväckande eftersom information på Google varierar i kvalitet, tillgänglighet och lämplighet samt är det en fråga om förståelse och förkunskap om att tillämpa och konsumera hälsoinformation. Det kan också skapa socioekonomiska digitala klyftor i form av tillgänglighet för individer, till exempel krävs det att hälsoinformation finns på fler än ett språk. Ragusa och Crampton (2019) skriver att anpassning för olika individer är betydelsefullt för bättre och effektivare förmedling av hälsoinformation. Health literacy har en avgörande roll för hur hälsoinformation förstås och konsumeras. I och med att informationsflödet ökar i digitala sammanhang, läggs större vikt på individuell kompetens. En individ förväntas kunna navigera och fatta beslut som är fördelaktiga för sin och andras hälsa, detta kräver strategier för att öka individens health literacy från olika discipliner bland annat läkare, lärare och hälsopedagoger (Ragusa & Crampton, 2019).

Tillvägagångssätt för att stärka arbetet med health literacy

En viktig del i hälsopromotivt arbete är samskapande mellan olika aktörer i samhället, skriver Darlington m.fl. (2021). En studie genomförd i Danmark, Portugal, Frankrike och Storbritannien identifierar kompetenser som är fördelaktiga för yrkesverksamma som arbetar med att engagera samskapande i välfärden genom hälsofrämjande insatser (Darlington m.fl., 2021). Resultatet visar att en djupare förståelse och kunskap om hur samskapande processer drivs från början till slut, är nödvändiga i samtliga länder som deltog i studien. En gemensam bild av vad samskapande

processer är och vad som behövs i de olika delarna samt praktiska verktyg för att förmedla ut teoretiska planer, är samtliga utvecklingsområden som uppmärksammades i studien. Darlington m.fl. (2021) menar att kompetensutveckling av yrkesverksamma är betydelsefullt för att utveckla samskapande i samhällen och därmed främja hälsa. Att fortsätta arbetet med att utforma praktiska verktyg och omvandla teori till praktik spelar en särskild roll i hälsofrämjande arbete (Darlington m.fl., 2021).

Till yrkesverksamma som arbetar med att förmedla hälsoinformation föreslår Ragusa och Crampton (2019) att arbeta med att bredda synen på hälsa och rusta individer med sociala och kommunikativa färdigheter. Detta för att individer ska kunna motstå till exempel; ofördelaktiga trender, normer, motsägande innehåll och gruppträck i relation till hälsoinformation. Ragusa och Crampton (2019) menar att om hälsoinformation skall anlända framgångsrikt hos individer krävs det att hälsa ses ur ett sociokulturellt perspektiv, där hälsan påverkas av människor och kulturer runt omkring oss. Individer behöver en bredare förståelse och kunskap om dess påverkan för att själva kunna navigera i hälsotjänster och information. Strategier för att förmedla hälsoinformation behöver också vara anpassade till målgruppen och dess nivå av health literacy. Ragusa och Crampton (2019) anser att det krävs en undersökning av den målgrupp informationen riktar sig till, bland annat målgruppens förkunskaper och förmågor.

Sammanfattning av tidigare forskning

Nuvarande strategier för att främja health literacy varierar kraftigt och påverkas av flera faktorer. Fördelaktiga strategier som visar sig vara effektiva är samarbete, social förskrivning, reflektion och medvetenhet. Inom hälsofrämjande arbete i kommunen uttrycks en kunskapslucka från teori till praktisk handling där mer forskning efterfrågas. En viktig väg att gå är att kompetensutveckla yrkesverksamma där de blir mer trygga i komplexa arbetssituationer. Sammanfattningsvis beskrivs ett ökat behov av strategier för att främja health literacy i olika målgrupper för att uppnå en mer jämlik folkhälsa.

Teoretisk referensram

Salutogenes

Det salutogena perspektivet innebär enligt upphovsmannen Antonovsky (2005) att fokusera på faktorer som främjar hälsan snarare än på faktorer som orsakar ohälsa. Skiftet från riskfaktorer till friskfaktorer menar

Eriksson och Winroth (2015) har legat till grund för en majoritet av dagens hälsofrämjande insatser genom att se vilka möjligheter individer och grupper har till att uppnå hälsa. Vidare menar de att salutogenes handlar om att inta en optimistisk syn på människan genom att betrakta den som kapabel, erfaren och resursstark. En annan värdemässig grund är att hälsofrämjande arbete bör involvera de som berörs av insatserna (Eriksson & Winroth, 2015). Utifrån ett salutogent perspektiv innebär arbetet att bibehålla eller förbättra faktorer som stärker hälsan (Eriksson & Winroth, 2015). I studien innebär det fokus på de hälsofrämjande strategier och verktyg som ämnar att stärka health literacy hos målgrupper.

Det salutogena perspektivet intas eftersom det, enligt Sørensen m.fl. (2021), behövs mer forskning inom den *hälsofrämjande miljön* av arbetet med health literacy. Genom det salutogena perspektivet kommer hälsoutvecklarnas hälsofrämjande insatser kopplat till health literacy att belysas och därmed komplettera befintlig forskning som till stor del intar ett vårdperspektiv (Sørensen m.fl., 2021).

Sociokulturell teori

Den sociokulturella teorin växte fram i början av 1900-talet där Lev Vygotskij anses vara upphovsmannen. Han försökte beskriva människans läroprocesser och förklarade lärandet som något som sker i sociala aktiviteter formade av miljön. Vygotskij motsatte sig tidigare tankar om att lärande endast är en individuell process och var i stället mer intresserad av hur människor utvecklar sin kunskap tillsammans med andra (Säljö, 2014).

Säljö (2014) menar att teorin grundar sig på att kultur, kontext och sociala sammanhang har en betydande roll i hur lärande och beteende formas. Lärande ses av Säljö (2014) som något som sker socialt, i utbytet mellan människor och att det påverkas av den kultur som människan befinner sig i. Säljö (2014) beskriver kultur som värderingar, kunskaper och andra resurser, som människan får genom interaktion med omvärlden och att dessa kulturer är något som skapas och finns mellan människor. Vidare beskriver han även att det i kulturer skapas och utvecklas artefakter som är redskap eller verktyg som bidrar till utveckling. Både kognitiva artefakter som språk och fysiska artefakter, anses av Säljö (2014) vara viktiga redskap för människan att kunna förstå och interagera med omvärlden. Språk och kommunikation gör det möjligt för oss att samla och dela erfarenheter med varandra (Säljö, 2014). Det ger oss även möjlighet att tolka och analysera världen på olika sätt menar Säljö (2015) och beskriver att språket förutom ord innefattar de symboler och tecken vi använder för att beskriva

företeelser. Säljö (2014) menar att artefakter kan göra lärprocessen effektivare då det stödjer människor att tänka, uttrycka sig och kommunicera med andra. Scaffolding (stöttning) är ett begrepp som används i det sociokulturella perspektivet och är ett tillvägagångsätt för att utveckla kunskap hos en lärande individ (Säljö 2014). Det innebär att den mer kunniga ger stöd till den som lär sig men som sedan avtar i takt med att individen utvecklar förståelse om ämnet (Säljö, 2014).

Ett återkommande begrepp inom det sociokulturella perspektivet är situerat lärande som beskriver lärandet som något som sker kollektivt tillsammans med andra i en praktisk verksamhet och att det sammanhang och den sociala kontext individen befinner sig i påverkar beteendet (Säljö, 2015). Lärande sker genom att se, göra och samtala om ämnet där grupper och individer utvecklas på olika sätt av att försättas i nya sammanhang och utmanas av nya omständigheter (Säljö, 2015). Mycket arbete går ut på att få den som lär att förstå hur kunskap från olika fält och erfarenheter kan bidra till lärande när dessa kopplas samman, menar Säljö (2015).

Med studiens fokus på att belysa hur kommunanställda hälsoutvecklare beskriver att de arbetar hälsofrämjande med health literacy samt hur arbetet kan utvecklas i framtiden blir det relevant att utgå från det sociokulturella perspektivet då det synliggör hur hälsoutvecklare arbetar med strategier och verktyg för att främja målgruppens health literacy samt hur de förhåller sig till sociala kontexter och interaktioner under lärprocessen.

Metod

Vetenskapsteoretisk utgångspunkt

Med utgångspunkt i studiens syfte "*...hur kommunanställda hälsoutvecklare beskriver...*" valdes en hermeneutisk vetenskapsteoretisk utgångspunkt eftersom studien undersökte hälsoutvecklarnas egna beskrivningar av sitt arbete. Forskning som undersöks och vill lyfta beskrivningar och förståelse för en individs perspektiv kan med fördel utgå från en hermeneutisk ansats (Thurén, 2019). Den hermeneutiska traditionen ser tolkning och förförståelse som väsentlig när man ska skapa förståelse för innebörd eller mening i en beskrivning eller händelse (Allwood & Erikson, 2021). Vidare går den ut på att förstå och inte endast begripa ett fenomen, menar Thurén (2019). Vidare valdes en abduktiv ansats för att analysera resultatet då det tillät oss dra slutsatser både utifrån materialet och de teoretiska utgångspunkterna.

En hermeneutisk utgångspunkt är, enligt Thurén (2019), oftast kvalitativ. En sådan metod har vidare valts och eftersom fokus har varit på hälsoutvecklarnas egna beskrivningar har semistrukturerade intervjuer legat till grund för insamlingsmetoden av det empiriska materialet. Semistrukturerade intervjuer innebär, enligt Eriksson-Zetterquist och Ahrne (2015), att man ställer öppna frågor med syfte att fånga in detaljerade framställningar av de som intervjuas. Det har möjliggjort för en djupare förståelse för hälsoutvecklarnas arbete med strategier och verktyg för att främja målgruppers health literacy (Eriksson-Zetterquist & Ahrne, 2015).

Urval

Urvalsprocessen inleddes med ett tvåstegsurval där första steget var val av en specifik region. Genom att välja en geografiskt koncentrerad miljö kan man få möjlighet till bättre inblick och kontinuitet i studien menar Svensson och Ahrne (2015). Vidare påpekar de att ett urval som görs i flera miljöer ökar resultatets säkerhet, därför valdes samtliga kommuner i andra steget för att öka spridningen av populationen och därmed kunde sannolikheten öka för ett representativt urval från populationen. Urvalet fortskred med att definiera populationen; kommunanställda hälsoutvecklare som arbetade med att främja health literacy. Olika tillvägagångssätt användes för att nå relevanta personer att intervjua. Processen startade med ett ändamålsenligt urval som innebar att vi sökte efter personer som hade relevans för studiens syfte (Holloway & Wheeler, 2010) och därefter rekryterades deltagare genom snöbollsurval. Snöbollsurval innebar att författarna kontaktade personer som sedan rekommenderade andra, vilket skapade en kedjereaktion (Eriksson-Zetterquist & Ahrne, 2015). Lundman och Hällgren-Granheim (2017) menar att snöbollsurval kan vara en effektiv metod som innebär att en person med relevant erfarenhet och förståelse av forskningsområdet anses kunna identifiera andra lämpliga personer att intervjua. Denna metod ansågs vara fördelaktig för studien eftersom hälsoutvecklare hade relevant erfarenhet av det studerade ämnet och därigenom kunde fler potentiella intervjupersoner hittas.

Genom dessa urvalstekniker kunde ett brett utbud av individer som uppfyllde inklusionskriterierna nås. Dessa kriterier var att deltagarna skulle arbeta med hälsofrämjande insatser inom kommunen. En avgränsning var kommuner inom en region i södra Sverige. Inom regionen kontaktades samtliga kommuner för att få ett bredare perspektiv av hälsoutvecklarens upplevelser. Sökningsprocessen påbörjades via respektive kommuns webbplats och kontakt med deras kundcenter. Syftet och ändamålet med

studien förklarades och kontaktuppgifter lämnades som sedan vidarebefordrades till potentiella deltagare. Genom ändamålsenligt urval rekryterades fem intervjupersoner och snöbollsurvalet gav oss ytterligare 10 informanter.

Av de 15 individer som ursprungligen identifierades som potentiella deltagare i studien, kunde 14 intervjuer fullföljas (se tabell 2).

Tabell 2. Information om intervjupersoner: kön, yrkestitel och målgrupp.

	Kön	Yrkestitel	Målgrupper
Intervjuperson 1	Kvinna	Hälsoinspiratör	Medarbetare inom kommun
Intervjuperson 2	Kvinna	Hälsoutvecklare	Medarbetare inom kommun
Intervjuperson 3	Kvinna	Hälsoutvecklare	Medarbetare inom kommun
Intervjuperson 4	Kvinna	Verksamhetschef	Medarbetare inom kommun
Intervjuperson 5	Kvinna	Utvecklare	Barn och unga
Intervjuperson 6	Kvinna	Utvecklare	Barn och unga
Intervjuperson 7	Kvinna	Hälsopedagog	Barn och unga
Intervjuperson 8	Man	Hälsopedagog	Barn och unga
Intervjuperson 9	Kvinna	Hälsopedagog	Barn och unga
Intervjuperson 10	Kvinna	Friskvårdsutvecklare	Barn och unga
Intervjuperson 11	Kvinna	Arbets terapeut	Individer utanför arbetsmarknaden
Intervjuperson 12	Kvinna	Hälsoutvecklare	Individer utanför arbetsmarknaden
Intervjuperson 13	Kvinna	Strategisk hälsoutvecklare	Befolkningen i kommunen
Intervjuperson 14	Kvinna	Folkhälsoutvecklare	Befolkningen i kommunen

Datainsamling

En semistrukturerad intervjuguide skapades för att svara mot studiens syfte och frågeställningar. Den var uppdelad i två teman; *frågor kopplade till hur*

hälsoutvecklarna arbetar med health literacy, vilka pedagogiska verktyg och strategier de använder samt hur de ser på utveckling. Utöver det ställdes frågor om personliga uppfattningar och perspektiv på hälsa och hälsofrämjande arbete samt potentiell utveckling inom arbetsområdet (se bilaga 1). För att enklare fånga hälsoutvecklarnas egna reflektioner togs ett beslut om att genomföra intervjuerna individuellt, trots att vissa arbetade på samma enhet, vilket Eriksson-Zetterquist och Ahrne (2015) menar kan vara positivt när forskaren vill komma åt enskilda beskrivningar. Följdfrågorna och ordningsföljden anpassades så att de skulle vara bättre lämpade för intervjupersonen eftersom de generellt hade olika målgrupper och arbetsuppgifter. Detta menar Eriksson-Zetterquist och Ahrne (2015) är lämpligt i semistrukturerade intervjuer och skapar ett klimat som låter deltagare samtala på ett ledigt och avslappnat vis.

Vid etablerad kontakt skickades ett informationsmail ut som inkluderade en *samtyckesblankett* och ett *informationsbrev* (se bilaga 2) som konstaterade vad ett eventuellt deltagande i studien skulle innebära. Därefter bokades intervjuerna och genomfördes under en period på tre veckor. Fyra dagar innan planerad intervju skickades ett mail ut för bekräftelse av tid, plats eller eventuell länk till digitalt mötesrum (zoom eller teams) samt en påminnelse om att fylla i och skicka tillbaka blanketten. Intervjuguiden bifogades så att hälsoutvecklarna fick möjlighet att förbereda sig eller återkomma med eventuella frågor. De avgjorde själva om en fysisk eller digital träff var lämpligast, med tanke på att de oftast befann sig på olika orter och att fler intervjuer kunde ske samma dag blev majoriteten av intervjuerna på distans. Samtliga hälsoutvecklare skrev under samtyckesblanketten. Intervjuerna var jämnt fördelade mellan författarna och tog mellan 25–50 minuter att genomföra. De spelades in med hjälp av mobiltelefon eller diktafon med deltagarnas muntliga samtycke.

Författarnas roll under intervjun var att vägleda samtalet för att besvara intervjuguidens frågor men också att vara lyhörd och fånga upp hälsoutvecklarens svar och beskrivningar. Eftersom datainsamlingen utförts av tre olika personer har intervjuerna med hög sannolikhet haft olika karaktär då personliga erfarenheter och tankemönster kan spela in i hur frågor och följdfrågor formuleras. Intervjuerna genomfördes både på distans och på plats, vilket också kan ha påverkat intervjuerna eftersom miljön kan influera hur bekväm intervjupersonen eller författaren känner sig (Eriksson-Zetterquist & Ahrne, 2015).

Databearbetning och analys

I studien valdes en konventionell kvalitativ innehållsanalys. Metoden valdes för att kunna strukturera och bearbeta empirin noggrant och därav möjliggöra för komplexa och nyanserade fenomen för att kunna identifiera skillnader och likheter i empirin (Lundman & Hällgren-Granheim, 2017). I analysen intogs en abduktiv ansats som enligt Svensson (2015) innebär att författarna skiftar fokus mellan empiri och teori som sedan omtolkas utifrån varandra. I studien framkom empiri som sorterades i olika kategorier. I ett sista skede diskuterades och tolkades resultatet i relation till studiens teoretiska referensram, på så sätt har empirin och teorin ställts mot varandra.

Först lyssnade författarna upprepade gånger på inspelningar av intervjuerna för att bli bekanta med innehållet och bilda förståelse för intervjupersonernas röster och uttryckssätt. Därefter påbörjades transkriberingen, genom att lyssna på kortare delar av inspelningen i taget och skriva ned vad som sades i ordagrann form. Författarna strävade efter att vara så noggranna som möjligt och följde ett gemensamt format för transkriberingen för att säkerställa enhetlighet och jämförbarhet mellan intervjuerna.

Materialet strukturerades och organiserades på ett sätt som möjliggjorde identifiering av meningsbärande enheter (MBE) med hjälp av syfte och frågeställningar nära till hands. Syftet med att extrahera dessa enheter var att identifiera och isolera specifika delar av det transkriberade materialet som innehöll relevant information relaterat till forskningsfrågan (Lundman & Hällgren-Granheim, 2017). Under bearbetning och analysen tillät den abduktiva ansatsen oss att vara öppna för att identifiera nya mönster och samband som framkom genom materialet samt som, enligt Rennstam och Wästerfors (2015), gjorde det möjligt för oss att upptäcka nya insikter och generera kunskap om ett område. Författarna strävade också efter att inte bara extrahera isolerade meningar utan också beakta sammanhanget och den övergripande meningen som de ingick i. Dessa enheter blev sedan grundläggande byggstenar för vår analys och hjälpte oss förstå uppfattningar, åsikter och erfarenheter kring health literacy hos hälsoutvecklarna. Efter identifierandet av MBE lades dessa in i en mall där vi sedan kondenserade materialet. Kondenseringen tog plats i en ny spalt av mallen och handlade om att ta bort överflödiga ord som kan uppstå i "talspråk" (Lundman & Hällgren-Granheim, 2017).

För att påbörja kodningsprocessen, läste författarna kondenseringen och fick en övergripande förståelse av innehållet. Färgkoder användes för att strukturera kondenseringen och koderna. Författarna granskade och

jämförde koderna för att upptäcka likheter, skillnader och samband vilket bidrog till att förstå och identifiera övergripande mönster som framträdde vilket är syftet med kodningsprocessen (Lundman & Hällgren-Granheim, 2017). Kodningsprocessen var abduktiv, vilket innebar att författarna gick fram och tillbaka mellan materialet för att försäkra sig om att koderna inte togs ur kontext, vilket Lundman och Hällgren-Granheim (2017) menar är ett viktigt steg i kodningen.

På liknande vis genomförde författarna systematisk och noggrann kategorisering av koderna. Koderna jämfördes och analyserades för att hitta gemensamma drag och likheter. Mönster och sammanhang mellan koderna bildade övergripande kategorier (Lundman & Hällgren-Granheim, 2017). På liknande sätt som vid kodningen, användes en abduktiv ansats där författarna granskade materialet fram och tillbaka för att förfina och justera kategoriseringen samt för att enklare kunna identifiera mönster. Koderna som skapade en kategori valdes noggrant ut för att inte förknippas med andra kategorier och utformades för att svara på syftet och frågeställningarna, vilket är viktiga aspekter att ta hänsyn till när man kategoriserar material menar Lundman och Hällgren-Granheim (2017). Genom att tillsammans analysera och diskutera materialet menar Lundman och Hällgren-Granheim (2017) att olika tolkningsmöjligheter får tillfälle att synliggöras, särskilt då författare av studier är ett viktigt instrument som dataproducenter och analytiker av datamaterial. Sådana tolkningsmöjligheter involverar en balansgång mellan att applicera ett särskilt perspektiv men samtidigt "låta texten tala" och inte tillskriva mening i data som inte finns där (Lundman & Hällgren-Granheim (2017).

Etiska överväganden

I studien har det lagts vikt vid de etiska övervägandena och de fyra forskningsetiska principerna. Innan insamlingen av empiriskt material påbörjades, gjordes noggranna överväganden för att säkerställa att dessa principer kunde tillgodoses. Efter riktlinjer från Vetenskapsrådet (2017) har författarna strävat efter att uppfylla *Informationskravet*, *Konfidentialitetskravet*, *Samtyckeskravet* och *Nyttjandekravet* genom att informera hälsoutvecklarna om syftet med studien och deras rättigheter i form av samtyckesblankett och informationsbrev (se bilaga 2).

Informationskravet innebar att hälsoutvecklarna informerades om syftet med intervjuerna och hur deras data kom att användas och skyddas samt att deras integritet respekteras. Hälsoutvecklarna informerades även om att de kunde välja att avbryta intervjun när som helst och att de inte skulle leda till negativa konsekvenser.

Konfidentialitetskravet medförde att författarna försäkrade sig om att hälsoutvecklarnas konfidentialitet skyddades. Detta uppnåddes genom att inte dela deras personliga information med någon annan än författarna av denna studie, examinatorer och handledare. Informanterna har tilldelats nummer 1-14 för att göra det konfidentiellt.

För att ta hänsyn till *samtyckeskravet* försäkrades det om att hälsoutvecklarna förstod att deras rättigheter stått i centrum för samtyckesprocessen genom den ifyllda samtyckesblanketten. Där framgick det att deras deltagande var frivilligt och att fanns möjlighet att ta tillbaka sitt samtycke när som helst.

Genom *Nyttjandekravet* användes resultaten på ett ansvarsfullt sätt där det inte missbrukades för egna eller andras intressen. En medvetenhet fanns även om eventuella känslomässiga eller psykologiska reaktioner som hälsoutvecklarna kunde råka ut för under intervjuerna. Beredskapen fanns över att frågorna kunde vara känsliga och orsaka stress eller oro, därav hade hälsoutvecklarna möjlighet till paus eller att avbryta intervjun om de kände sig obekväma. Under intervjuerna strävades det efter en jämlik och respektfull relation med hälsoutvecklarna för att undvika eventuella maktförhållanden som eventuellt kunde skada deras integritet.

Dessa åtgärder har implementerats för att säkerställa att vår studie uppfyller de högsta etiska standarderna som tas upp av Vetenskapsrådet (2017).

Resultat

I detta avsnitt presenteras resultatet av analysen på det empiriska materialet. Resultatet utgör tre kategorier. Resultatet redovisas till största del generellt och en del presenteras i relation till hälsoutvecklarnas målgrupp eftersom en del av empirin var verksamhetspecifik. I flera fall var arbetet med health literacy inte uttalat utan ett inbäddat budskap i deras hälsofrämjande arbete. I tabell 3 synliggörs kategorierna med tillhörande subkategorier.

Tabell 3. Kategorinamn och tillhörande subkategorier

Kategorinamn	Subkategorier
--------------	---------------

Health literacy främjas genom tydliga villkor för hälsofrämjande arbete och tvärssektoriell samverkan	<ul style="list-style-type: none"> • Gemensamt förhållningssätt för hälsofrämjande arbete • Branschöverskridande samarbete
Health literacy främjas genom anpassade verktyg och strategier som skapar lärtillfällen och uppmanar till reflektion	<ul style="list-style-type: none"> • Individ och målgruppsanpassning • Samtalsstrategier och stödjande verktyg • Praktiska och teoretiska tillfällen • Kritiskt förhållningssätt
För att främja health literacy ytterligare krävs mer integrerat hälsofrämjande arbete och en bredare syn på hälsa	<ul style="list-style-type: none"> • Tvärssektoriell integration och ytterligare resurser • Anpassade hälsostrategier och stödjande insatser

Health literacy främjas genom tydliga villkor för hälsofrämjande arbete och tvärssektoriell samverkan.

Gemensamt förhållningssätt för hälsofrämjande arbete

Gemensamt förhållningssätt för hälsofrämjande arbete, menade hälsoutvecklarna, påverkade hur de arbetade med att främja health literacy. Dessa villkor innebar att arbeta utifrån de globala målen för hållbar utveckling och att utgå från att bidra till en hållbar och rättvis framtid för alla. Hälsoutvecklarna beskrev att det krävdes att de höll sig uppdaterade med den senaste forskningen och forskningsbaserade metoder för att ha bra utgångspunkter för arbetet. Hälsoutvecklarna beskrev även att de förhöll sig till språklagen för att kommunicera deras budskap. Vidare beskrevs att ett holistiskt och brett perspektiv på hälsa var ett villkor för att kunna arbeta hälsofrämjande och därmed stärka health literacy. En hälsoutvecklare uttryckte följande: “Sen ser vi till helheten. Hur har man det på arbetsplatsen? Hur mår man i sig själv? Hur har man det hemma? Hälsa blir ju väldigt brett” (Ip.3).

Branschöverskridande samarbete

För att främja health literacy arbetade hälsoutvecklarna tvärssektoriellt vilket innebar att de samarbetade yrkesöverskridande med olika aktörer. Detta inkluderade till exempel föreningar, fritidsledare och skolhälsovård. För att säkerställa att samtliga aktörer var inkopplade involverade de även vårdnadshavare och familjer i aktiviteter. De arbetade strategiskt och operativt genom samverkan med regionen, förenings- och näringsliv samt andra förvaltningar för att identifiera de som behövde deras stöd. Vidare höll sig hälsoutvecklarna uppdaterade om befolkningens välbefinnande och tillsammans med samhällsbyggnad och politik samverkade de för att bättra

främja psykiskt välmående i samhället. Hälsoutvecklarna samverkade också med företagshälsa och erbjöd eller rekommenderade målgrupper till andra discipliner när frågan låg utanför deras kompetens gällande problem, ämne eller aktivitet. För att säkerställa att de hälsofrämjande insatserna håller en holistisk och effektiv strategi involverade de också arbetsplatsens chef.

Health literacy främjas genom anpassade verktyg och strategier som skapar lärtillfällen och uppmanar till reflektion

Individ och målgruppsanpassning

Hälsoutvecklarna menade att anpassning av information till en riktad målgrupp var betydelsefullt. Detta för att i möjligaste mån nå fram till den målgrupp som informationen berörde genom att anpassa verktyg, pedagogik, och aktiviteter till behov och förutsättningar och på så sätt möta målgruppen vid deras kunskapsläge för att öka deras health literacy. En hälsoutvecklare uttryckte det på följande vis: "Så det är att försöka fånga upp dem där de befinner sig kunskapsmässigt. Att bygga på deras hälsokompetens" (Ip.2). Hälsoutvecklarna med målgruppen barn och unga arbetade relationsbaserat för att stärka individens självförtroende och självkänsla samt att försöka hitta ett sammanhang utifrån intresse för att öka deltagandet i hälsofrämjande aktiviteter för att målgruppen skulle få en meningsfull fritid. En av hälsoutvecklarna exemplifierade detta enligt nedanstående:

När vi möter barn och unga så jobbar vi mycket med att hitta vad som motiverar dem, vad de vill och deras drömmar och hitta aktiviteter som de känner en inre motivation till, där vi kan se att det finns något vi kan jobba med. Det är det vi jobbar med, att hitta gnistan hos barnet (Ip.7).

Hälsoutvecklarna beskrev att målgrupperna hade förkunskap om hälsa men att det krävdes att de arbetade med att stötta och motivera målgrupperna att lägga upp planer för att främja hälsan och bygga på deras health literacy. De försökte också vara medvetna om tidigare erfarenheter, hur de relaterade till den information som gavs och vilken kultur målgruppen kom ifrån.

Samtalsstrategier och stödjande verktyg

För att främja health literacy arbetade hälsoutvecklarna med olika samtalsstrategier, modeller, teorier och förmedlande verktyg. Samtalsstrategier var till exempel dialoger, motiverande samtal, diskussioner, reflektion och förenklad och beskrivande information. De arbetade även med återkoppling och bekräftelse för att säkerhetsställa att de arbetade mot ett gemensamt mål.

Modeller som hälsoutvecklarna arbetade med var hälsokartläggningar och hälsoprofiler för att beskriva individers och grupper hälsoläge. Hälsoutvecklarna använde sig även av Health Action Model (HAM) som var en modell som hjälpte till att stärka målgruppens självförtroende och självkänsla. För att målgrupperna skulle få ökad kontroll och makt samt en känsla av att de kunde påverka sitt liv arbetade hälsoutvecklarna aktivt med Empowerment. De arbetade också med KASAM för att öka målgruppens hanterbarhet, begriplighet och meningsfullhet. Hälsoutvecklarna menade att de arbetade utifrån sociokulturellt lärande.

Förmedlande verktyg som hälsoutvecklarna arbetade med var till exempel applikationer, bilder, sociala medier och informationsblad. Hälsoutvecklarna med målgruppen *individer som står utanför arbetsmarknaden* använde sig av digitala verktyg som till exempel "matvanekollen", teams och översättningsapplikationer som hjälpmedel. Nedan återges ett av hälsoutvecklarnas uttalande: "Matvanekollen körde vi, via livsmedelsverkets, Man fyller i en enkät. Jag försöker använda digitala grejer för då har de kunnat lägga på översättning. Jag har visat andra översättningsappar" (1p.11).

Praktiska och teoretiska lärtillfällen

Hälsoutvecklarna beskrev flertalet olika aktiviteter som syftade till att främja både social och fysisk hälsa. De arbetade bland annat med att skapa prestigelösa aktiviteter för att öka deltagandet. De satsade på att erbjuda aktiviteter som inte kräver ombyte eller lättare fysisk aktivitet som yoga. En hälsoutvecklare beskrev att de erbjuder målgrupper utbildning om sömn och stresshanteringskurs för att öka förståelse för sömnens betydelse och ge olika stresshanteringstekniker för att hantera stress effektivt.

Ett annat sätt för hälsoutvecklare att främja health literacy var att de arbetade med planerade utbildningsinsatser samt föreläsningar och workshops. De arbetade även med att främja rörelse under arbetstid tillsammans med arbetsplatsnära åtgärder och erbjöd verktyg såsom; pilatesboll, viktvästar och andra träningsverktyg. Detta exemplifieras genom följande citat: "Vi började med pilatesbollar men då har vi ett koncept som heter "kontor i rörelse" som vänder sig till dem som har stillasittande arbete, det är suveränt" (1p.1).

Hälsoutvecklarna erbjöd aktiviteter med hållbara alternativ vad gäller kost, träning och rekommendationer. Detta gav målgrupperna ett tillfälle att få uppleva och känna av goda och hållbara levnadsvanor. Hälsoutvecklarna menade att människor ofta härmar beteende och att en del av deras pedagogik bygger på att visa, delta och föregå med gott exempel. För

målgruppen barn och unga var även vårdnadshavare en viktig grupp att stötta och involvera i hälsoarbete. Hälsoutvecklarna skapade tillfällen för praktisk lärdom såsom fysiska aktiviteter för målgrupperna. De rapporterade att det är viktigt att målgrupperna rent praktiskt får se med egna ögon och att göra på egen hand skapar tillfredsställelse och motivation. Hälsoutvecklarna understryker att målgruppens benägenhet att fortsätta engagera sig i hälsosamma beteenden fortsätter om de upplever dem som tillfredsställande och belönande.

Hälsoutvecklarna skapade även lärtillfällen utifrån hälsocirklar med olika teman. De kombinerade samtal med skriftlig information samt praktiska moment och använde bildstöd. Detta ansåg hälsoutvecklarna vara effektiva strategier vare sig det gällde grupper eller individer som beskrivs av följande citat: "Men sen är det ju också det här, alltså bilder, göra saker, praktiken. Det ser jag som väldigt bra verktyg att ha, oavsett målgrupp egentligen" (Ip.12).

Kritiskt förhållningssätt

Information och medvetenhetsgöra om normer via olika projekt och samarbeten var något hälsoutvecklarna beskrev att de arbetade med. De stöttade bland annat skolor med att hjälpa dem i hur man kan förhålla sig och lära ut om rådande normer, bidra till mindre stigmatisering och uppmana till kritiskt tänkande. De arbetade med skolprojekt där ungas röst lyftes i kreativa lärprocesser och skapade inriktade insatser för olika målgrupper. Hälsoutvecklarna höll i hälsoinriktade föreläsningar och utbildningar på arbetsplatserna med olika hälsoteman där man bland annat pratade om kritiskt tänkande. Hälsoutvecklarna arbetade även med normer i samtal med målgruppen under aktiviteter. De arbetade med att ge målgrupper information för att de sedan förhoppningsvis skulle agera på ett mer fördelaktigt och hälsosammare vis. Detta exemplifieras genom följande uttalande: "Det är väl i allt så här med unga att man försöker prata med dem. Vad såg du den informationen? Att man försöker få dem att reflektera kring var det någon trovärdig källa /.../" (Ip.6).

För att främja health literacy ytterligare krävs mer integrerat hälsofrämjande arbete och en bredare syn på hälsa

Tvärsektoriell integration och ytterligare resurser

En förutsättning för att öka individens health literacy var enligt hälsoutvecklarna att hälsofrämjande arbete prioriteras högre upp samt behandlas som en naturlig del i samtliga verksamheter. Förhöjd medvetenhet om begreppet health literacy kan potentiellt medföra nya arbetsmetoder och ökat inflytande över hälsorelaterade samhällsinsatser. En

genomgående strategi var att arbeta med hälsa utifrån ett bredare och hållbart perspektiv, både på arbetsplatser och i skolor som ansågs vara betydelsefulla arenor för hälsofrämjande arbete. Hälsoutvecklarna menade även att hälsa var en livslång process, där health literacy underhålls och lärs utmed hela livet.

Hälsoutvecklare beskrev en önskan om ytterligare tvärsektoriell samverkan i hälsofrämjande insatser. Detta innebär att de vill samarbeta med andra avdelningar och organisationer för att målgruppen ska uppnå bättre hälsa och stärka sin health literacy. Hälsoutvecklarna menade att framtida utveckling av arbetet med att främja health literacy krävde omvärldsbevakning och gemensamma målsättningar utmed olika nivåer i samhället. Dels för att underlätta arbetsprocesser samt individers hälsoprocesser, dels för att utbyta lärdomar och därmed höja kompetensnivån. Ett fast forum för samarbete mellan branscher var något som ofta önskades och saknades av hälsoutvecklarna. Genom att inkludera hälsofrämjande insatser i samtliga delar av samhället såsom skolor, arbetsplatser och bostadsområden ansåg hälsoutvecklarna att det fanns möjlighet att skapa miljöer som stödjer hälsa och välbefinnande i samtliga åldrar. En hälsoutvecklare uttrycker följande:

Så jag tror dels att man kommer ner mycket i åldrarna överallt och att skolan kanske som är den plattform där man möter precis alla barn, att elevhälsan skulle få mycket mer utrymme och plats att jobba med just barnens hälsa och kanske inte bara ta de här vaccinationerna och samtal två gånger under nio år (Ip.10).

Mer tillgänglig information och stöd skulle göra det enklare för människor att förbättra sin egen, likväl som andras health literacy och hälsa menade hälsoutvecklarna. En önskan var att lärdomar, generationer emellan, skulle tas till vara på mer. Hälsoutvecklare önskade även ökade resurstillgångar. De betonade att det var viktigt med tillräckligt med personal, ekonomiska förutsättningar och digitala resurser för att främja önskade samarbeten kring hälsoarbete. För att göra resurserna mer tillgängliga ansåg hälsoutvecklarna att personer i maktpositioner behövdes medvetandegöras ytterligare om effekterna av hälsofrämjande insatser. De menade att resurstillgångar utgjorde de förutsättningar verksamheten hade för hälsofrämjande arbete och att det hade effekter på utvecklingen av health literacy.

Anpassade hälsostrategier och stödande insatser

Hälsoutvecklarna menade att de behövde arbeta mer med olika verktyg som kunde anpassas till individ och målgrupp utifrån deras bakgrund och hur de hämtade kunskap för att bättre kommunicera hälsoinformation. De nämnde att de ville arbeta mer med reflektion, normer, kroppsideal och mental hälsa

för att individerna skulle må bättre samt att utgå mer från vad hälsa betyder för målgruppen. Hälsoutvecklarna uttryckte detta på följande vis:

Jag tror alltid att vi behöver jobba mer med olika typer av individer. Att man jobbar med olika bakgrund. Vi behöver använda mer dialoger för att prata med individer, hur man vill få till sig sin hälsoinformation om man ska använda det begreppet. Att vi vet hur man vill ha kunskapen, men också hur man kan jobba (Ip.13).

Det ansågs vara betydelsefullt att involvera målgruppen mer i förberedelser med planerade aktiviteter, insatser och handlingsplaner samt att göra dem mer meningsfulla för att öka målgruppens självständighet. En viktig aspekt var att arbeta mer med att få målgrupperna att prioritera sin hälsa. Hälsoutvecklarna ville se mer hälsorelaterad utbildning och ökad medvetenhet för vårdnadshavare om fördelarna med att vara hälsosamma förebilder och hur man kan arbeta för att skapa kontinuitet i hälsofrämjande arbete. Dessa insatser ansågs vara extra viktiga i barnets tidiga år. Förutom vårdnadshavares roll lyfte även hälsoutvecklarna att mer stöd från andra vuxna var viktigt. Det gällde framför allt riktade stödinsatser till barn med ett sämre hälsoläge eller som befann sig i utsatthet.

Digitala lösningar för att underlätta sitt eget arbete men också målgruppens lärande och tillgång till information och schema var något som hälsoutvecklarna ansåg kunde utvecklas. Hälsoutvecklarna upplevde fördelar med digitala verktyg men betonade att det är viktigt att hitta en balans mellan fysiska och digitala lösningar för att inte gå miste om mellanmänskliga interaktioner. Hälsoutvecklarna ansåg även att utvärdering av arbets- och tillvägagångssätt var nödvändigt för att kunna utveckla bättre och effektivare metoder för framtida arbete men även att utvärdera effekterna av insatserna. Detta exemplifieras på följande sätt: "Där har vi ett utvecklingsområde att kolla på effekten av våra insatser" (Ip.4).

Diskussion

Metoddiskussion

En kvalitativ innehållsanalys utgår från variationer i empirin och bör enligt Lundman och Hällgren-Granheim (2017) ha tillräckligt med empiri för att variationer ska synliggöras. Ändamålsenligt och snöbollsurval ansågs vara fördelaktigt för studiens *giltighet* eftersom hälsoutvecklarna hade relevant erfarenhet av det studerade ämnet (Holloway & Wheeler, 2010; Lundman & Hällgren-Granheim, 2017). Konsekvenser av ett ändamålsenligt urval kan bli att representanterna för verksamheten är de som uttrycker verksamhetens mål och värderingar skickligast och att andra röster därmed marginaliseras

(Holloway & Wheeler, 2010). Risk med ett snöbollsurval är att personer man kommer i kontakt med har vissa liknande erfarenheter, empirin riskerar då att sakna mångsidighet (Eriksson-Zetterquist & Ahrne, 2015).

Eftersom studien hade tre författare, påbörjades datainsamlingen från tre håll vilket resulterade i att deltagande hälsoutvecklare hade olika arbetsuppgifter och målgrupper. På så sätt bidrog det till mångsidig empiri. Det ska dock poängteras att ungefär hälften av de genomförda intervjuerna är personer som arbetade med samma eller liknande målgrupp och är därför överrepresenterade i denna studie. Vi valde dock att behålla den empirin för att ge mer tyngd åt det som flera av hälsoutvecklarna tog upp, alltså styrks deras tillvägagångssätt och uppfattningar men även för att de lyfte olika aspekter vilket var relevant att ta med.

Ett urval på 14 inkluderade intervjuer ökade möjligheten av variation i beskrivningarna och var positivt i en kvalitativ innehållsanalys, däremot behöver det inte betyda att empirin blir bättre menar Lundman och Hällgren-Granheim (2017). Genom att hälsoutvecklarna i den här studien representerade olika områden av hälsoutveckling bidrar urvalet till ett bredare perspektiv där både likheter och skillnader framkom i hur de arbetade, vilket var syftet med studien. Urvalet bestod av en man och 13 kvinnor. Det är en konsekvens av den urvalsmetod vi använde och som därför minskade möjligheten att belysa området ur eventuella olika erfarenheter utifrån kön. Eftersom kön inte var ett inkluderingskrav gjorde vi heller inga särskilda efterfrågningar av ett jämnt fördelat urval och det sågs därför inte heller som en begränsning för studiens resultat.

Intervjuerna var semistrukturerade och genomfördes av tre olika personer vilket kan leda till att hälsoutvecklarna fick olika uppföljningsfrågor. Däremot kan det vara positivt för författarnas möjlighet att fånga upp variationer i samtalen och kan leda till att oplanerade frågor bidrar med användbar empiri till studien (Eriksson-Zetterquist & Ahrne, 2015). En kvalitativ metod med semistrukturerade intervjuer kunde ses som ett bra alternativ när personers beskrivningar av ett fenomen ska belysas, vilket var fallet i denna studie. Eftersom det är hälsoutvecklarnas perspektiv som är i fokus kunde det inte antas att endast deras beskrivningar ger en komplett bild av verkligheten. Health literacy är ett komplext begrepp med flera komponenter och kan därmed tolkas på olika sätt. Trots att intervjuerna genomfördes var för sig, lästes transkriberingarna noggrant av samtliga författare samt att MBE, kodning och kategorisering genomfördes tillsammans. Eftersom vi var flera som fick möjlighet att analysera och

diskutera olika tolkningsmöjligheter av resultatet ökade resultatets *tillförlitlighet* (Lundman & Hällgren-Granheim, 2017). Det kan dock inte antas att författarna helt kan ställa sig neutrala till innehållet då de är medskapare till det som produceras under intervjun och kan på så sätt påverka utfallet menar Lundman och Hällgren-Granheim (2017). Vilket gör oss *delaktiga* i resultatet. Under analysprocessen och i framskrivningen av resultatet var vi noggranna med att försöka få fram hälsoutvecklarnas perspektiv, dock menar Lundman och Hällgren-Granheim (2017), att trots detta kan resultatet inte ses som oberoende av författarens roll. Författarnas förförståelse för ämnet var en styrka för studien då begreppet health literacy är komplext. Genom förförståelsen var vi medvetna om andra definitioner och perspektiv och på så sätt bättre rustade att förstå och tolka hälsoutvecklarnas svar utifrån ett health literacy perspektiv. Lundman och Hällgren-Granheim (2017) menar att förförståelse kan möjliggöra upptäckter av ny kunskap och djupare förståelse för ett fenomen.

Huruvida resultatet är *överförbart* handlar om hur resultatet kan överföras på andra grupper eller situationer och beror på hur författarna presenterat metod, datainsamling och andra beslut som rör utformningen av studien (Lundman & Hällgren-Granheim, 2017). I och med tvåstegsurvalets geografiskt koncentrerade population minskade resultatets överförbarhet eftersom det anses fördelaktigt att kunna jämföra olika miljöer med varandra (Svensson & Ahrne, 2015). Resultatet ger dock en ökad säkerhet i och med spridningen av populationen inom regionen. En styrka med den här studien var bredden av hälsoutvecklarnas arbetsområden. Eftersom hälsoutvecklarna i den här studien var en heterogen grupp med olika arbetstitlar och som arbetade med olika målgrupper, är det möjligt att resultaten till viss del kan överföras till andra som på något sätt arbetar med hälsoutveckling. Detta kan även ses som en nackdel då man kan tänka sig att resultatet generaliseras allt för mycket. Viss beskrivning av hur de arbetar har i resultatet presenterats i relation till deras respektive målgrupp, men eftersom hälsoutvecklarna i flera fall beskrev liknande arbetssätt och utvecklingsområden presenterades empirin i stor utsträckning generellt.

Resultatdiskussion

Health literacy främjas genom tydliga villkor för hälsofrämjande arbete och tvärsektoriell samverkan.

Resultatet visade att hälsoutvecklarnas arbete med health literacy var aktivt men inte uttalat. Det var flera av hälsoutvecklarna som hade svårigheter med att peka ut insatser där de arbetade med health literacy, det var mer av

ett inbäddat budskap i deras hälsofrämjande arbete. Detta utgjorde en större tolkningsprocess för dataanalysen. Enligt den sociokulturella teorin sker lärandet i interaktion mellan människor, där utbyte av tankar och erfarenheter är en av grunderna i lärande (Säljö, 2014). Begreppet health literacy var inte av kändedom för en del av hälsoutvecklarna och därav kan en konsekvens vara att det är svårt att utbyta tankar och erfarenheter sinsemellan, då viss innebörd som ingår under begreppet health literacy inte är underförstådd. Detta indikerar att health literacy behöver ytterligare etablering för att kunna utgöra tydligare riktlinjer och villkor för att arbeta hälsofrämjande och stärka olika målgruppers health literacy.

Distala faktorer som kan påverka förutsättningar för att främja health literacy enligt Sørensen m.fl. (2012) är politik och samhällliga system. Detta var två faktorer som var återkommande för hälsoutvecklarna när det uttalade sig om framgångsrika hälsofrämjande insatser. Enligt Sørensen m.fl. (2021) har de flesta satsningarna inom arbetet med health literacy utgått från ett förebyggande perspektiv. En förklaring till detta kan vara att hälsopromotivt arbete inte är lika etablerat som hälsopreventivt arbete i kommunala system (Quilling m.fl., 2022). Denna studie har utgått från ett salutogent perspektiv där enbart de främjande insatserna har behandlats, men i intervjuerna var det tydligt att hälsoutvecklarna arbetade både förebyggande och främjande. Flera hälsoutvecklare uttryckte en önskan om högre status inom hälsofrämjande arbete. Detta indikerar att även fast arbetet med att främja health literacy är aktivt behövs ytterligare insatser och engagemang för att få samma inflytande som det förebyggande arbetet. Tillgren m.fl. (2020) menar att hälsofrämjande arbete behöver genomsyra strukturer och organisationer för att skapa goda förutsättningar för främjandet av health literacy. Enligt den sociokulturella teorin påverkas lärande av den kontext och kultur som människan befinner sig i (Säljö, 2014). Eftersom kommuner prioriterar hälsofrämjande frågor olika betyder det att hälsoutvecklare från olika kommuner befinner sig i olika lärprocesser beroende på var de är i sitt hälsofrämjande arbete. Resultatet indikerar att även fast hälsoutvecklarna har ett gemensamt förhållningssätt till hälsofrämjande arbete kan de ändå skilja sig åt.

Ytterligare fördelaktiga strategier för att integrera health literacy, enligt hälsoutvecklarna, var tvärasektoriell samverkan. Detta går i enlighet med Millar m.fl. (2023) uttalande om att samarbete mellan olika aktörer i samhället har betydelsefull påverkan för att främja health literacy. Samtliga hälsoutvecklare samverkade med olika aktörer som hade effektiv inverkan på deras insatser. Det var dock skillnad i arbetssätt och samarbete vad gäller hälsofrämjande arbete mellan kommunerna. Ur ett sociokulturellt perspektiv, där lärandet sker mellan varandra (Säljö, 2014), visade studiens

resultat att samarbete var en gynnsam faktor för hälsofrämjande arbete. Quilling m.fl. (2022) skriver att hälsofrämjande arbete är i behov av bredare etablering, integrering och resurser för att generera bevis och underlag för kommunala tillvägagångssätt. Ett tillvägagångssätt, enligt Darlington m.fl. (2021), för att lyckas med detta är att kompetensutveckla yrkesverksamma om samskapande processer inom det hälsofrämjande arbetet. Studiens resultat pekar på att hälsoutvecklare hade kunskap och förståelse kring samskapande processer. Brister i förståelse för hälsofrämjande arbete från andra aktörer förekommer, menade hälsoutvecklarna, där hälsofrämjande insatser inte alltid behandlas som en naturlig del av arbetet. Enligt Sørensen m.fl. (2021) är arbetet med health literacy inte lika prioriterat i det hälsofrämjande arbetet.

Då resultatet pekar på att flertalet aktörer som samverkar med hälsoutvecklarna inte var lika införstådda i vad hälsofrämjande arbete innebär, eller vad health literacy betyder, kan det antas att utveckling av health literacy inte prioriteras i samma eller liknande utsträckning inom kommunen. I sin tur påverkar detta främjande av health literacy negativt, då samverkande arbetsinsatser riskerar att prioritera frågor som inte syftar till arbete med och utveckling av health literacy.

Health literacy främjas genom anpassade verktyg och strategier som skapar lärtillfällen och uppmanar till reflektion

Resultatet visade att hälsoutvecklarna arbetade med att individ- och målgruppsanpassa insatser utifrån kontextuella behov. Genom anpassade kommunicerande verktyg som föreläsningar och dialoger arbetade hälsoutvecklarna med komponenterna *kunskap, motivation och kompetens* som Sørensens m.fl. (2012) modell (se figur 1) tar upp och därigenom gav de *tillgång till hälsoinformation*. Det situerade lärandet utgår från att miljö och sociala sammanhang är viktiga komponenter för lärandeprocesser (Säljö, 2015). Utifrån empirin kan man urskilja att hälsoutvecklarna ansåg att dessa anpassningar var nödvändiga för att skapa gynnsamma lärandemiljöer som främjar engagemang och kunskapsutveckling. Även Kostenius och Bergmarks (2016) konstaterar att miljöer och sammanhang har betydelse för hur effektivt ett lärotillfälle blir. Vidare beskriver de att utgångspunkten för arbetet och hur lärtillfället ska utformas bör utgå från målgruppens perspektiv, vilket hälsoutvecklarnas individ- och målgruppsanpassade insatser kan ses som ett exempel på. Insatserna kan även ses som ett tillvägagångssätt för att bibehålla och förbättra faktorer som stärker hälsan, vilket är en grundläggande utgångspunkt ur ett salutogent perspektiv (Eriksson & Winroth 2015). Vidare är det viktigt att se vilka förutsättningar och möjligheter individer och grupper har att uppnå

hälsa (Eriksson & Winroth, 2015), och att anpassa insatser blir på så sätt nödvändigt ur ett salutogent perspektiv.

Hälsoutvecklarna beskriver att de arbetar med samtal, därav språk och kommunikation, men att det flera gånger utgjorde en begränsande faktor i förmedling av hälsoinformation. Språket behövdes ofta anpassas till specifika situationer, individer och kulturella kontexter, som Säljö (2015) beskriver, kan utgöra olikheter i hur man förstår ett socialt fenomen. Mårtensson m.fl. (2020) styrker påståendet med att kulturella skillnader och kommunikation är två huvudfaktorer som påverkar health literacy-nivåer. Språkets betydelse för health literacy blir uppenbar när det beskrivs som förmågan att hitta, förstå och tillämpa hälsoinformation.

Hälsoutvecklarna använde sig av olika samtalsstrategier och stödjande verktyg för att främja health literacy. Det sociokulturella perspektivet ser språk och kommunikation som de mest kraftfulla verktygen som människor använder för att lära sig och interagera med sin omgivning (Säljö 2014). Nutbeam (2000) skriver om olika nivåer som health literacy bör förmedlas på. En av de tre nivåer Nutbeam (2000) skriver om handlar om samverkan och dialoger för att öka kunskaper som stärker individens självständighet genom pedagogiska processer som främjar motivation. Hälsoutvecklarna påpekade åtskilliga gånger att de arbetade med olika samtalstekniker för att öka medvetenhet, motivation och självständighet.

Kostenius och Bergmark (2016) menar att en framgångsrik strategi för att främja health literacy är medvetenhet. Genom samtal och vägledning arbetade hälsoutvecklarna med att stötta sin målgrupp och ge dem kunskap och information för att de enklare skulle kunna fatta hållbara beslut för sig själva och andra. De använde sig därav av scaffolding, ett begrepp som ingår i den sociokulturella teorin, som handlar om att stötta i läroprocesser och arbeta för att den lärande individen ska kontinuerligt bli mer självständig (Säljö, 2014).

Hälsoutvecklare använde sig av *artefakter* för att underlätta och främja hälsokunskap. Dessa artefakter kan agera som möjliggörande verktyg och underlätta kommunikation och interaktion i lärandeprocesser, vilket inkluderar allt från traditionella läromedel till digitala verktyg och miljöer. I detta sammanhang kunde artefakter inkludera informationsblad, applikationer, olika portaler för hälsoinformation eller den fysiska miljön som stimulerade till hälsosamma beteenden. Kostenius m.fl. (2017) menar att interaktiv teknik är ett användbart verktyg för att öka health literacy och

enligt den sociokulturella teorin framhävs artefakter som en väsentlig roll i lärande och kunskapsutveckling (Säljö, 2014).

Hälsoutvecklarna skapade lärprocesser som inkluderade praktiska element och aktiviteter relaterade till ämnen som tidigare diskuterats eller presenterats. Dessa strategier återspelar komponenten att tillämpa hälsoinformation i enlighet med Sørensen m.fl. modell (2012), vilket ligger i linje med Nutbeams (2000) betoning på att applicera forskningsbaserad information. För att stödja inläring och tillämpning av hälsoinformation utnyttjar hälsoutvecklarna även principen om situerat lärande. Denna tillämpning av situerat lärande inom hälsoarbete stämmer väl överens med den första nivån i Nutbeams (2000) modell, vilket ytterligare understryker vikten av sociala och praktiska kontexter för effektiv tillämpning av hälsoinformation. Dessutom skapade hälsoutvecklarna flera lärtillfällen genom att främja fysiska, psykiska och sociala miljöer där individer kunde bygga relationer och känna sig trygga. Detta innebär att användning av scaffolding, där hälsoutvecklare fungerar som stödstrukturer för att hjälpa individer att förstå och tillämpa hälsoinformation (Säljö, 2015), spelar en viktig roll. Detta stämmer överens med Kostenius och Bergmarks (2016) påstående om att trygga miljöer, relationer och delaktighet är viktiga komponenter för att främja health literacy. Enligt Bánfai-Csonka m.fl. (2022), sker det hälsofrämjande arbetet för att främja barns health literacy, ofta i samband med sociala sammanhang med olika aktiviteter och vardagliga rutiner. Denna observation förstärker rollen av situerat lärande och scaffolding som avgörande aspekter i hälsofrämjande arbete, vilket påminner om Nutbeams (2000) första nivå.

Hälsoutvecklarna arbetade med att få målgrupperna att reflektera över egna levnadsvanor och hälsoinformation utifrån ett kritiskt förhållningssätt. Nutbeam (2000) menar att kritiskt tänkande angående hälsoinformation är väsentligt och bör förmedlas i arbetet med health literacy. Hälsoutvecklarna rapporterade att de arbetade med att utmana normer, och hjälpa individer att navigera i det digitala informationsflödet. De arbetade till stor del med att själva vara goda förebilder då människor omedvetet/medvetet tar efter varandras beteenden. Enligt den sociokulturella teorin har kultur och sociala sammanhang betydelse för hur människor betar sig (Säljö, 2014). Genom att hälsoutvecklarna visade på hållbara alternativ och ifrågasatte trender samt uppmanade till reflektion, finns en möjlighet att deras målgrupp tar efter det beteendet som beskrivs i den sociokulturella teorin. Kostenius och Bergmark (2016) stödjer att en framgångsrik strategi för att främja health literacy är reflektion. Även Ragusa och Crampton (2019) menar att det är av nödvändighet att rusta individer med sociala och kommunikativa färdigheter för att kunna navigera i hälsoinformation och motstå negativt gruptryck.

För att främja health literacy ytterligare krävs mer integrerat hälsofrämjande arbete och en bredare syn på hälsa

Hälsoutvecklarna i denna studie menade att arbetet styrs av förutsättningar som deras verksamhet och politik erbjuder. För att skapa effektivare hälsofrämjande insatser ansåg de att det krävs att samtliga involverade parter prioriterar hälsofrämjande frågor och behandlar det som en naturlig del av dagordningen. Hälsoutvecklarna menade att hälsofrämjande arbete behöver få högre status för att politiska beslut och fördelningen av resurser ska främja denna typ av arbete. Som tidigare nämnt påverkas health literacy av distala faktorer, såsom samhällsliga system och politik enligt Sørensen m.fl. (2012), och Adriaenssens m.fl. (2021) menar att en strategi för att främja health literacy är att politiker behöver inkorporera health literacy till folkhälsoarbetet. Quilling m.fl. (2022) menar att samarbetet mellan olika sektorer i den kommunala verksamheten behöver bli bättre och att hälsopromotion behöver bli mer förankrat i strukturerna. Vidare kan man ur empirin urskilja viss okunskap av begreppet health literacy trots att beskrivningar av arbetssätt påvisar att de uttalat arbetar med flera av begreppets komponenter. Det gäller bland annat kommunikation av hälsoinformation och diskussioner gällande normer, värderingar och kritiskt förhållningssätt som Sørensen m.fl. (2012) menar ingår i begreppet. En förhöjd status och bättre kännedom hos berörda parter skulle därmed kunna förenkla samarbetet och frågan om att göra resurser mer tillgängliga. Tvärsektorieell integration och mer samarbete, kan ur ett sociokulturellt perspektiv ses som nödvändigt, då Säljö (2015) menar att utbytet av erfarenheter och kunskap från olika fält kan bidra till och skapa ny kunskap och förståelse. Resultatet i studien indikerar att fler strukturer behövs där hälsoutvecklarna har fler resurser och samarbete med aktörer utanför sin egen domän.

Resultatet indikerade att hälsoutvecklarna önskade ytterligare stöd till utsatta grupper för att stärka deras health literacy och uppnå en mer jämlik hälsa samt att involvera målgrupperna mer för att öka deras motivation. Det salutogena hälsoarbetet grundar sig på att göra de som berörs av insatserna involverade, menar Eriksson och Winroth (2015), och skulle innebära att arbetssättet får en starkare koppling till det salutogena förhållningssättet, därmed kan utvecklingen av health literacy förenklas. Insatser som stöttar och hur de görs tillgängliga är, enligt Sørensen m.fl. (2012) en proximal faktor som påverkar nivån av health literacy. Detta beskrevs av hälsoutvecklarna som ett utvecklingsområde. Ett exempel på en sådan grupp där hälsoutvecklarna ville se ytterligare stödjande insatser var hos vårdnadshavare, som enligt Bonanno (2021) och Bánfai-Csonka m.fl.

(2022) beskriver, är en målgrupp som har betydande effekt på health literacy nivåer hos barn.

Resultatet visade att en stor del av hälsoutvecklarnas arbete och kommunikation med respektive målgrupp sker via digitala medier men flera hälsoutvecklare efterfrågade ytterligare digitala lösningar som förenklar samarbetet mellan kollegor och målgrupper. Medieanvändning ses av Sørensen m.fl. (2012) som en proximal faktor som påverkar health literacy. Vidare betonas det, enligt Ragusa och Crampton (2019), att det ökande informationsflödet i det digitala samhället utgör en växande utmaning för individer. Detta sätter press på individens digitala kompetenser för att kunna ta del av relevant hälsoinformation. I detta sammanhang framträder behovet av scaffolding. Yrkesverksamma inom hälsofrämjande behöver därför strategier för att både erbjuda hjälp till individer att öka sin health literacy samt kunna sortera bland det kontinuerligt växande digitala informationsflödet (Ragusa & Crampton, 2019).

När hälsoutvecklarna uttrycker behovet av att anpassa information och verktyg utifrån individers och grupperns bakgrund och erfarenheter, kan detta förstås inom ramen för sociokulturell teori. Enligt teorin där lärande och utveckling är djupt rotade i kulturella och sociala kontexter, innebär det att tillvägagångssätt för att öka health literacy måste vara kulturellt och socialt anknutet (Sørensen m.fl., 2021). För att fler individer ska kunna ta del av hälsoinformation, enligt Mårtensson m.fl. (2020), behöver informationen spridas från flera olika kunskapskällor. Behovet av att kunna tillgodose olika målgrupper för att bättre integrera health literacy i samhället styrks av Adriaenssens m.fl. (2021). De menar att kulturella och språkliga faktorer påverkar implementeringen, vilket återigen betonar vikten av en sociokulturell förståelse.

Genom att anamma ett salutogent perspektiv kan hälsoutvecklare bättre fokusera på att identifiera och utnyttja resurser som hjälper individer att upprätthålla och förbättra deras hälsa (Eriksson & Winroth, 2015). Sørensen m.fl. (2012) anser att kultur och språk är distala faktorer som påverkar health literacy och betonar, likt hälsoutvecklarna, att det innebär att de bättre behöver anpassa verktyg och strategier, som till exempel språk, för att göra health literacy mer tillgängligt.

Samhällsperspektiv

Sørensen m.fl. (2021) och Nutbeam och Lloyd (2021) belyser två viktiga aspekter med health literacy. Sørensen m.fl. (2021) betonar att health literacy inte bara är en individuell förmåga, utan också påverkas starkt av

sociala determinanter. De menar att individer med en högre social position har större sannolikhet att förbättra sin health literacy jämfört med de i lägre sociala positioner. Denna uppfattning bekräftas av Marmots arbete (2006), vilket betonar att samhällsklass har betydande konsekvenser för en individs livsvillkor och möjligheter. Människor i lägre samhällsklasser lever ofta under mindre gynnsamma förhållanden under, vilket innebär sämre ekonomiskt läge, boendeproblem och begränsade resurser. Som ett resultat av detta riskerar individer att ackumulera negativa hälsoeffekter över tid (Nutbeam & Lloyd, 2021). Det innebär att för att förbättra health literacy och därmed folkhälsan, behöver vi ta hänsyn till en rad olika faktorer, inklusive normer, kultur, socioekonomi, kön, etnicitet, ålder och andra minoritetsgrupper (Nutbeam & Lloyd, 2021).

Nutbeam och Lloyd (2021) föreslår att ett effektivt sätt att främja health literacy är att utveckla yrkesverksammas kompetens och support, samtidigt menar de att flera health literacy interventioner är utformade för att möta behoven hos högriskpopulationer, vilket visar att det är möjligt att anpassa interventioner för att hantera specifika risker och behov. Få är dock riktade mot utvecklingen av mer generella, överförbara färdigheter och menar att målet med att förbättra health literacy, att fungera som en mekanism för att handskas med sociala determinanter, fortfarande är i behov av utveckling och som resultaten från denna studie också pekar på.

Med detta i åtanke, utifrån sociokulturell teori, framstår det som klart att individer i olika samhällsklasser har varierande tillgång till resurser, möjligheter och begränsningar, vilket i sin tur påverkar deras health literacy. Ragusa och Crampton (2019) betonar att teknologiska framsteg och digitala klyftor ytterligare kan försämra möjligheterna för individer att delta fullt ut i samhället och dra nytta av tillgängliga resurser eftersom även detta för med en dimension av social position där individer har olika möjlighet och tillgång. Gällande hälsoutvecklarnas roll och uppdrag uppstår, Ragusa och Crampton (2019), omfattande komplikationer med utveckling av health literacy om individer mer än ofta definieras utefter samhällsklass. Studiens resultat indikerar att både hälsoutvecklarnas och invånarnas potential att utvecklas och bidra till samhället är begränsat och därmed riskerar att lämna ifrån sig både kort- och långsiktiga konsekvenser. Studiens resultat föreslår att det krävs mer tvärsektionellt arbete, mer integration och fler anpassade insatser för att förbättra health literacy bland olika målgrupper och samhällsklasser. Kritiskt tänkande har identifierats som en nyckelkomponent i denna process, tillsammans med utvecklingen och tillämpningen av mer anpassade strategier och verktyg för att främja health literacy.

Slutsatser och implikationer

Slutsatser utifrån studien är att dagens hälsoutvecklare har en bred verktygslåda att arbeta utifrån och därmed förse målgrupper med hälsa och därigenom främja health literacy. Trots att flera hälsoutvecklare rapporterade att de inte kände till begreppet till health literacy, kunde vi ur empirin urskilja arbetsmetoder som berörde health literacy. Detta påvisar att begreppet health literacy inte är helt etablerat i hälsofrämjande sammanhang. Studien indikerar att hälsoutvecklarna arbetade utifrån ett sociokulturellt perspektiv på lärande där artefakter och metoder som scaffolding implementeras för att skapa lärtillfällen som stärker health literacy. Samtal är det verktyg som upprepat lyfts fram av samtliga hälsoutvecklare och antyder att språk och kommunikation är viktiga redskap i deras arbete. Vid framtida utveckling betonas digitala lösningar, fler individ- och målgruppsanpassade verktyg, ytterligare branschöverskridande samarbeten samt att ge hälsofrämjande arbete högre status i samhället. Health literacys låga prioritet i hälsofrämjande arbete kan vara en anledning till det varierande engagemanget för hälsofrämjande arbete i kommuner, vilket skapar ojämna möjligheter för hälsoutvecklare att utveckla health literacy hos målgrupper.

Eftersom health literacy både behandlar hälsa och den kunskap, motivation och kompetens som individer har tillgång till att, förstå, bedöma och tillämpa hälsoinformation, har studien en stark koppling till hälsopedagogik. Genom att öka medvetenheten kring health literacy kan fler anpassade insatser möjliggöras och därmed förse fler individer och särskilt utsatta grupper med åtkomlig information. Studien bidrar till ökad medvetenhet kring dagens strategier och verktyg samt utvecklingsområden i arbetet med health literacy ur ett hälsofrämjande perspektiv. Det är av relevans för både blivande hälsoutvecklare och redan yrkesverksamma att hålla sig uppdaterade om nutida och moderna tillvägagångssätt. Det ger även värdefulla insikter för hälsopedagogiskt utbildningsväsende då det kan bidra till att utbilda framtidens hälsoutvecklare med nödvändiga färdigheter, kunskaper samt rusta de med anpassade strategier och verktyg för att effektivt arbeta med olika målgrupper. Detta gör att hälsopedagogiskt arbete kan rikta sig till fler med starkare genomslagskraft och därmed alstra förutsättningar för fler individer att förse sig själva och andra med hälsa.

För att ge en komplett bild, förstå och förbättra hälsofrämjande arbetsstatus bör forskning och studier inkludera analyser av samhällsstrukturer, hierarkier och politiska faktorer. Likväl som rapportering och utvärdering av insatser som påverkar implementering och framgång av hälsofrämjande investeringar. Eftersom denna studie utgår från ett salutogent perspektiv bör

framtida forskning även inkludera de förebyggande insatserna som hälsoutvecklarna är verksamma med för att få en helhetsbild av arbetet med health literacy.

Referenser

Adriaenssens, J., Rondia, K., Van den Broucke, S., & Kohn, L. (2021). Health literacy: What lessons can be learned from the experiences and policies of different countries?. *The International Journal of Health Planning and Management*, 37(2),886-901. <https://doi-org.ezproxy.bib.hh.se/10.1002/hpm.3382>

Allwood, C. M. & Erikson, M. G. (2021). *Grundläggande vetenskapsteori : för psykologi och andra beteendevetenskaper*. Studentlitteratur.

Antonovsky, A. (2005). *Hälsans mysterium*. Natur & kultur.

Bánfai-Csonka, H., Betlehem, J., Deutsch, K., Derzi-Horváth, M., Bánfai, B., Fináncz, J., Podráczky, J., & Csima, M. (2022). Health Literacy in Early Childhood: A Systematic Review of Empirical Studies. *Children* 9(8), 1131. <https://doi.org/10.3390/children9081131>

Becker, S.H.(2006). *Utanför : avvikandets sociologi*. Arkiv.

Bonanno, R., Sisselman-Borgia, A., & Veselak, K. (2021). Parental mental health literacy and stigmatizing beliefs. *Social Work in Mental Health*, 19(4), 324–344. <https://doi.org/10.1080/15332985.2021.1919815>

Dadaczynski, K., Rathmann, K., Hering, T., & Okan, O. (2020). The Role of School Leaders' Health Literacy for the Implementation of Health Promoting Schools. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 17(6), 1855. <https://doi.org/10.3390/ijerph17061855>

Darlington, E. J., Pearce, G., Vilaca, T., Masson, J., Bernard, S., Anastácio, Z., Magee, P., Christensen, F., Hansen, H., & Carvalho, G. S. (2021). How can we promote co-creation in communities? The perspective of health promoting professionals in four European countries. *Health Education*, 122(4), 402–423. <https://doi.org/10.1108/HE-02-2021-0033>

Eriksson, M., & Winroth, J. (2015). Hälsa och hälsofrämjande. I M. Eriksson (Red.), *Salutogenes – om hälsans ursprung. Från forskning till praktisk tillämpning*. (s. 1–13). Liber.

Eriksson-Zetterquist, U., & Ahrne, G. (2015). Intervjuer. I G. Ahrne, & P. Svensson (Red.), *Handbok i kvalitativa metoder* (s.36-58). Liber.

Folkhälsomyndigheten. (2022, 4 mars). *Hälsans bestämningsfaktorer*. Hämtad 2022-05-15 från <https://www.folkhalsomyndigheten.se/om-folkhalsa-och-folkhalsoarbete/tema-folkhalsa/vad-ar-folkhalsa/sociala-bestaamningsfaktorer/>

Holloway, I. & Wheeler, S. 2010. *Qualitative Research in Nursing and Healthcare*. John Wiley & Sons, Ltd

Hälsolitteracitet. (2023). *Förmågan att få tag på, förstå, värdera och använda information för att bibehålla och främja hälsa*. Hämtad 2023-04-20 från <http://www.halsolitteracitet.se/>

Kostenius, C., & Bergmark, U. (2016). The power of appreciation: promoting schoolchildren's health literacy. *Health Education, 116*(6), 611–626. <https://doi.org/10.1108/HE-10-2015-0031>

Kostenius, C., Bergmark, U., & Hertting, K. (2017). Health literacy in an age of technology - schoolchildren's experiences and ideas. *International Journal of Health Promotion and Education, 55*(5-6), 234–242. <https://doi.org/10.1080/14635240.2017.1369891>

Laverack. (2017). The Challenge of the “Art and Science” of Health Promotion. *Challenges (Basel), 8*(2), 22. <https://doi.org/10.3390/challe8020022>

Lundman, B., & Hällgren Granheim, U. (2017). Kvalitativ innehållsanalys. I B.Höglund-Nielsen, & M.Granskär (Red.), *Tillämpad kvalitativ forskning inom hälso- och sjukvård (s.219-235)*. Studentlitteratur.

Marmot, M. (2006). *Statussyndromet : hur vår sociala position påverkar hälsan och livslängden*. Natur och kultur.

Millar, L., Bhoyroo, R., Molina Pineda, Y., Watts, J., Geagea, A., Murphy, J., & Pollard, C. M. (2023). Intersection between health, health literacy and local government: a mixed methods approach to identifying ways to better connect people to place-based primary health care in Western Australia. *BMC Health Services Research, 23*(1), 63–63. <https://doi.org/10.1186/s12913-022-08872-9>

Mårtensson, L., Lytsy, P., Westerling, R., & Wångdahl, J. (2020). Experiences and needs concerning health related information for newly arrived refugees in Sweden. *BMC Public Health, 20*(1), 1044. <https://doi.org/10.1186/s12889-020-09163-w>

Nationalencyklopedin. (2023). Verktyg. I *Nationalencyklopedin*. Hämtad 2023, 31 maj från

<https://www.ne.se/uppslagsverk/encyklopedi/l%C3%A5ng/verktyg>

Nationalencyklopedin. (2023). Strategi. I *Nationalencyklopedin*. Hämtad 2023, 31 maj från <https://www.ne.se/uppslagsverk/ordbok/svensk/strategi>

Nowland, R., Necka, E. A., & Cacioppo, J. T. (2018). Loneliness and Social Internet Use: Pathways to Reconnection in a Digital World? *Perspectives on Psychological Science*, 13(1), 70–87.

<https://doi.org/10.1177/1745691617713052>

Nutbeam, D. (2000). Health literacy as a public health goal: A challenge for contemporary health education and communication strategies into the 21st century. *Health promotion international*, 15 (3),259-267.

<https://doi.org/10.1093/heapro/15.3.259>

Nutbeam, D., & Lloyd, J. E. (2021). Understanding and Responding to Health Literacy as a Social Determinant of Health. *Annual Review of Public Health*, 14(36), 59-73. <http://doi.org/10.1146/annurev-publhealth-090419-102529>

Nutbeam, D., Levin-Zamir, D., & Rowlands, G. (2018). Health literacy and health promotion in context. *Global Health Promotion*, 25(4), 3–5.

<https://doi.org/10.1177/1757975918814436>

Olander, E., Ringsberg, K. C., & Tillgren, P. (2020). Health literacy- ett dynamiskt begrepp. I K. C. Ringsberg., E., Olander & P., Tillgren (Red.), *Health literacy : teori och praktik i hälsofrämjande arbete*. (s.51-76). Studentlitteratur.

Quilling, E., Mielenbrink, V., Osterhoff, A., Terhorst, S., Tollmann, P., & Kruse, S. (2022). State of evidence on municipal strategies for health promotion and prevention: a literature and database research (Scoping Review). *BMC Public Health*, 22(1), 301–301.

<https://doi.org/10.1186/s12889-022-12607-0>

Ragusa, A. T., & Crampton, A. (2019). Doctor Google, Health Literacy, and Individual Behavior: A Study of University Employees' Knowledge of Health Guidelines and Normative Practices. *American Journal of Health Education*, 50(3), 176–189.

<https://doi.org/10.1080/19325037.2019.1590259>

Rennstam, J., & Wästerfors, D. (2015). Att analysera kvalitativt material. I G. Ahrne, & P. Svensson (Red.), *Handbok i kvalitativa metoder* (s. 194-211). Liber.

Svensson, P. (2019). *Att skapa helhet i offentlig sektor: Tankar om tvärsektoriellt arbete*. Nordic Academic Press + https://hh.primo.exlibrisgroup.com/permalink/46LIBRIS_HIH_INST/hogluo/alma991000951140805936

Svensson, P. (2015). Teorins roll i kvalitativ forskning. I G. Ahrne, & P. Svensson (Red.), *Handbok i kvalitativa metoder* (s. 108–119). Liber.

Svensson, P., & Ahrne, G. (2015). Att designa ett kvalitativt forskningsprojekt. I G. Ahrne, & P. Svensson (Red.), *Handbok i kvalitativa metoder* (s. 17–31). Liber.

Säljö, R. (2014). *Lärande i praktiken : ett sociokulturellt perspektiv*. Studentlitteratur.

Säljö, R. (2015). *Lärande - en introduktion till perspektiv och metaforer*. Gleerups utbildning.

Sarvimäki, A., & Stenbock-Hult, B. (2020). Etik och centrala värden i health literacy. I K. C. Ringsberg., E., Olander & P., Tillgren (Red.), *Health literacy : teori och praktik i hälsofrämjande arbete*. (s.51-73). Studentlitteratur.

Sørensen, K., Levin-Zamir, D., Duong, T. V., Orkan, O., Visconde Brasil, V., & Nutbeam, D. (2021). Building health literacy system capacity: a framework for health literate systems. *Health Promotion International*, 36 (1),13–23. <https://doi.org/10.1093/heapro/daab153>

Sørensen, K., Van den Broucke, S., Fullam, J., Doyle, G., Pelikan, J., Solonska, Z., & Brand, H. (2012). Health literacy and public health: A systematic review and integration of definitions and models. *BMC Public Health* 12(80). <https://doi.org/10.1186/1471-2458-12-80>

Thurén, T. (2019). *Vetenskapsteori för nybörjare*. Liber.

Tillgren, P., Ringsberg, K. C., & Olander, E. (2020). Health literacy- ett dynamiskt begrepp. I K. C. Ringsberg., E., Olander & P., Tillgren (Red.),

Health literacy : teori och praktik i hälsofrämjande arbete. (s.51-76).
Studentlitteratur

Vetenskapsrådet. (2017). *God forsknings sed.*

<https://www.vr.se/analys/rapporter/vara-rapporter/2017-08-29-god-forskningssed.html>

World Health Organization (u.å). *Health promotion.* Hämtad 23-05-06 från
<https://www.who.int/westernpacific/about/how-we-work/programmes/health-promotion#:~:text=Health%20promotion%20is%20the%20process,of%20social%20and%20environmental%20interventions>

World Health Organization. (1986). *The 1st International Conference on Health Promotion, Ottawa, 1986.* <https://www.who.int/teams/health-promotion/enhanced-well-being/first-global-conference>

Wångdahl, J., Agerholm, J., Liljas, A., Heap, J., & Lennartsson, C. (2022). Health literacy among older adults 77+ in Sweden. *European Journal Of Public Health*, 32(Supplement_3), III545.
<https://doi.org/10.1093/eurpub/ckac131.331>

Bilaga 1 – Intervjuguide

Bakgrund

- Berätta vad du arbetar med?
- Hur kan en dag se ut?
- Vilka målgrupper arbetar du med när det gäller att utveckla hälsa?
- Hur definierar du hälsa?

Health literacy

- Hur arbetar du med att öka er målgrupps hälsokompetens? dvs Health literacy?
- Arbetar du med att er målgrupp ska få ett kritiskt förhållningssätt till hälsoinformation?
- Vilka verktyg/strategier har varit effektiva med att lära ut hälsoinformation till praktiskt användbar kunskap hos din målgrupp?
- Hur kan ditt arbetsområde utvecklas för att öka målgruppens hälsokompetens?
 - Finns det något som fungerar bra idag som kan förstärkas?
 - eller saknas det något i dagens arbete för att kunna utveckla hälsokunskap?
- Vilka utmaningarna upplever du att människor stöter på när det kommer till att förstå hälsoinformation?

Pedagogik, lärande

- Vilka pedagogiska strategier använder du i arbetet med din målgrupp? Ge exem.
 - Tex förmedlingspedagogik, situerat lärande
- *Hur använder du dig utav verktyg/strategier för att förstärka pedagogiken i olika lärtillfällen? Ge exem.
 - Tex digitala verktyg, böcker, appar, hälsoprofiler
- Finns det några verktyg/strategier som du upplever är bättre/sämre för att förmedla ditt budskap till målgruppen?
- Hur samarbetar du med andra aktörer tex sjukvården, utbildningsinstanser osv för att höja hälsokompetensen hos målgruppen?
- *Hur kan strategier utvecklas för att utveckla(öka) lärandet hos målgruppen?
- Hur kan framtida hälsofrämjande insatser utvecklas i din kommun?

Avslutningsfråga

- Hur ser du på att hälsonormer förändras och utvecklas och hur påverkar det dig i ditt arbete?
- Hur tycker du att hälsofrämjande insatser hade kunnat integreras ytterligare i samhället?
 - Utbildning, Resurser, Samarbete, Olika samhällsengagemang
- Är det något annat du vill tillägga som berör det här ämnet som du tycker att vi inte tagit upp?

Bilaga 2 - Samtyckesblankett & Informationsbrev

Information till dig som ska delta i en undersökning som genomförs av en student under utbildning

Du tillfrågas om att delta i studien "Hälsoutvecklarens promotion av health literacy - En kvalitativ studie om hälsoutvecklarens roll".

Studien syftar till att att "Belysa hur kommunanställda hälsoutvecklare beskriver att de arbetar med att utveckla health literacy i relation till deras respektive målgrupp". Studien utförs som en del i vår utbildning, inom Hälsopedagogiskt program vid akademien för Hälsa och välfärd vid Högskolan i Halmstad. Ansvarig lärare är Pernilla Hedström, pernilla.hedstrom@hh.se.

Dina personuppgifter behandlas inom studien endast enligt ditt samtycke, och enligt kraven i dataskyddsförordningen. Ditt deltagande i studien är helt frivilligt och du kan när som helst återkalla ditt samtycke utan att ange orsak. Ett återkallande påverkar dock inte den behandling som skett innan återkallandet. Du kan också när som helst begära att få en kopia av dina personuppgifter.

Materialet kommer delvis att behandlas inom molntjänsten Office 365 från Microsoft som Högskolan har ett personuppgiftsbiträdesavtal med. Obehöriga kommer inte att ha tillgång till dina personuppgifter.

Studien genomförs i samarbete med Högskolan i Halmstad. Högskolan kommer endast att få tillgång till avidentifierade personuppgifter/sammanfattade resultat från studien. De av dina personuppgifter som kommer att behandlas är: namn, e-postadress, telefonnummer, kommun, arbetsplats.

Dina personuppgifter kommer att raderas när examensarbetet är godkänt.

Personuppgiftsansvarig för studien är Högskolan i Halmstad, som nås via registrator@hh.se eller 035-16 71 00. Övrig information om hur Högskolan hanterar personuppgifter, och dina rättigheter utifrån dataskyddsförordningen, finns på www.hh.se/dataskydd. Har du frågor kan du också kontakta Högskolans dataskyddsombud, Anna Frederiksen, via dataskydd@hh.se.

Den färdigställda uppsatsen kommer att publiceras på DIVA och finnas tillgänglig digitalt på DIVA portalen <http://www.diva-portal.se/>

Med vänlig hälsning

Lisa Widell, Ted Kindblom, Linnéa Johansson

lisvid20@student.hh.se

Hälsopedagogiskt program, Akademin för Hälsa och välfärd
Högskolan i Halmstad

Samtycke till deltagande i “Hälsoutvecklarens promotion av health literacy i kommuner - En kvalitativ studie om hälsoutvecklarens roll”

Jag har fått information om studien “Hälsoutvecklarens promotion av health literacy i kommuner - En kvalitativ studie om hälsoutvecklarens roll” och accepterar att delta.

Jag har fått information om att de uppgifter som samlas in om mig kommer att behandlas konfidentiellt, på ett sådant sätt att min identitet inte kommer att avslöjas för obehöriga.

Jag är medveten om att min medverkan är helt frivillig och att jag när som helst och utan närmare förklaring kan avbryta mitt deltagande.

Underskrift

.....

Namnförtydligande

.....

Ort och datum



HÖGSKOLAN
I HALMSTAD