



HÖGSKOLAN  
DALARNA

## Examensarbete

Avanceradnivå

### **Sjuksköterskors uppfattning av hälsolitteracitet hos socioekonomiskt utsatta patienter inom primärvården**

---

**The nurse's perception of health literacy in socioeconomically vulnerable patients in primary care**

Författare: Sara Alsaloum och Petra Vitikainen

Institution: Institutionen för hälsa och välfärd

Handledare: Jan Florin

Examinator: Anna Ehrenberg

Ämne/huvudområde: Omvårdnad

Kurskod: ÅVÅ27F

Högskolepoäng: 15hp

Examinationsdatum: 2024-01-03

Vid Högskolan Dalarna finns möjlighet att publicera examensarbetet i fulltext i DiVA. Publiceringen sker Open Access, vilket innebär att arbetet blir fritt tillgängligt att läsa och ladda ned på nätet. Därmed ökar spridningen och synligheten av examensarbetet.

Open Access är på väg att bli norm för att sprida vetenskaplig information på nätet. Högskolan Dalarna rekommenderar såväl forskare som studenter att publicera sina arbeten Open Access.

Jag/vi medger publicering i fulltext (öppet tillgänglig på nätet, Open Access):

Ja

Nej

# SAMMANFATTNING

**Bakgrund:** Hälsolitteracitet är individens förmåga att få tag på, förstå, värdera och använda information för att kunna bibehålla och främja hälsa. För att patienten ska kunna vara mer aktiv i sin egenvård och att ha förmågan att kunna fatta beslut i hälsofrågor behövs en viss nivå av hälsolitteracitet. Hälsa påverkas av de förutsättningar, förhållanden och situationer som patienterna har. Sämre sociala och ekonomiska förutsättningar kan leda till ojämlikhet i hälsan. Med omställning till god och nära vård ska sjuksköterskan arbeta mer personcentrerad och stärka patienten förmåga till egenvård. Att främja hälsolitteracitet betraktas som en hållbar investering i hälsa för både patienten och samhället för att nå en hög kvalitet i vården och en mer jämlik hälsa. **Syfte:** Syftet var att undersöka sjuksköterskors uppfattning om vad som påverkar hälsolitteracitet hos vuxna socioekonomiskt utsatta patienter. **Metod:** Studien utfördes som en kvalitativ intervjustudie. Sju sjuksköterskor deltog i intervjuerna, materialet analyserades i enlighet med en kvalitativ innehållsanalys. **Resultat:** I resultatet beskrevs tre huvudkategorier. Den första kategorin var *Individens kompetens och resurser* där var sjuksköterskor uppfattning att nivå av hälsolitteracitet påverkas av individens utbildning och kunskap samt stöd från familjen. Den andra kategorin var *kommunikation och* där beskrev sjuksköterskor att språkbarriär och kulturella skillnader var utmaningar för en god kommunikation som grund för informationsutbyte med patienter. Den tredje kategorin var *förutsättningar för att främja hälsolitteracitet*. Där uppfattade sjuksköterskor att individanpassad vård, organisationens stöd och samverkan mellan olika aktörer var förutsättningar för att främja hälsolitteracitet. **Slutsats:** Sjuksköterskorna i studien ansåg att individens egna förutsättningar såsom utbildning och kunskap, stöd från familjen samt kommunikation påverkade nivån av hälsolitteracitet hos patienterna. För att främja hälsolitteraciteten krävs det att hälso- och sjukvårdspersonal erbjuder patienter individanpassad vård samt att det finns både organisatoriskt och samhälleligt stöd för detta viktiga arbete.

**Nyckelord:** Egenvård, Hälsolitteracitet, Kvalitativ design, Personcentrerad vård, Sjuksköterska

## ABSTRACT

**Background:** Health literacy is the individual's ability to obtain, understand, value and use information in order to maintain and promote health. For the patient to be more active in their own care and to have the ability to make decisions in health matters, a certain level of health literacy is needed. Health is affected by the prerequisites, conditions and situations that the patients have. Poorer social and economic conditions can lead to inequality in health. With the transition to good and close care, the nurse must work more person-centred and strengthen the patient's ability to self-care. Promoting health literacy is considered a sustainable investment for both the patient and society in order to achieve high quality care and a more equal health. **Aim:** The purpose was to examine nurses' perception of what affects health literacy in socioeconomically vulnerable adult patients. **Method:** The study was conducted as a qualitative interview study. Seven nurses participated in the interviews; the material was analyzed in accordance with qualitative content analysis. **Results:** The results described three main categories. The first category was the individual's competence and resources, where nurses were of the opinion that the level of health literacy is affected by the individual's education and knowledge as well as support from the family. The second category was *communication* where nurses described that language barriers and cultural differences were challenges for good communication which was the basis for information exchange with patients. The third category was *conditions for promoting health literacy*. Nurses perceived that individualized care, the organization's support and collaboration between different actors were prerequisites for promoting health literacy. **Conclusions:** The nurses in the study perceived that the individual's own characteristics such as education and knowledge, support from the family and communication influenced the level of health literacy in the patient. In order to promote health literacy, it is required that healthcare professionals offer patients individually tailored care and that there is both organizational and societal support for this important work.

**Keywords:** Health literacy, Nurse, Person centered care, Self-care, Qualitative design

## **INNEHÅLLSFÖRTECKNING**

<b>INLEDNING .....</b>	<b>1</b>
<b>BAKGRUND .....</b>	<b>1</b>
Hälsolitteracitet .....	1
Socioekonomiskt utsatta patienter .....	3
Sjuksköterskans ansvar .....	4
God och nära vård .....	4
Kommunikation .....	5
Forskning om hälsolitteracitet .....	5
Teoretisk referensram .....	7
Problemformulering .....	8
Syfte och frågeställningar.....	9
<b>METOD .....</b>	<b>9</b>
Design .....	9
Urval.....	10
Datainsamling.....	10
Dataanalys .....	11
Etiska överväganden.....	12
<b>RESULTAT .....</b>	<b>13</b>
Individens kompetens och resurser .....	13
Kommunikation .....	16
Förutsättningar för att främja hälsolitteracitet .....	19
<b>DISKUSSION.....</b>	<b>21</b>
Resultatdiskussion.....	21
Metoddiskussion.....	26
Konklusion/slutsats .....	27
Klinisk betydelse för samhället.....	28
Förslag till vidare forskning.....	28
<b>REFERENSER.....</b>	<b>29</b>
<b>BILAGA 1</b>	
<b>BILAGA 2</b>	
<b>BILAGA 3</b>	
<b>BILAGA 4</b>	
<b>BILAGA 5</b>	
<b>BILAGA 6</b>	

## **INLEDNING**

Under utbildningen till distriktssköterska fick vi vetskap om att hälsolitteracitet är ett centralt begrepp för det hälsofrämjande arbetet som pågår i Sverige. Intresset för att utföra denna studie uppkom efter förslag från verksamhetsutvecklare på en vårdcentral i en mellanstor svensk stad där det fanns en önskan att undersöka hälsolitteracitet i det utsatta området kring vårdcentralen, utifrån en utveckling och omställning till god och nära vård. Staden där vårdcentralen är belägen har högst andel socioekonomiskt utsatta patienter i regionen. Var tredje patient är född utanför EU. Utifrån detta förslag och rådande omständigheter så är det angeläget att närmare studera sjuksköterskors uppfattning av vad som påverkar hälsolitteraciteten hos socioekonomiskt utsatta patienter.

## **BAKGRUND**

Samhället har allt större förväntningar på patientens ansvar för sin egenhälsa. Det innefattar bland annat en förmåga att förstå och tolka kroppsliga symtom, både psykiska och fysiska. Ett begrepp som belyser patientens förutsättningar för god egenvård är hälsolitteracitet. Hälsolitteracitet handlar om att kunna få del av, förstå och värdera information/kunskap om sin hälsa (Nätverket Hälsofrämjande hälso- och sjukvård [HFS], 2014). Hälsolitteracitet är ett centralt begrepp för det hälsofrämjande arbetet och en utmaning för omställningen till god och nära vård. För att patienten skall kunna vara delaktig i sin egenvård krävs en viss nivå av hälsolitteracitet.

### **Hälsolitteracitet**

Begreppet hälsolitteracitet kommer från det engelska ordet Health literacy och användes för första gången 1974 i USA. Det var under 90-talet som begreppet kom att användas mer frekvent. 1999 definierade American Medical Association (AMA) hälsolitteracitet som "Samlad kunskap som inkluderar förmågan att genomföra de grundläggande läs- och räkneuppgifterna som krävs för att kunna fungera i en sjukvårdsmiljö" (Speros, 2005). Senare utökades begreppet av National Library of Medicine (NLM) till "Den grad till vilken individen har kapacitet att inhämta, bearbeta och förstå grundläggande hälsoinformation och tjänster, nödvändiga för att fatta lämpliga hälsobeslut" (Speros, 2005).

Hälsolitteracitet används som begrepp av den svenska folkhälsomyndigheten, av hälso- och sjukvårdsorganisationer samt inom forskning. (Olander et al., 2020). I det svenska språket finns det inte bara en direkt översättning av begreppet Health literacy. Olika benämningar används vid översättning som hälsolitteracitet, hälsokunskap och hälsokompetens.

Hälsolitteracitet har definierats på olika sätt men de flesta definitioner av begreppet utgår från samma kärna ”att det är individens förmåga att få tag på, förstå, värdera och använda information för att kunna bibehålla och främja hälsa” (Hälsolitteracitet, 2023). Det är en process där olika färdigheter och förmågor utvecklas för att kunna fatta beslut som rör hälsofrågor och därmed främja den individuella, kollektiva och samhällsenliga hälsan samt öka livskvalitén. Definitionerna av hälsolitteracitet beskriver begreppet såväl som *resurs* och *medel* som *mål* och *resultat*. En resurs hos individen som kan utvecklas och ett medel för att kunna bibehålla och främja hälsan i förhållande till omgivningen. Målet är att utveckla hälsolitteracitet på individ och samhällsnivå då hälsolitteracitet är ett viktigt folkhälsomål (Olander et al., 2020).

För att förstå hälsolitteracitet förklaras det utifrån tre förmågor. *Funktionell hälsolitteracitet* som avser förmågan att läsa, skriva och ta fram information. *Interaktiv eller kommunikativ hälsolitteracitet* avser mer avancerad kognitiv och social förmåga att aktivt delta i dagliga aktiviteter, ta fram och tillämpa information från olika former av kommunikation. *Kritisk hälsolitteracitet* innebär användning av kognitiva förmågor att kritisk analysera information för att kunna fatta beslut som rör hälsan. Hälsolitteracitet definieras utifrån två olika utgångspunkter. Den ena är *Funktionell hälsolitteracitet* vilket beskrivs som de basala förmågorna såsom läs, skriv och räkneförmågor för att förstå hälsoinformation och den andra är *Komplex hälsolitteracitet* som beskrivs som förmågan att anskaffa, värdera och använda den hälsoinformation som behövs för att kunna bibehålla eller förbättra den egna hälsan (Olander et al., 2020).

Patientens hälsolitteracitet anses vara ett socialt kapital eftersom det är både en resurs och ett medel för att nå jämlik hälsa. Hälsolitteracitet är en viktig bestämningfaktor för hälsa och betraktas därför som en hållbar investering i hälsa. Det är relevant för sju av Förenta nationernas 17 mål för hållbar utveckling i hälsa och för att uppnå FN:s Agenda 2030 (Tillgren et al., 2020).

Vilken nivå av hälsolitteracitet som finns hos patienten beror på den personliga, sociala och kulturella utvecklingen. Hälsolitteracitet kan variera och påverkas av hur patienten mår, hur livssituationen ser ut och hur omgivningen påverkar patienten (Olander et al., 2020).

För att patienten ska kunna vara mer aktiv i sin egenvård och ha förmågan att kunna fatta beslut i hälsofrågor behövs en högre nivå av hälsolitteracitet. Vid en lägre nivå av hälsolitteracitet ses negativa konsekvenser för patienten men också för samhället vilket leder till ökade kostnader för hälso- och sjukvården (Mårtensson & Hensing, 2011). Forskning har visat att patienter med låg hälsolitteracitet har svårare att följa givna råd gällande läkemedel och ett samband ses med en ökning av sjukhusinläggningar och akutsjukvård (Berkman et al., 2011). Ett samband kan ses mellan att ha hög hälsolitteracitet och att ha en god kunskap om sin egensjukdom och hälsa och därmed också en ökad följsamhet till sjukvårds- och egenvårdsråd (Nutbeam, 2000).

## **Socioekonomiskt utsatta patienter**

Ett utsatt område är ett geografiskt område som karaktäriseras av en låg socioekonomisk status och där även kriminella har en inverkan på samhället (Polisen u.å). Flertalet av de som bor i ett utsatt område har en lägre genomsnittlig inkomst, lägre utbildningsnivå, högre arbetslöshet och sämre levnadsstandard än de som bor i andra områden i Sverige (Statistikmyndigheten [SCB], 2022). Hälsa påverkas av de förutsättningar, förhållanden och situationer som patienterna har men kan även påverkas av de villkor och omgivningar där patienterna verkar. Hälsan kan kopplas till den egna livssituationen, både den nuvarande och tidigare i livet. Sämre sociala och ekonomiska förutsättningar kan leda till ojämlikhet i hälsan. Socioekonomiskt utsatta patienter har ökad risk för ohälsa och sämre tillgång till hälso- och sjukvården. Patienter med lägre social och ekonomisk position exponeras oftare för många olika riskfaktorer som kan påverka hälsan negativt (Folkhälsomyndigheten, 2022a). Care Need Index (CNI) är ett hjälpmedel där olika socioekonomiska förhållanden används för att identifiera om det finns risk för ohälsa bland patienter. Statistiska centralbyrån (SCB) kan göra en sammanställning av CNI till olika regioner som ett stöd för att möjliggöra en beräkning av vårdersättningar. Variabler som används i CNI är "Ålder över 65 som bor ensamma, ensamstående med barn under 18år, utlandsfödd (Östeuropa, Asien, Afrika och Sydamerika), arbetslös i ålder 16–64 år,

person ett år eller äldre som flyttat in i området, lågutbildad 25–64 år, ålder yngre än fem år” (Vårdgivarguiden, 2021).

## **Sjuksköterskans ansvar**

Målet med omvårdnad är att främja hälsa, förebygga sjukdomar, lindra lidande och verka för välbefinnande. Sjuksköterskan ska ha förmåga att kommunicera med patienter med empati och på ett respektfullt sätt samt ska kunna ge information på ett adekvat sätt och försäkra sig om att patienten förstår den angivna informationen. Sjuksköterskan ska kunna guida patienten till aktiv delaktighet i vården (Svensk sjuksköterskeförening, 2023).

Begränsad hälsolitteracitet hindrar patientens delaktighet i den egna vården och därmed möjligheten att påverka val av behandling, rehabilitering och uppföljning (Tillgren et al., 2020).

Vilken nivå av hälsolitteracitet patienter har är av vikt för sjuksköterskor när de ska bedöma patientens egenvårdförmåga. Sjuksköterskor saknar bra verktyg för att bedöma patientens nivå av hälsolitteracitet och därför använder de oftast eget omdöme för att skapa någon form av förståelse om detta (Oliver et al., 2020). Eftersom hälsolitteracitet är en avgörande bestämningsfaktor för hälsa blir det viktigt för sjuksköterskan att ha god kunskap om dess innebörd för att kunna utföra personcentrerad och jämlik vård.

Sjuksköterskan ska planera och genomföra omvårdnad utifrån patientens egna resurser, förutsättningar och behov samt utföra omvårdnad med ökad medvetenhet om sociokulturella omgivningar och dess påverkan på hälsan. Sjuksköterskan ska stärka patientens förmågor till egenvård och att ta ansvar för egen hälsa genom utbildning och information samt arbeta hälsofrämjande och personcentrerat för att nå jämlik hälsa (Svensk sjuksköterskeförening, 2021).

## **God och nära vård**

Under senare tid har det pågått en utveckling inom vården med en omställning till god och nära vård. Syftet med god och nära vård är att nå hög kvalitet med jämlik hälsa i befolkningen utifrån individens behov samt att vården i sitt utformande bidrar genom tillgänglighet och kontinuitet. Utgångspunkt för god och nära vård är att vården ska utgå från patientens behov, värderingar och förutsättningar. Vårdpersonal bör jobba



personcentrerat, hälsofrämjande och sjukdomsförebyggande samt mer effektivt för att ställa om till god och nära vård. Att ha tillgång till en fast vårdkontakt i kontakten med hälso- och sjukvården förbättrar patientens egen ställning, ökar rätten till delaktighet och självbestämmande i den egna vården. En fast vårdkontakt hjälper patienten att samordna vården och de insatser som kan behövas men kan även hjälpa till med information samt förmedla olika kontakter som kan vara till hjälp för patienten (Kunskapsguiden, 2022; Socialstyrelsen, 2023b). Nationella Folkhälsomål är “att skapa samhälleliga förutsättningar för en god och jämlik hälsa i hela befolkningen och sluta de påverkbara hälsoklyftorna inom en generation” (Folkhälsomyndigheten, 2022b).

## **Kommunikation**

En god kommunikation är nödvändig för att kunna förbättra patientsäkerheten men också för att öka patientens delaktighet i vården (Sveriges kommuner och landsting [SKL], 2011). En viktig del i kommunikationen mellan patient och hälso- och sjukvårdspersonal är att patienten kan förmedla sin livssituation, hälsoproblem och den egna sjukdomsbilden. En välfungerande kommunikation kan bidra till ett ökat förtroende för hälso- och sjukvården. Det är därför viktigt att exempelvis informationen som ska kommuniceras anpassas till patienten mognad, ålder, erfarenhet och språkkunskaper. I detta måste sjukvårdspersonalen vara lyhörd och kunna kommunicera på patientens villkor för att möjliggöra rätt diagnostik och rätt behandlingsalternativ (Socialstyrelsen, 2022b). I den svenska patientlagen (2014) betonas patientens rätt till delaktighet kring planering och genomförandet av sin egen hälso- och sjukvård vilket i sin tur kräver att kommunikationen fungerar effektivt. Hur patienten förstår hälsoinformation påverkas dels av hälso- och sjukvårdens förmåga att kommunicera och hur hälso- och sjukvården ger information som är lätt för patienterna att förstå. Det finns olika metoder som kan användas såsom förstå mig rätt/teach-back, personcentrerad utbildning och kommunikationsstöd med bilder (Wångdahl et al., 2017).

## **Forskning om hälsolitteracitet**

Hälsolitteracitet är en avgörande faktor för jämlik hälsa, vilket är ett centralt område att ha insikt om för hälsofrämjande arbete. Majoriteten av all forskning inom hälsolitteracitet under 2000 talet utfördes i USA och Kanada fram till 2008 då en europeisk undersökning

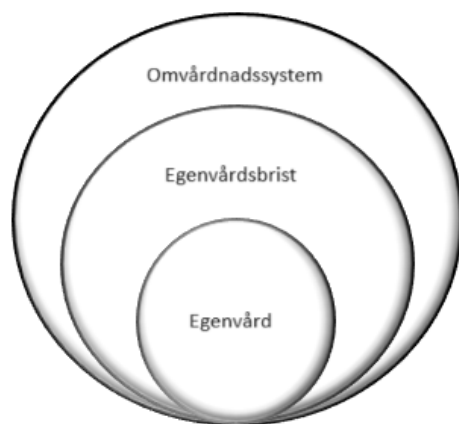
genomfördes för att undersöka hälsolitteracitet hos befolkningen i europeiska länder. Mellan 2004–2019 så publicerades ca 10 000 artiklar om hälsolitteracitet i databasen Scopus varav cirka 10% inom det hälsofrämjande området. Efter 2014 sker en stor ökning av forskningsfält om hälsolitteracitet inom flera områden, främst inom medicinska, omvårdnads och socialvetenskapliga områden (Olander et al., 2020).

Enligt Sorensen et al. (2015) hade en av tio deltagare otillräcklig hälsolitteracitet och nästan en av två hade begränsad hälsolitteracitet. Nivån av hälsolitteracitet skiljer sig också åt mellan olika länder i Europa. En studie av Bergman et al. (2021) visade ett samband mellan begränsad hälsolitteracitet och att vara infödd arabisktalande migrant jämfört med infödda svensktalande invånare. De arabisktalande migranterna hade även mindre internetanvändning och/eller ansåg att internet inte var viktigt eller användbart. Vidare var längre vistelsetid i Sverige associerat med högre nivåer av hälsolitteracitet bland de arabisktalande. I en annan studie gjord i Sverige bland migranter visas att cirka 60 % av dem hade otillräcklig funktionell hälsolitteracitet och 27 % hade otillräcklig komplex hälsolitteracitet. Låg utbildning och/eller att vara född i Somalia förknippades med en ökad risk att ha bristfällig funktionell hälsolitteracitet (Wångdahl et al., 2014).

Vidare beskrev Patel et al. (2021) att intervjuade sjuksköterskor stod inför flera utmaningar när det gällde att ge egenvårdsråd till migranter. Utmaningarna var språkliga och kulturella barriärer, tidsbrist och låg hälsolitteracitet. Det var av vikt att bygga en god relation med patienten för att främja god egenvård. Vissa av patienterna som sjuksköterskan vårdade trodde att sjukdomen var en högre makts vilja, vilket ledde till en passiv inställning till egenvård och en misstro inför hälso- och sjukvården. För att nå dessa patienter anammade sjuksköterskor en personcentrerad vård där de lyssnar på patientens egna berättelser för att lägga grunden för rådgivning avseende egenvård. Enligt Kim och Oh (2020) har den åldrande befolkningen blivit en akut fråga för folkhälsan då deras olika sjukdomar och tillstånd hindrar dem från att nå en fördjupad kunskap inom hälsa, detta påverkar nivån av hälsolitteracitet och minskar därmed förmågan till egenvård.

## Teoretisk referensram

Dorothea Orem (2001) utvecklade egenvårdsteorin vilken grundar sig på att patienten har en egen förmåga och en egen vilja att kunna vårda sig själv. Orem menade att patienten kan utföra sin vård självständigt men med sjuksköterskans rekommendationer som stöd. Teorin delas upp i 3 olika delar: egenvård, egenvårdsbrist samt omvårdnadssystem (Se figur 1).



*Figur 1. Orem's egenvårdsteori*

Med egenvård menar Orem (2001) att patientens egen förmåga att ta hand om sig själv ska stödjas när livssituationen ändras. Egenvård främjar normala funktioner, välbefinnande och hälsa. Orem (2001) beskriver att sjuksköterskan ska göra en bedömning av patientens egenvårdsbehov och egenvårdskrav i förhållande till dennes hälsosituation där egenvårdskrav är ett mått på vilken nivå patienten själv kan tillämpa egenvård. Hon beskriver också en egenvårdsbrist som innebär att patientens kunskap och resurs om sin egensjukdom är begränsad eller obefintlig så kan detta försvåra egenvården och en egenvårdsbrist uppstår, vilket vården kan behöva kompensera för. Detta kan bero på kulturella faktorer men även förmågan att ta till sig ny kunskap.

Omvårdnadssystem omsluter teorin om egenvård samt egenvårdsbrist vilket betyder att sjuksköterskan skapar en vårdprocess där patientens egenvårdsbehov och egenvårdskrav är utgångspunkten. Det är viktigt att som sjuksköterska stödja patienten i sin egenvård och planera egenvården tillsammans med patienten men kan också inkludera närstående. Ett omvårdnadssystem kan skapas för en individ, en familj eller en grupp som har liknande

problem med att utföra egenvård. Det är dock viktigt att sjuksköterskan strävar efter att endast utföra den del av den omvårdnad som patienten själv inte klarar av.

Omvårdnadssystem kan delas upp i tre delar: fullständigt kompenserande system där patienten på grund av olika begränsningar inte kan genomföra sin egenvård och då behöver stöd av sjuksköterskan, delvis kompenserande system handlar om att stödja patienten i de delar som patienten själv inte kan genomföra och då behöver stöd av sjuksköterskan. Det sista systemet handlar om stödjande och pedagogiska system där patienten har förmågan att utföra sin egenvård självständigt men behöver kunskap/undervisning för att utföra ett visst moment.

Orems teori är teoretiskt ramverk i denna studie, men noterbart är att Socialstyrelsen (2022a) beskriver begreppet egenvård på ett annat sätt. Socialstyrelsen skriver om egenvård där en patient kan utföra hälso- och sjukvårdsåtgärder självständigt, med hjälp av en närstående eller vårdpersonal vid enklare skador eller vid vanligare symtom och sjukdomar. Syftet med egenvård är att patienten skall kunna klara dagliga aktiviteter utan intensiva åtgärder från hälso- och sjukvården. Legitimerad personal i hälso- och sjukvården ansvarar för bedömning av egenvärd förmågan hos patienter. De ansvarar för information till patienter och personal som ska utföra egenvård om patienten inte klarar av det själv. Egenvård handlar främst om att främja hälsa men också att motverka sjukdom. Att ha förmågan att utföra egenvård kan öka välmåendet hos patienten men det är viktigt att komma ihåg att förutsättningarna och förmågan att utföra egenvård ser olika ut (Audulv, 2019).

Empowerment (egenmakt) innebär att stärka patientens förmåga att ha kontroll och makt över de personliga, socioekonomiska och miljörelaterade villkor som kan påverka hälsan. Begreppen hälsolitteracitet och empowerment är relaterade till varandra men ska ses som två olika begrepp (Tillgren et al., 2020).

## **Problemformulering**

Hälso- och sjukvården har idag större förväntningar på patientens eget ansvar för sin hälsa än tidigare. Hälsa påverkas av de förutsättningar, förhållanden och situationer som patienten har. Människor i socioekonomiskt utsatt område har en ökad risk för ohälsa. Att stärka patienters hälsolitteracitet ger bättre förutsättningar för att kunna främja egenvård och en större delaktighet i sin vård. Hälsolitteracitet är ett centralt begrepp för hälsa i

dagens samhälle. Tidigare forskning avseende hälsolitteracitet har till stor del bedrivits i USA och Kanada, det är under senare år som forskning bedrivits i Europa och endast ett fåtal svenska studier har identifierats angående sjuksköterskors uppfattning om hälsolitteracitet. Begreppet hälsolitteracitet är inte ett etablerat koncept i primärvården vilket kan innebära att sjuksköterskorna inte tar hänsyn till, eller lägger vikt vid detta, och kan missa viktiga delar av patientens behov och dennes förväntningar på den egna vården. Hälsolitteracitet är en av de viktigaste bestämningsfaktorerna för hälsa i dagens samhälle. Eftersom förmågan och förutsättningarna för patienten varierar i befolkningen varierar också hälsolitteraciteten. Det är därför viktigt att belysa sjuksköterskors uppfattning av hälsolitteracitet hos socioekonomiskt utsatta patienter. Med ökad kunskap och förståelse om vad som påverkar hälsolitteracitet kan patienter bemötas och behandlas bättre och effektivare i kontakten med hälso- och sjukvården och det minskar även skillnaden i förutsättningar för hälsa och levnadsvillkor bland befolkningen.

## **Syfte och frågeställningar**

Syftet är att beskriva sjuksköterskors uppfattning om vad som påverkar hälsolitteracitet hos vuxna socioekonomiskt utsatta patienters inom primärvården.

- Vad uppfattar sjuksköterskor begränsar hälsolitteraciteten för vuxna socioekonomiskt utsatta patienter?
- Vad uppfattar sjuksköterskor främjar hälsolitteraciteten för vuxna socioekonomiskt utsatta patienter?

## **METOD**

### **Design**

Studien genomfördes som en kvalitativ intervjustudie med induktiv ansats. Den kvalitativa metoden har sitt ursprung i en holistisk tradition och avser att studera deltagarnas levda erfarenheter av ett fenomen vilket är relevant för denna studie. Induktiv ansats lägger fokus på informanternas erfarenheter genom berättelser som studeras förutsättningslöst (Henricson & Billhult, 2018).

## Urval

Urvalet bestod av sju sjuksköterskor som arbetar på en vårdcentral i en mellanstor svensk stad. Vårdcentralen var utvald utifrån att den har en hög andel socioekonomiskt utsatta patienter där även ett stort antal av patienterna har en lägre utbildningsnivå och var tredje patient är född utanför EU. Ett bekvämlighetsurval tillämpades för val av deltagare för studien då detta innebar att deltagare valdes ut utifrån deras tillgänglighet och tillgänglighet för författarna. Inklusionskriterierna var att deltagarna hade en fast tjänst som sjuksköterska på vårdcentralen och minst två års yrkeserfarenhet. De skulle också arbeta dagligen med patienter på vårdcentralen. Exklusionskriterierna var sjuksköterskor som arbetade på barnvårdscentral och sjuksköterskor som var anställda via bemanningsföretag. Enhetschef för vårdcentralen där intervjuerna utfördes kontaktades och ett informationsblad (Bilaga 1) samt en samtyckesblankett (Bilaga 2) mejlades. Med grund i inklusions- och exklusionskriterierna gav enhetschefen på vårdcentralen muntligen namn på personer som skulle kunna vara intressanta för studien. Därefter kontaktades dessa personer muntligen för förfrågan och ett godkännande att delta i studien. Alla sjuksköterskor som kontaktades godkände medverkan i studien. Studiedeltagarna som intervjuades erhöll ett informationsbrev (Bilaga 3) och en samtyckesblankett (bilaga 4) skrevs på. Henricson och Billhult (2018) menar att det inte är avgörande hur många deltagare studien innehåller, utan ett urval av heterogen grupp med olika erfarenheter kan ge en bra bild av de fenomen som ska studeras och ökar därför möjligheten till att samla ett innehållsrikt material.

## Datainsamling

För att samla in data till studien genomfördes semistrukturerade intervjuer. Genom att utföra intervjuer gav möjligheten till att förstå deltagarna och fokus låg på det som intervjuerna gav (Danielsson, 2018). En intervjuguide (Bilaga 5) utformades för att belysa sjuksköterskors uppfattning av hälsolitteracitet och det praktiska arbetet utifrån begreppet. Enligt Polit och Beck (2021) kunde en intervjuguide användas för att öka kunskapen om det som ska studeras då samma frågor ställdes till alla deltagare, samt att deltagarna även hade möjlighet att berätta med egna ord om sina erfarenheter. Intervjuerna spelades in via mobiltelefonens röstinspelningsapplikation efter godkännande av deltagaren. Intervjun inleddes med en kort beskrivning av tillvägagångssättet och studiens syfte. För att öka

förståelsen och få fram deltagarnas erfarenheter i berättelserna uppmuntrades sjuksköterskorna till att utveckla de svar som gavs genom öppna följdfrågor för att kunna rikta de svar som ges mot studiens syfte (Polit & Beck, 2021). Intervjuerna ägde rum på ett av vårdcentralens mottagningsrum där båda författarna medverkade vid varje intervju. Intervjuernas längd var mellan 40-60 minuter. Det insamlade materialet förvarades inlåst och oåtkomligt för obehöriga. Efter godkänt arbete och eventuellt publicering kommer materialet att raderas.

## Dataanalys

Materialet analyserades enligt kvalitativ innehållsanalys för att underlätta tolkningen av texten men också för att beskriva innehållet i texten mer djupgående (Danielsson, 2018). Efter att intervjuerna var gjorda transkriberades materialet på en gång, detta i enlighet med rekommendationer i litteraturen för att minska risken för feltolkning (Polit & Beck, 2021). En granskning gjordes av intervjuutskriften för att kontrollera att allt var korrekt. När materialet hade transkriberats lästes materialet igenom flera gånger i sin helhet. Varje intervju fick en kod/siffra för att underlätta analysen av texten. Ur materialet extraherades meningsenheter, korta stycken som svarade upp till studiens syfte. För att korta ner och endast behålla det mest centrala i meningsenheterna kondenserades de stycken som tagits fram för att göra det mer tydligt. Den kondenserade texten kodades och dessa koder jämfördes avseende likheter och olikheter för att kunna frambringa underkategorier som slogs samman till kategorier (Se tabell 1). Genom en innehållsanalys utifrån Granheim och Lundman (2004) förflyttar sig författarna fram och tillbaka genom processen för att inte intressant information ska missas.

*Tabell 1. Exempel från analysarbetet*

<b>Meningsenhet</b>	<b>Kondensering</b>	<b>Kod</b>	<b>Underkategorier</b>	<b>Kategori</b>
---------------------	---------------------	------------	------------------------	-----------------

Det är skillnad mellan olika hälsovård i olika länder och man förväntar sig att det skulle vara på ett annat sätt än hur vi arbetar i Sverige.	Skillnader mellan hälsovård i olika länder, man förväntar sig att det skulle vara på ett annat sätt än hur vi arbetar i Sverige	Kultur	Kulturella skillnader	Kommunikation
Supersvårt, är det mycket folk då hinner man inte hjälpa men har man tid över då försöker man ta in patienten i ett rum och förklara mer ju	Är det mycket folk hinner man inte hjälpa, har man tid över försöker man förklara mer	Tidsbrist	Organisation och samhällets samverkan	Förutsättningar för att främja hälsolitteracitet

## Etiska överväganden

Då studien involverar människor är det viktigt att deltagarna får information om sina rättigheter. Rättigheterna innebär att de människor som är involverade i studien ska få ta del av information gällande syfte, hur materialet hanteras, hur integriteten kommer att upprätthållas och att möjligheten finns, att utan vidare förklaring avbryta sitt deltagande (Codex, 2022; Vetenskapsrådet, u.å). Helsingforsdeklarationen som antogs 1964 och som föreskriver etiska principer kring forskning som rör människor, belyser flera viktiga aspekter som behöver beaktas under studien. Exempelvis har författarna skyldighet att visa respekt för deltagarnas integritet, värdighet och självbestämmande. De etiska principerna som nämns är; individskyddskravet, informationskravet, kravet på informerat samtycke, samt konfidentialitetskravet (World medical association [WMA], 2013). Etisk egengranskning framtagen av Högskolan Dalarnas forskningsetiska nämnd (FEN) har utförts, se bilaga (6). Då studien syftade till att undersöka sjuksköterskors uppfattning av hälsolitteracitet sågs inga etiska problem. Inför denna studie skickades informationsbrev gällande syfte och upplägg till deltagarna. Innan intervjuerna startade informerades deltagarna om att inga specifika patientfall skulle diskuteras. Deltagarna i studien hade



rätt till information om hur personuppgifterna behandlades i enlighet med dataskyddsförordningen. Uppgifter som direkt eller indirekt kopplades till en person var t.ex. namn, e-postadress och ljudinspelningar. I början av intervjun inhämtades samtycke skriftligt och deltagarna informerades om sina rättigheter. Ingen känslig information togs upp under intervjuerna. Det var även viktigt att kontinuerligt reflektera över den maktposition som fanns gentemot deltagarna, att alltid ha ett gott bemötande. Under studiens gång var det viktigt att deltagarna inte utsattes för obehag och frågorna som ställdes utformades med respekt för deltagarnas olikheter. I studien följdes Högskolan Dalarnas regler gällande GDPR. Redovisade data samt personuppgifter förvarades på ett säkert sätt för att värna deltagarnas integritet.

## RESULTAT

Studiens syfte var att beskriva sjuksköterskors uppfattning av vad som påverkar hälsolitteracitet hos vuxna socioekonomiskt utsatta patienters inom primärvården. Analys av intervjuerna resulterade i tre huvudkategorier och sex underkategorier (Se tabell 2).

*Tabell 2. Underkategorier och huvudkategorier*

Underkategorier	Huvudkategorier
Utbildning och kunskap	Individens kompetens och resurser
Stöd från familjen	
Språk	Kommunikation
Kulturella skillnader	
Individanpassad vård	Förutsättningar för att främja hälsolitteracitet
Organisation och samverkan mellan olika aktörer	

### Individens kompetens och resurser

Sjuksköterskor i studien uppfattade att nivån av hälsolitteracitet påverkades av vad patienten hade för kompetens och resurser. Denna huvudkategori omfattar underkategorierna utbildning och kunskap samt stöd från familjen.

## Utbildning och kunskap

Utbildningsnivån uppfattades av sjuksköterskor som en viktig faktor i bedömningen av hälsolitteracitet hos patienter. En högre utbildningsnivå ansågs ha en direkt korrelation till en god hälsolitteracitet och bättre förmåga till egenvård samt bättre hälsa.

Sjuksköterskor uppfattade att låg utbildningsnivå och otillräcklig kunskap hos patienter gjorde det svårt för dem att formulera sina behov och besvär samt svårt att förstå när de skulle söka vård och vart de skulle vända sig för att få hjälp. En av de utmaningar som sjuksköterskorna stötte på i sin vardag var att patienter själva inte kunde skilja på symtom som kräver behandling eller när egenvård skulle tillämpas.

*"Har man inte kunskapen alls, varken vart man ska vända sig för eller hur man ska få hjälp och vad som är farligt och vad som inte är farligt och det tycker jag det har ingenting med etnicitet att göra för mig utan det har med mycket en utbildningsnivå." (Deltagare 1)*

I början av patientbesöket behövde sjuksköterskorna försäkra sig om patientens tidigare kunskap för att kunna lägga besöket på rätt nivå. Patienter kunde besitta goda kunskaper i läs- och skrivförståelse i kombination med en grundläggande utbildning, men uppfattades trots detta ha en bristande hälsolitteracitet. Det påverkade förmågan att kritiskt bedöma den egna hälsan. Sjuksköterskor uppfattade att patienter som hade en högre utbildning och en högre nivå av hälsolitteracitet hade god kunskap om den egna hälsan. Tiden för patientbesöket kunde då användas till det besöket var ämnat till från början.

Specialiserade sjuksköterskor som arbetar med demens, diabetes och inkontinens utgick från att patienter hade en grundläggande kunskap om sin sjukdom eller besvär och hade förmågan att inhämta egen information. Flertalet sjuksköterskor noterade att kunskapen var bristfällig hos patienter med låg hälsolitteracitet och låg utbildning. Patienterna behövde därmed en grundläggande utbildning om sin sjukdom och egenvård innan de var mottagliga för den information som besöket egentligen skulle handla om.

*"Mycket av det som jag ska göra, det handlar om att lära ut, ge patienten kunskap så att han eller hon kan sköta om sin sjukdom och må bra. Väldigt många av mina patienter har ju svårt att tillgodogöra sig sin information."*

*(Deltagare 2)*

Sjuksköterskorna ansåg att patienter med låg hälsolitteracitet hade en bristande kunskap om människokroppen och sjukdomar. Den enskilda individen kunde söka information genom en stor mängd olika källor, exempelvis via Google. Sjuksköterskorna menade att informationen ofta tolkades felaktigt av patienter med låg hälsolitteracitet vilket påverkade patientens förmåga att ta till sig och använda hälsoinformation, framför allt om egenvård.

*“Man är duktig på att googla men uppfattar bara en del av informationen”*

*(Deltagare 1)*

I stort sett alla sjuksköterskor ansåg att okunskap i samband med lägre hälsolitteracitet försvårade för patienten att veta vilken instans som skulle kontaktas, om det var vårdcentralen eller annan instans, exempelvis socialtjänsten. Sjuksköterskorna beskrev vidare att flertalet patienter kontaktade vårdcentralen angående basala orsaker såsom boende och ekonomifrågor vilket hälso- och sjukvården inte kunde bistå i. Detta medförde att tid som kunde ha behövt ägnas åt patienter med hälso- och sjukvårdsproblem, i stället ägnades åt att hänvisa patienter vidare till annan instans. Sjuksköterskor lade märke till att i sådana situationer uppstod ofta en frustration hos patienter då de inte förstod att de sökt stöd via fel instans. Sjuksköterskan försökte förklara för patienten men utan framgång, varvid sjuksköterskan fick hjälpa dem vidare.

### **Stöd från familjen**

Patienter som hade stöd från familjen uppfattades av sjuksköterskor ha bättre förmåga att hantera förändringar i livssituationen och därmed bättre förutsättningar för att öka sin hälsolitteracitet. Sjuksköterskor i studien beskrev olika fysiska, psykiska och sociala händelser som drabbade patienter och hur de orsakade negativa förändringar i livet exempelvis ekonomikriser eller insjuknanden i någon sjukdom. Dessa förändringar uppfattades av sjuksköterskor påverka nivån av hälsolitteracitet negativt. Hos de patienter som sökte hjälp på vårdcentralen ansågs det finnas ett tydligt samband mellan lägre hälsolitteracitet och ensamhet. Dessa patienter kontaktade ofta vårdcentralen för att fråga om råd eller hjälp då de inte hade någon närstående att fråga.

Patienter med låg hälsolitteracitet uppfattades av sjuksköterskor ha en sämre förmåga att förstå hur de skulle kontakta vårdcentralen. Kontaktvägarna till vårdcentralen var

mestadels digitala vilket försvårade för många individer i samhället. Detta såg sjuksköterskorna som en utmaning och berättade att anhöriga på patientens begäran ofta kontaktade vårdcentralen för att möjliggöra kontakt. När minnet sviktade kunde patienten vara i behov av hjälp med påminnelse om bokade tider. Hälsolitteraciteten ökade om patienten hade stöd från familjen. Vid de tillfällen då närstående närvarade under besök på vårdcentral så kunde information återberättas till patienten. Vidare ansåg sjuksköterskor att flertalet patienter tog hjälp av sin familj för att översätta och förklara innehåll i kallelser eller information som skickas hem efter ett besök på vårdcentralen. Detta gjorde att hälsolitteraciteten ökade med stöd från familjen då patienten kunde ta till sig och använda sig av informationen. Patienter som var ensamma och som inte hade någon i sin närhet som kunde ge stöd upplevdes däremot ha en lägre sammantagen hälsolitteracitet och som konsekvens även en sämre förmåga till egenvård.

*“Många har bra kontakt med sin familj, familjen hjälper varandra” (Deltagare 6)*

Många patienter som hade lägre hälsolitteracitet uppfattades av sjuksköterskor ha svårigheter att ta sig till vårdcentralen. Flertalet patienter körde inte bil, åkte ej kommunalt på grund av risk för smittspridning och på grund av dåliga trafikförbindelser med för långa avstånd. Stödet från familjen var därför viktigt för att ha möjlighet att komma till vårdcentralen på bokade besök.

## **Kommunikation**

För att främja god kommunikation mellan patient och sjuksköterska är det viktigt att ha kunskap om vilka faktorer som kan påverka. Språk och kulturella skillnader ansågs kunna påverka nivån av hälsolitteracitet hos patienterna

### **Språk**

Sjuksköterskor ansåg att en god kommunikation mellan patient och sjuksköterskor var nödvändigt för att främja hälsolitteracitet. När sjuksköterska och patient inte talade samma språk eller kunde göra sig förstådd så begränsades kommunikationen. Patienter med en lägre hälsolitteracitet hade svårare att ta till sig informationen som sjuksköterskan förmedlade då översättningarna oftast var begränsade till ett antal olika språk. Patienterna hade också svårt att förstå det material som lämnades ut angående besök, sjukdomar och

allmän information från vårdcentralen. Oavsett modersmål var informationsmaterialet svårt att tyda på grund av att det oftast skrevs på en för avancerad nivå. Sjuksköterskorna uppmärksammade att många patienter som kom till vårdcentralen inte kunde läsa och skriva varför detta var en viktig fråga.

*“då får man akta sig för att lägga ut skriftligt material för det kan bli väldigt kränkande. och sen är det ju så att många patienterna kanske är läskunniga, men inte med det språk och det alfabetet som jag har mesta informationsmaterialet”*

*(Deltagare 2)*

Patienter som inte hade förmågan att läsa och skriva på sitt eget hemspråk hade ofta en begränsad förmåga att tolka information från vårdcentralen. Patienterna uteblev därmed från sina besök på vårdcentralen och tog inte sina rekommenderade behandlingar.

I arbetslaget på vårdcentralen arbetade många med olika kulturella bakgrunder och som pratade olika språk. Detta upplevdes som en stor tillgång då personalen kunde hjälpa varandra att tolka vid telefonsamtal eller fysiska besök på vårdcentralen. När sjuksköterskor och patienter pratade olika språk användes oftast en auktoriserad tolk i samtalet för att kunna kommunicera med varandra. Sjuksköterskor upplevde utmaningar när auktoriserad tolk användes. Samtalen tog längre tid, upplevdes röriga och saknade flyt. Vissa tolkar som användes hade inte heller vårdkunskaper i den utsträckning som ibland behövdes.

*“Och alltså när man jobbar med tolk då tar samtalen en alltså de får ett annat innehåll och det blir mindre flyt i dom för du måste lära dig prata i en slags stycken som är möjliga att tolka” (Deltagare 5)*

Alla sjuksköterskor berättade att när det fanns egna tolkar på vårdcentralen så förbättrades kommunikationen mellan sjuksköterska och patient. Det var lättare att kommunicera när tolken fanns i samma rum och att tolken kände till hur arbetet på vårdcentralen fungerade. Kroppsspråket och mimiken var också betydelsefullt för en god kommunikation i mötet med patienten. Sjuksköterskorna ansåg också att patienternas anhöriga kunde vara ett stöd och tolka åt dem. Sjuksköterskan kunde ibland uppleva att patienten hade en god förmåga att förstå språket och avstod därmed från att använda auktoriserad tolk i mötet med patienten. Under besöket insåg sjuksköterskan dock att det

ändå fanns en viss språkförbistring varvid de upplevde att patienten inte tog till sig informationen.

### **Kulturella skillnader**

Sjuksköterskorna beskrev många olika situationer där de kulturella skillnaderna utgör svårigheter i att erbjuda den vård som patienterna behövde. Vissa patienter saknade grundläggande kunskaper om kroppen och sjukdomar beroende på kultur och vilket land de härstammade ifrån. Det var svårt att förklara för patienterna utifrån ett sjuksköterskeperspektiv att vården såg annorlunda ut i Sverige då sjukvårdssystemet var uppbyggt på andra sätt än i andra kulturer. Låg hälsolitteracitet och kulturella skillnader hos patienter gjorde det svårt att förstå hur arbetet på vårdcentralen såg ut. Många patienter kontaktade vårdcentralen för lindriga symtom och önskade bedömning och behandling av läkare. Patienterna hade ofta svårt att acceptera egenvårdsråd eller bedömning av någon annan profession, då de hade vanan från sitt hemland att få en första bedömning av läkare.

*“Skillnader på vård mellan olika länder, man förväntar sig att det ska vara på ett annat sätt än hur det är i Sverige” (Informant 3)*

Sjuksköterskor uppfattade även att kommunikationen kunde begränsas av de kulturella skillnader som fanns mellan sjuksköterskor och patienter. Det var svårare för patienter med lägre hälsolitteracitet att ta till sig sjuksköterskans råd då de inte hade förmågan att förstå de kulturella skillnaderna. Den egna okunskapen i arbetsgruppen om de olika kulturerna i världen behövde också belysas och förbättras enligt sjuksköterskorna. Om sjuksköterskors kunskap ökade om olika kulturer kunde de hjälpa patienterna att öka sin hälsolitteracitet. I intervjuerna pratade sjuksköterskorna även mycket om svårigheter att hjälpa patienten om sjuksköterskan hade ett bristfälligt engagemang samt en mindre förståelse för kulturella skillnader. En viktig faktor som underlättade kommunikationen var när patienterna hade en förståelse för kulturskillnaderna. Kulturkrockarna som kunde uppstå på grund av kulturella skillnader upplevdes också minska när det fanns mångfald i arbetslagen.

*“Mångfalden inom vårdcentralen är vår styrka” (Deltagare 1)*

## Förutsättningar för att främja hälsolitteracitet

Sjuksköterskor i studien beskrev flera förutsättningar för att främja hälsolitteracitet hos patienter. Dessa var individanpassad vård samt organisation och samhällets samverkan.

### Individanpassad vård

Sjuksköterskor i studien ansåg att individanpassad vård var en viktig förutsättning för att främja hälsolitteracitet hos patienter. För att sjuksköterskor skulle kunna göra detta var det viktigt i mötet med patienten att bedöma individens tidigare kunskap och vilken nivå av hälsolitteracitet patienten befann sig på. Tidigare har hälso- och sjukvården arbetat utifrån vårdcentralens behov av att ge information till patienter. Detta övergick till god och nära vård vilket upplevdes mer individanpassat och som i sin tur var betydelsefullt för patienter med en lägre hälsolitteracitet. Utifrån patientens behov och förmågor behövde varje samtal i telefonen eller besök individanpassas för att sjuksköterskan skulle kunna hjälpa patienten med de problem som de sökte för.

*“Det är liksom ett slags paradigmskifte där man går från patienten som ett slags föremål till en aktör, men inte alla har bytt den synvinkeln än, men det tror jag är viktigt. Det är ju det som gör jobbet roligt också när man liksom försöker att förstå eller lära känna en människa på individnivå” (Deltagare 2)*

Det framkom många olika förslag av sjuksköterskorna hur detta skulle göras.

Sjuksköterskorna behövde möta patienten där de är och uppmuntra patienten till empowerment. Betydelsefullt var även att sjuksköterskan bedömde patientens nivå av hälsolitteracitet och att de verktyg som sjuksköterskorna använde i arbetet med patienterna anpassades utifrån patientens egna behov och förutsättningar.

Alla sjuksköterskor ansåg att tidsbrist var en utmaning i kontakten med patienten. Det upplevdes ofta att tiden inte räckte till för att ge patienten den information som kunde stärka deras hälsolitteracitet och därmed öka deras delaktighet i vården. Samtalet mellan patient och sjuksköterska tog tid och att ge vård upplevdes stressigt och tidskrävande. Detta berodde på att sjuksköterskan behövde förklara mer grundligt utifrån en lägre nivå än de var vana vid på grund av patientens låga hälsolitteracitet. Patienter med låg hälsolitteracitet hade sämre grundläggande kunskaper och det tog tid att förklara och

utbilda i dennes egna sjukdomar. Informationen behövde ges på ett tydligt sätt, behövde delas upp och ges lite i taget med upprepning. Det kunde krävas flera besök innan patienten hade fått all information som denne behövde för att öka sin hälsolitteracitet.

### **Organisation och samverkan mellan olika aktörer**

Sjuksköterskor uppfattning var att det krävdes stöd av organisationen för att förbättra hälsolitteracitet hos patienter. Om personaltätheten ökade fanns det mer tid och fler möjligheter för sjuksköterskor att ansvara för en egen andel patienter och främja arbetet med att öka hälsolitteracitet hos dessa. En viktig förutsättning för att främja hälsolitteracitet var kontinuitet i vårdmötet. När patienten fick träffa samma sjuksköterska vid flera tillfällen sparades det mycket tid, vilket gjorde att sjuksköterskan inte behövde läsa i journalen inför varje besök. Vården utgick då från tidigare besök och sjuksköterskan fick en god patientkännedom och behövde inte börja om från början vid varje besök. För att möjliggöra detta belyste flertalet av sjuksköterskorna vikten av att ha en fast vårdkontakt speciellt för patienter som hade låg hälsolitteracitet.

*“Kontinuitet, det är liksom organisationens verkliga svaghet, att man inte kan erbjuda det.” (Deltagare 3)*

Otillräcklig sjuksköterskebemanning uppfattades minska telefontillgängligheten vilket resulterade i att patienterna kom till vårdcentralen och sökte hjälp i receptionen. Sjuksköterskor beskrev att ett patientbesök på vårdcentralen var oftast 30 min. Om patienten hade låg hälsolitteracitet och en låg förmåga att förstå den egna hälsan så räckte tiden inte till. Sjuksköterskan kunde då inte tillgodose patientens behov och förväntningar.

Tidsbristen gjorde det svårt för sjuksköterskor att nå patienter i mötet vilket skapade missnöje, missförstånd och minskade patienten delaktighet i sin egenvård.

*“Är det mycket folk hinner man inte hjälpa, har man tid över så försöker man ta in patienten och förklara mer” (Deltagare 6)*

Sjuksköterskor önskade mer utbildning om olika kulturer och hälsolitteracitet för att öka kompetensen hos personal inom hälso- och sjukvården. Alla sjuksköterskor poängterade även vikten av att ha egna tolkar tillgängliga på vårdcentralen för en bättre



kommunikation med patienten. I dagsläge ges muntlig information under patientbesöken som inte finns tillgänglig skriftligt för alla patienter. Sjuksköterskorna önskade därför broschyrer gällande egenvård på olika språk för att förbättra hälsolitteraciteten hos flertalet patienter.

*“Jag tycker att vi skulle kunna ha informationsblad på olika språk för att lättare kunna nå fram, kanske en informationsbok om sjukdomar” (Deltagare 4)*

Att öka patienternas hälsolitteracitet ansågs vara ett stort arbete. Det framkom under intervjuerna att det inte bara var inom vårdcentralen som detta arbete behövde utföras. För att främja hälsolitteracitet krävdes en samverkan mellan olika aktörer, till exempel mellan arbetsgivaren, socialtjänsten och skolan.

Sjuksköterskor ansåg att det i dagens samhälle med många olika grupperingar finns en utmaning med att främja hälsolitteracitet för att uppnå jämlik hälsa. För att uppnå detta behövdes adekvat och lättillgänglig information till patienter från de olika aktörerna i samhället. Samverkan mellan olika aktörer ansågs av sjuksköterskor vara nödvändigt för att stärka patientens egen förmåga att ta hand om sin hälsa. I studien lyfts olika projekt fram där personal på vårdcentralen tillsammans med socialsekreterarna, polis och brandkår informerade invånare i samhället om deras insatser och kunde då även svara på frågor.

*“Förr då hade vi någonting i ett hus här uppe, där fick de gå och så fick de träffa, då var sjuksköterskor där och så var det från soc där och det var jättebra faktiskt och då framför allt kvinnor som kom då med sina barn.” (Deltagare 5)*

## **DISKUSSION**

### **Resultatdiskussion**

#### **Individens kompetens och resurser**

I resultatet framkom att sjuksköterskor observerade ett samband mellan hälsolitteracitet och patientens utbildning och kunskap. Låg utbildning och en otillräcklig kunskap ökade risken för att ha låg hälsolitteracitet och begränsade patientens förmåga att förmedla sina behov och besvär. Det gjorde också att de inte visste när de skulle söka vård eller vart de skulle vända sig för att få hjälp. För att hitta, värdera och använda hälsoinformation från

olika kommunikationsformer krävdes det en viss nivå av hälsolitteracitet. När patienter med låg hälsolitteracitet sökte hälsoinformation själva på nätet eller via andra källor så hade de en ökad risk för att missförstå tillgänglig information. Wångdahl et al. (2014) beskriver att låg utbildningsnivå ökar risken för lägre hälsolitteracitet och tidigare studier beskriver ett samband mellan patientens hälsolitteracitet och egen kunskap om sjukdomar och hälsan. Patienter som inte kan tolka hälsoinformation på rätt sätt har en ökad risk för ohälsa, feldiagnostisering samt onödiga vårdbesök. Detta leder till negativa konsekvenser för patienten och samhället vilket i sin tur ökar kostnaden för hälso- och sjukvården (Mårtensson & Hensing, 2011; Nutbeam, 2000; Wångdahl et. al., 2017).

Sjuksköterskor i studien ansåg även att patienter med låg hälsolitteracitet hade en begränsad förmåga att förstå och kritiskt bedöma den egna hälsan vilket begränsade förutsättningar för egenvård. Individens egen kompetens och resurser utgjorde grunden för vilken nivå av hälsolitteracitet patienten hade sen tidigare. Sett ur ett mikroperspektiv var patientens egen förmåga till egenvård byggd på patientens tidigare utbildning, kunskap men även det stöd som patienten hade omkring sig. Sjuksköterskor i studien pratade om vikten av familj och närstående för att öka patientens hälsolitteracitet. Familjen var viktig framför allt för att stötta patienten men också för att hjälpa patienten framåt. Tidigare studie framhåller att familjen är viktig i patientvården, sjuksköterskor med vidareutbildning eller längre erfarenhet inom vården har en ökad tendens att inkludera familjen och närstående i patientens vårdprocess (Østergaard et al., 2020). Enligt svensk sjuksköterskeförening (2021) ska sjuksköterska främja hälsa och förebygga sjukdomar genom utbildning och information till patienter och närstående och med detta stärka patientens förmågor till egenvård. Orem (2001) beskrev i sin teori att otillräcklig kunskap hos patienten om sin hälsa och sjukdom kan minska förmågan att utföra egenvård. Därför är det viktigt att sjuksköterskan gör en bedömning av patientens egenvårdsbehov. Om patientens kunskap är begränsad finns risk för en egenvårdsbrist. Sjuksköterskan måste då skapa ett omvårdnadssystem där även anhöriga och närstående inkluderas. Vidare beskriver Kim och Oh (2020) vikten av att förstå den äldre patientens hälsolitteracitet och hälsokunskap inom hälso- och sjukvården för att kunna hjälpa patienten att tillämpa egenvård i vardagen.

## **Kommunikation**

Sjuksköterskorna framförde att språkbarriärer var en utmaning i kommunikationen med patienter. De ansåg att god kommunikationen mellan sjuksköterskor och patienter utgjorde grunden för informationsutbyte. En begränsad hälsolitteracitet kunde leda till bristande kommunikation och därmed minskades patientens delaktighet och deras förmåga till egenvård. För att främja patientens hälsolitteracitet och öka deras förståelse för hälsoinformation önskade sjuksköterskor att komplettera den muntliga informationen med tydlig och enkel skriftlig information och gärna på patienternas hemspråk. För att öka patientens delaktighet och säkerhet i vården så krävs det en god kommunikation med vårdpersonal (SKL, 2011). Sjuksköterskan ska ha en säker kommunikation och informationsutbyte med patienten och närstående för att stärka patientens delaktighet i vården. Sjuksköterskan ska vara lyhörd i kommunikation med patienter, lyssna med empati och visa respekt samt ska kunna utifrån patientens förmågor och behov ge anpassad information om egenvård (Svensk sjuksköterskeförening, 2023). Patientlagen (2014) betonar patientens rätt att vara delaktig i sin vård. Detta innebär att patienten medverkar i planering, bedömning och behandling i hälso- och sjukvården. Låg hälsolitteracitet hindrar patientens delaktighet i den egna vården och därmed möjligheten att påverka sina val av behandling, rehabilitering och uppföljning menar Tillgren et al. (2020).

I studien framkom att kulturella skillnader påverkade nivån av patientens hälsolitteracitet. Kunskap om kroppen och sjukdomar kunde se olika ut och sjukvårdssystemen var utformade på olika sätt beroende på vilket land patienten kom ifrån. För en god kommunikation behövde både sjuksköterska och patienten ha god kunskap om de kulturella skillnaderna. Mångkulturell arbetsgrupp var en styrka som påvisades i studien. Detta underlättade för att nå fram till patienterna samt minska risken för missförstånd och den kulturkrock som kunde uppstå på grund av de kulturella skillnaderna. Patienter har en ökad risk för att ha en bristfällig hälsolitteracitet och begränsad förmåga till egenvård beroende på kultur och språkbarriärer (Patel et al., 2021 & Wångdahl et al., 2014). Kulturella faktorer kan påverka patientens förmåga till egenvård och vården kan då behöva kompensera för den egenvårdsbrist som uppstår (Orem, 2001). Sjuksköterskan ska utföra omvårdnad med ökad medvetenhet om sociokulturella omgivningar och dess påverkan på hälsan (Svensk sjuksköterskeförening, 2023). För att öka kvalitén i sjukvården beskriver Kaihlanen et al. (2019) att utbildning av vårdpersonal om sina egna

kulturella drag är nyttigt för att öka medvetenheten som i sin tur kan underlätta kommunikation mellan vårdpersonal och patient.

### **Förutsättningar för att främja hälsolitteracitet**

För att främja hälsolitteracitet behövde sjuksköterskorna anpassa vård och information utifrån patientens nivå av hälsolitteracitet. Vården behövde utgå ifrån individens behov och förutsättningar. Sjuksköterskor ansåg att genom att främja hälsolitteracitet stärktes patientens förmågor till egenvård och empowerment. Tillgren et al. (2020) beskriver empowerment som förmågan att ha makt över personliga och socioekonomiska villkor som påverkar hälsan.

Enligt Wängdahl et al. (2017) ska sjuksköterskan utgå från patientens grad av hälsolitteracitet för att möjliggöra en mer personcentrerad vård. Sjuksköterskan ska stödja patienten utifrån dennes förmåga att ta hand om sig själv. Det är viktigt att sjuksköterskan stödjer patienten i sin egenvård och skapar en vårdprocess utifrån patientens egenvårdsbehov och egenvårdskrav. Sjuksköterskan hjälper patienten att utföra den del av omvårdnad som patienten inte klarar av själv och skapar ett omvårdnadssystem utifrån patientens behov. Vilken del av omvårdnadssystemet som utförs beror på vad som behövs för att främja patientens normala funktioner, välbefinnande och hälsa (Orem, 2001). Att arbeta personcentrerat innebär ett partnerskap mellan patient, närstående och hälso- och sjukvården. Det är lika viktigt att lyssna på patientens egna berättelser som att utföra olika undersökningar. Med sjuksköterskans professionella kunskaper "finns" makt men också ett ansvar, detta behövde balanseras mot patientens rätt till autonomi och integritet. Att arbeta personcentrerat förutsätter ett ömsesidigt förtroende, det behöver finnas en medvetenhet om att relationen är asymmetrisk men att patienten kan ses som en medmänniska med behov och förmågor. Genom att arbeta mer personcentrerat används samhällets resurser mer effektivt (Centrum för personcentrerad vård [GPCC], 2023). Med omställning till god och nära vård ska vårdpersonal arbeta mer effektivt och individanpassat (Socialstyrelsen, 2023b). Sjuksköterskan ska planera och genomföra omvårdnad utifrån patientens egna resurser, förutsättningar och behov med medvetenhet att förutsättningarna för att utföra egenvård kan se olika ut (Auduluv, 2019 & Svensk sjuksköterskeförening, 2021). Vidare menar även Patel et al. (2021) att sjuksköterskan behöver lyssna på patientens egna berättelser för att kunna lägga grunden för egenvård.

Det framkom i studien att tidsbrist var en utmaning för att främja hälsolitteracitet. Att ge vård till patienter med låg hälsolitteracitet var stressigt och tidskrävande. Sjuksköterskor behövde mer tid för att ge individanpassad och adekvat information. Tidsbrist gjorde att sjuksköterskan inte kunde tillgodose patientens behov och förväntningar vilket begränsade patientens delaktighet i sin egen vård. I studien gjord av Kim och Oh (2020) framkom att tidsbrist kunde påverka möjligheterna att skapa en relation mellan sjuksköterska och patient och att patienter med en lägre hälsolitteracitet behövde mer tid för att främja en god kommunikation. Ball et al. (2013) fann att när sjuksköterskan upplevde stress på grund av tidsbrist, hade för många patienter samt när det uppstod personalbrist lämnades flertalet viktiga arbetsuppgifter ogjorda. Det kunde handla om uppgifter såsom utbildning av patienter, omsorg av patienter och uppdatering av vårdplaner. Dessa författare menar att när arbetsuppgifter lämnas ogjorda ökar risken för att patientsäkerheten minskar.

En viktig förutsättning för att främja hälsolitteracitet var kontinuitet i vårdmötet. Sjuksköterskor i studien påtalade att en fast vårdkontakt på vårdcentralen var viktig för att spara tid och främja patientens hälsolitteracitet. När patienten fick träffa samma sjuksköterska vid flera tillfällen sparades det mycket tid, det blev enklare att bygga relationer och sjuksköterskan behövde inte börja om från början vid varje besök. Med omställning till god och nära vård så prioriteras kontinuitet och fasta vårdkontakter för att hälso- och sjukvården ska bli mer personcentrerad och hälsofrämjande (Socialstyrelsen, 2023b).

För att främja hälsolitteracitet önskade sjuksköterskor i studien att vårdcentralen som organisation tog ansvar och gav förutsättningar för dem att kunna utföra god vård. Sjuksköterskorna önskade information och utbildningsmaterial på flera språk än det fanns tillgängligt. Detta för att öka patientens hälsolitteracitet genom att hjälpa patienten förstå hälsoinformation. I tidigare studier framkom att det färdigställda informationsmaterialet som kan lämnas till patienter inte är anpassat för patienter med låg hälsolitteracitet. För att få patienter med lägre hälsolitteracitet att förstå kan olika metoder användas såsom förstå mig rätt/teach-back, personcentrerad utbildning och kommunikationsstöd med bilder (Kim & Oh, 2020; Wångdahl et al., 2017). Ett av de nationella folkhälsomålen är att skapa förutsättningar för god och jämlik hälsa för hela befolkningen (Kunskapsguiden, 2022). Patientens förmåga att använda hälsoinformation kan påverkas av hälso- och sjukvårdens förmåga att ge individanpassad information. Hälso- och sjukvårdsorganisationer som har

en god förmåga att kommunicera och som ger omfattande och enkel hälsoinformation har en ökad förutsättning för att nå jämlik hälsa hävdar Wångdahl et al. (2017).

Sjuksköterskor i studien betonade att det krävdes ett gott samarbetet mellan olika aktörer för att främja hälsolitteracitet hos patienter. Det behövdes mycket information till patienter från olika instanser i samhället för att stärka patientens egen förmåga att ta hand om sin hälsa. Enligt Rowlands et al. (2018) behövs utveckling av politiska mål och aktivitet i alla samhällsområden för att främja folkhälsa.

## **Metoddiskussion**

Denna studie utgick från en kvalitativ intervjumetod vilket var relevant för studiens syfte att beskriva deltagarnas erfarenheter. Ett strategiskt urval planerades för sjuksköterskor som arbetade på en vårdcentral i Sverige men ändrades till ett bekvämlighetsurval på grund av deltagarnas och författarnas tidsbrist. I studien var det därmed endast sju sjuksköterskor som uppfyllde kriterierna och deltog i studien samt att intervjuerna endast utfördes på en vårdcentral, vilket gjorde att urvalet blev mer av ett bekvämlighetsurval. Trots detta så var det sju intervjuer med erfarna sjuksköterskor som jobbade på olika mottagningar vilket var betydelsefullt för trovärdigheten och gav en bra bild av valt ämne och svarade på syftet. Henricson och Billhult (2018) menar att det inte är avgörande hur många deltagare studien innehåller, utan ett urval av en heterogen grupp med olika erfarenheter kan ge en bra bild av de fenomen som ska studeras och ökar därför möjligheten till att samla ett innehållsrikt material. Deltagarna i studien bestod av endast kvinnor, detta på grund av att verksamheten till största delen bestod av kvinnlig personal vilket avspeglade yrket generellt. Enligt statistik från Socialstyrelsen (2023a) framkommer det att andelen kvinnor som till och med år 2022 legitimerades till sjuksköterska var 90 procent.

Studiens tillförlitlighet definieras av hur sanningsenlig studien är (Kristensson, 2014). En induktiv kvalitativ intervjustudie valdes som datainsamlingsmetod i denna studie och under intervjuerna användes en semistrukturerad intervjuguide för att samla in data, följdfrågor ställdes för att öka förståelse och uppmuntra sjuksköterskorna att berätta mer om deras erfarenheter. En intervjuguide med väl utformade frågor utifrån syftet och frågeställningar gjorde att studien blev tillförlitlig och undersökte det som var tänkt att undersökas. Intervjuerna utfördes i ett konferensrum på vårdcentralen där

sjuksköterskorna arbetade för att underlätta för deltagarna och även för att situationen skulle bli så avslappnad som möjligt. Kristensson (2014) menar att en intervju inte är jämlik, det finns ett övertag hos den som utför intervjuerna vilket måste tas i beaktande. Platsen där intervjuerna utförs bör ske på en lugn och avskild plats samt bestämmas av deltagarna. Författarna till studien hade aldrig tidigare utfört intervjuer, på grund av studiens tidsbegränsning och deltagarnas arbetsschema genomfördes intervjuerna utan paus mellan deltagarna vilket medförde begränsad tid för reflektion över intervjutekniken. Kristensson (2014) beskriver intervjuer som en färdighet som kommer med övning, målet bör vara en intervju per dag för att få möjlighet till reflektion och intervjutekniken blir bättre ju fler intervjuer som utförs.

Båda författarna var närvarande fysiskt vid intervjuerna för att få så mycket information som möjligt samt minska risken för personlig påverkan av resultatet då en av författarna arbetar på samma vårdcentral och har en personlig kontakt med deltagarna.

Ljudupptagningen som spelades in lyssnades på flera gånger för att inte missa något väsentligt från intervjuerna. Intervjuerna analyserades på varsitt håll innan resultatet stämades av för att se om resultatet blev samma och därmed öka studiens tillförlitlighet. En kvalitativ innehållsanalys enligt Graneheim och Lundman (2004) gjordes för att analysera materialet. En utmaning var att inte färgas av den egna förförståelsen under analysprocessen. Under analysarbetet diskuterades resultatet med handledare och andra studenter för att få ytterligare en synvinkel på analysen vilket ökar trovärdigheten.

En nackdel med kvalitativa studier är att det är svårt att sprida resultatet vidare då det är kopplat till det specifika sammanhang där den utfördes. I denna studie genomfördes endast sju intervjuer vilket gör att det blir svårt att applicera resultatet till andra sammanhang men vi tror ändå att resultatet kan ge vägledning och stöd i utmaningar och strategier som påverkar hälsolitteracitet hos utsatta patienter inom jämförbara miljöer.

## **Konklusion/slutsats**

Sjuksköterornas uppfattning var att hälsolitteracitet påverkades av individens egen kompetens och resurser såsom utbildning och stöd av familjen. Språkbarriärer och kulturella skillnader uppfattades av sjuksköterskor som utmatningar i kommunikation med patienter. En låg nivå av hälsolitteracitet hos patienter begränsade deras förmåga att förstå och använda hälsoinformation vilket försvårade för sjuksköterskan att tillgodose deras

behov. Nivån av hälsolitteracitet påverkade patientens förutsättningar till delaktighet i vården samt förmågan till egenvård. Sjuksköterskor ansåg att individanpassad vård utifrån individens behov och förutsättningar, organisationens stöd till sjuksköterskor med mer tid och verktyg samt samverkan mellan olika aktörer i samhället var förutsättningar för att främja hälsolitteracitet hos socioekonomiska utsatta patienter.

## **Klinisk betydelse för samhället**

Denna studie kan ge underlag för vårdgivare samt arbetsgivare inom hälso- och sjukvården att tydliggöra sjuksköterskans arbete och utmaningar utifrån den varierande hälsolitteraciteten hos befolkningen. Detta kan i sin tur underlätta för sjuksköterskor att stödja patientens egenvård och skapa förutsättningar för att arbeta hälsofrämjande. På det sättet blir sjuksköterskor mer effektiva i att ställa om till god och nära vård som är högst aktuellt inom vården och samhället.

## **Förslag till vidare forskning**

I denna studie har vi undersökt vad sjuksköterskor uppfattar påverkar hälsolitteracitet hos socioekonomiskt utsatta patienter utifrån sjuksköterskors erfarenheter. Det vore intressant att vidare undersöka detta utifrån patienternas perspektiv och deras upplevelse av hälsolitteracitet.



## REFERENSER

- Audulv, Å. (2019). Egenvård. I F. Fridberg & J. Öhlén (Red.), *Omvårdnadens grunder perspektiv och förhållningssätt* (s. 681-705). Studentlitteratur.
- Ball, J.E., Murrells, T., Rafferty, A.M., Morrow, K.E., & Griffiths, P. (2013). 'Care Left Undone' during nursing shifts: Associations with workload and perceived quality of care. *BMJ Quality & Safety*, 23, 116-125.
- Bergman, L., Nilsson, U., Dahlberg, K., Jaensson, M., & Wångdahl, J. (2021). Health literacy and e-health literacy among arabic-speaking migrants in sweden: A cross-sectional study. *BMC Public Health*, 21(1).  
<https://doi.org/10.1186/s12889-021-12187-5>
- Berkman, N.D., Sheridan, S.L., Donahue, K.E., Halpern, D.J & Crotty, K. (2011). Low health literacy and health outcomes: an updated systematic review. *Annals of internal medicine*, 155(2), 97–107
- Centrum för personcentrerad vård [GPCC]. (4 Juli 2023). *Om personcentrerad vård*.  
<https://www.gu.se/gpcc/om-personcentrerad-vard>
- Codex, regler och riktlinjer för forskning. (2 mars 2022). *Regler och riktlinjer för forskning*. <https://www.codex.uu.se/forskarens-etik/>
- Danielsson, E. (2018). Kvalitativ forskningsintervju. I M, Henricson. (red.) (2017). *Vetenskaplig teori och metod: från idé till examination inom omvårdnad* (s. 143-154). Studentlitteratur.
- Folkhälsomyndigheten. (2022a). *Folkhälsans utvecklingsrapport- årsrapport 2022*  
<https://www.folkhalsomyndigheten.se/contentassets/c8374b60c7174b2592ba7f76f52c3165/folkhalsans-utveckling-arsrapport-2022.pdf>

- Folkhälsomyndigheten. (2022b). Nationella folkhälsomål och målområden  
<https://www.folkhalsomyndigheten.se/en-god-och-jamlik-halsa-pa-alla-nivaer/tema-folkhalsa/vad-styr-folkhalsopolitiken/nationella-mal-och-malomraden/>
- Graneheim, U. H., & Lundman, B. (2004). Qualitative content analysis in nursing research: concepts, procedures and measures to achieve trustworthiness. *Nurse education today*, 24(2), 105–112.  
<https://doi.org/10.1016/j.nedt.2003.10.001>
- Henricsson, M., & Billhult, A. (2018). Kvalitativ metod. I Henricson, M. (red.) (2017). *Vetenskaplig teori och metod: från idé till examination inom omvårdnad* (s. 111–120). Studentlitteratur.
- Hälsolitteracitet. (6 Mars 2023). *Hälsolitteracitet*. <http://www.halsolitteracitet.se/>
- Kaihlanen, A.M., Heitapakka, L., & Heponiemi, T. (2019). Increasing cultural awareness: qualitative study of nurse's perception about cultural competence training. *BMC nursing*, 18, 38. <https://doi.org/10.1186/s12912-019-0363-x>
- Kim, M. Y., & Oh, S. (2020). Nurses' Perspectives on Health Education and Health Literacy of Older Patients. *International journal of environmental research and public health*, 17(18), 6455. <https://doi.org/10.3390/ijerph17186455>
- Kristensson, J. (2014). Handbok i uppsatsskrivande och forskningsmetodik för studenter inom hälso- och vårdvetenskap. Stockholm: Natur & Kultur.
- Kunskapsguiden. (10 oktober 2022). *God och nära vård*.  
<https://kunskapsguiden.se/omraden-och-teman/god-och-nara-varld/god-och-nara-varld/om-god-och-nara-varld/>
- Mårtensson, L., & Hensing, G. (2011). Hälsolitteracitet grundbult i patientmötet. *Läkartidningen*, (108), 51-52.

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>

Nätverket hälsofrämjande hälso-och sjukvård. (2014). *Hälsolitteracitet*. <http://www.hfsnatverket.se/sv/halsolitteracitet>

Olander, E., Ringsberg, K. C., & Tillgren, P. (2020). Health literacy- ett dynamiskt begrepp. I Ringsberg, Olander & Tillgren. (Red). *Health Literacy: Teori och praktik i hälsofrämjande arbete* (2 uppl., s. 51–73). Studentlitteratur

Oliver, J.S., Anderson, B.T., Crowley, R.V., Sujitha Peramsetty, G., & Payne-Foster, P. (2023). Provider's perspectives on patient health literacy in the rural deep south. *Online journal of rural nursing and healthcare*. 23(2), 186–209. <https://doi-org.www.bibproxy.du.se/10.14574/ojrnhc.v23i2.756>

Orem, D.E. (2001). *Nursing: concepts of practice*. (6. uppl.). Mosby.

Patel, H., Szkinc-Olsson, G., & Lennartsson Al Liddawi, M. (2021). A qualitative study of nurses' experiences of self-care counseling in migrant patients with heart failure. *International journal of nursing sciences*, 8(3), 279–288. <https://doi.org/10.1016/j.ijnss.2021.05.004>

*Patientlagen* (SFS 2014:821). Riksdagen. [https://www.riksdagen.se/sv/dokument-lagar/dokument/svenskforfattningssamling/patientlag-2014821\\_sfs-2014-821](https://www.riksdagen.se/sv/dokument-lagar/dokument/svenskforfattningssamling/patientlag-2014821_sfs-2014-821)

Polisen. (u.å). *Utsatta områden - polisens arbete*. <https://polisen.se/om-polisen/polisens-arbete/utsatta-omraden/> (Hämtad 2023-01-08)

- Polit, D.F. & Beck, C.T. (2021). *Nursing research: generating and assessing evidence for nursing practice*. Wolters Kluwer.
- Rowlands, G., Russel, S., O'Donnell, A., Kaner, E., Trezona, A., Rademakers, J. & Nutbeam, D. (2018). *What is the evidence on existing policies and linked activities and their effectiveness for improving health literacy at national, regional and organizational levels in the WHO European region* (Health evidence network (HEN) synthesis report 57). Copenhagen
- Sørensen, K., Pelikan, J. M., Röthlin, F., Ganahl, K., Slonska, Z., Doyle, G., Fullam, J., Kondilis, B., Agraftotis, D., Uiters, E., Falcon, M., Mensing, M., Tchamov, K., van den Broucke, S., Brand, H., & HLS-EU Consortium (2015). Health literacy in Europe: comparative results of the European health literacy survey (HLS-EU). *European journal of public health*, 25(6), 1053–1058.  
<https://doi.org/10.1093/eurpub/ckv043>
- Socialstyrelsen.(15 september 2022a). *Egenvård-samtal stöd för patientsäkerhet*.  
<https://patientsakerhet.socialstyrelsen.se/risker-och-varuskador/riskomraden/egenvard/>
- Socialstyrelsen. (15 september 2022b). *Kommunikation och informationsöverföring*.  
<https://patientsakerhet.socialstyrelsen.se/risker-och-varuskador/riskomraden/kommunikation-och-informationsoverforing/>
- Socialstyrelsen. (2023a). *Statistik om legitimerad hälso- och sjukvårdspersonal 2022 samt arbetsmarknadsstatus 2021*.  
<https://www.socialstyrelsen.se/globalassets/sharepoint-dokument/artikelkatalog/statistik/2023-9-8743.pdf>
- Socialstyrelsen. (2023b). *Uppföljningen av omställningen till en mer nära vård 2022-utvecklingen i kommuner och regioner*.  
<https://www.socialstyrelsen.se/globalassets/sharepoint-dokument/artikelkatalog/ovrigt/2023-8-8683.pdf>

Speros, C. (2005). Health literacy: concept analysis. *Journal of Advanced Nursing*, 50(6): 633-640.

Statistikmyndigheten [SCB]. (2022). Socioekonomisk indelning (SEI)  
[https://www.scb.se/dokumentation/klassifikationer-och-standarder/socioekonomisk-indelning -sei/](https://www.scb.se/dokumentation/klassifikationer-och-standarder/socioekonomisk-indelning-sei/)

Svensk sjuksköterskeförening. (2023). *Kompetensbeskrivning för legitimerad sjuksköterska*.  
<https://swenurse.se/download/18.5b9522411887c8d873d5c38a/1686557116681/Kompetensbeskrivning%20legitimerad%20sjuksko%CC%88terska.pdf>

Svensk sjuksköterskeförening. (2021). *ICN:s etiska kod för sjuksköterskor*.  
<https://swenurse.se/download/18.7104a0bd1817fce0092f0132/1656659417909/A4%20ICN%20Etiska%20kod%20enkelsidor.pdf>

Sveriges kommuner och landsting [SKL]. (2011). *Råd för bättre kommunikation: mellan patient och vårdpersonal*.  
<https://webbutik.skr.se/bilder/artiklar/pdf/5236.pdf?issuusl=ignor>

Tillgren, P., Ringsberg, K, C., & Olander, E. (2020). Det moderna folkhälsoarbetet och dess utmaningar. I Ringsberg, Olander & Tillgren. (Red). *Health Literacy: Teori och praktik i hälsofrämjande arbete* (s. 23–43). Studentlitteratur

Vetenskapsrådet. (u.å.). Forskningsetiska principer inom humanistisk-samhällsvetenskaplig forskning <http://www.codex.vr.se/texts/HSFR.pdf>

Vårdgivarguiden. (1 december 2021). *CNI*.  
<https://vardgivarguiden.se/administration/verksamhetsadministration/rapportera/vardinformatik/klassifikationer/cni/>

World Medical Association. (2008). *WMA declaration of Helsinki – ethical principles for medical research involving human subjects*. <https://www.wma.net/policies-post/wma-declaration-of-helsinki-ethical-principles-for-medical-research-involving-human-subjects/>

Wångdahl, J., Lau, M., Nordström, P., Samulowitz, A., & Karlsson, L. (2017).  
Hälsolitteracitet- en kommunikativ utmaning för hälso- och sjukvården.  
*Socialmedicinsk tidskrift*, 2, 126–135

Wångdahl, J., Lutsy, P., Mårtensson, L., & Westerling, R. (2014). Health literacy among  
refugees in Sweden – a cross-sectional study. *BMC public health*. 14.  
<https://doi.org/10.1186/1471-2458-14-1030>

Østergaard, B., Clausen, A. M., Agerskov, H., Brødsgaard, A., Dieperink, K. B.,  
Funderskov, K. F., Nielsen, D., Sorknæs, A. D., Voltelen, B., & Konradsen,  
H. (2020). Nurse's attitudes regarding the importance of families in nursing  
care: A Cross-sectional study. *Journal of Clinical Nursing (John Wiley &  
sons, inc.)*, 29(7/8), 1290-1202. [https://doi-  
org.www.biproxy.du.se/10.1111/jocn.15196](https://doi-org.www.biproxy.du.se/10.1111/jocn.15196)

# BILAGOR

## Bilaga 1 – Informationsbrev till verksamhetschef



HÖGSKOLAN  
DALARNA

**Information om studie med syfte att beskriva sjuksköterskors uppfattning av vad som påverkar hälsolitteracitet hos vuxna socioekonomiskt utsatta patienter inom primärvården.**

Vi önskar med detta brev att få godkännande att genomföra en studie i er verksamhet, med syfte att undersöka sjuksköterskors uppfattning av vad som påverkar patienters hälsolitteracitet. Studien önskas genomföras på vårdcentralen. Vi söker totalt sex-tio sjuksköterskor som har minst 2 års yrkeserfarenhet. Vi kommer att göra en kvalitativ intervjustudie och önskar hjälp av dig för att hitta lämpliga kandidater. Om engagemang för att hjälpa till med rekrytering finns, så önskas detta ske så snart som möjligt. Då informeras potentiella deltagare om studien samt att deras godkännande att bli kontaktade av projektansvariga för vidare information inhämtas.

Er verksamhet samt deltagarna kommer att få ta del av det slutgiltiga resultatet. Undersökningen är forskningsetiskt granskad av forskningsetiska nämnden (FEN) vid Högskolan Dalarna. Deltagandet i undersökningen är helt frivilligt och deltagaren kan när som helst avbryta sitt deltagande utan närmare motivering. Bifogad blankett om godkännande skickas till någon av nedanstående personer via mail. Ytterligare upplysningar lämnas av nedanstående ansvariga. Se även bifogat informationsbrev till deltagare.

Vi som genomför denna studie är två sjuksköterskor som läser specialistutbildning till distriktssköterska på Högskolan Dalarna. Vi kommer under hösten 2023 skriva denna magisteruppsats.

Vid funderingar, tveka inte att kontakta oss eller vår handledare.

Med vänliga hälsningar

**Sara Alsaloum**

h21alsal@du.se

**Petra Vitikainen**

h22Petvi@du.se

**Jan Florin**

Handledare

jfl@du.se



HÖGSKOLAN  
DALARNA

## Bilaga 2-Samtyckesblankett för verksamhetschef

### Samtycke till att genomföra studie i Er verksamhet

Jag, som verksamhetschef, har informerats om studiens syfte, om hur och vilken information som samlas in, bearbetas och handhas. Jag har informerats om att patientens deltagande är frivilligt och att de, när de vill, kan avbryta sin medverkan i studien utan att ange orsak. Jag samtycker härmed till att denna intervjustudie, som handlar om sjuksköterskors uppfattning av vad som påverkar hälsolitteracitet hos vuxna utsatta patienter, får utföras i vår verksamhet. Jag har tagit del av informationsbrev till verksamhetschef samt studiedeltagare. Jag samtycker även till att

Verksamhet: \_\_\_\_\_

Ort/Datum/År: \_\_\_\_\_

Namnunderskrift: \_\_\_\_\_

Namnförtydligande: \_\_\_\_\_

**Studieansvarig: Sara Alsaloum**

Ort och datum: \_\_\_\_\_

Namnteckning: \_\_\_\_\_

**Studieansvarig: Petra Vitikainen**

Ort och datum: \_\_\_\_\_

Namnteckning: \_\_\_\_\_





HÖGSKOLAN  
DALARNA

## Bilaga 3- Informationsbrev till studiedeltagarna

### **Information om studie med syfte att beskriva sjuksköterskors uppfattning av vad som påverkar hälsolitteracitet hos vuxna utsatta patienter inom primärvården.**

Du tillfrågas härmed om deltagande i en studie som handlar om sjuksköterskors uppfattning av vad som påverkar hälsolitteracitet hos vuxna utsatta patienter. Vad uppfattar sjuksköterskor främjar hälsolitteracitet men också vad uppfattar sjuksköterskor begränsar hälsolitteracitet.

Vi söker sex-tio sjuksköterskor som dagligen har kontakt med patienter ur socioekonomiska grupper. Detta är en intervjustudie och intervjuer kommer att utföras utefter en intervjuguide som är framtagen inför studien. Om Du önskar delta i studien kommer vi i samråd med Dig planera en tid och plats för intervjun, som beräknas ta ca 30-60 minuter. Du kommer att få tid avsatt av din chef under arbetstid för att utföra intervjuerna. Intervjun kommer att äga rum på vårdcentralen i något av era mottagningsrum. Innan påbörjad intervju ges du möjlighet att ställa frågor, därefter skrivs samtyckesblankett under om du önskar delta. Intervjun kommer att spelas in för att senare kunna användas i analys inför resultatet av studien. Materialet kommer att hanteras konfidentiellt. Obehöriga kommer ej ha tillgång till materialet som förvaras inlåst samt bevaras till dess att uppsatsen är examinerad och godkänd. Ditt deltagande i studien kommer ej gå att identifiera. Högskolan Dalarna är ansvarig för behandlingen av personuppgifter och enligt dataskyddsförordningen (GDPR) har Du rätt att få information om hur Dina personuppgifter behandlas. Du har också rätt att ansöka om ett så kallat registerutdrag, samt att få eventuella fel rättade. Vid frågor gällande detta kan Du vända dig till Högskolan Dalarnas dataskyddsbud. Mailadress: [dataskydd@du.se](mailto:dataskydd@du.se).

Ditt deltagande i undersökningen är helt frivilligt. Du kan när som helst avbryta ditt deltagande utan närmare motivering. Att ej delta eller att avbryta ditt deltagande kommer inte att påverka eventuell fortsatt behandling. Resultatet av studien kommer att presenteras i form av en uppsats vid Högskolan Dalarna. Vid önskemål får Du gärna ta del av det slutgiltiga resultatet. Undersökningen är forskningsetiskt granskad av forskningsetiska nämnden (FEN) vid Högskolan Dalarna.

Om Du är intresserad av att delta i denna studie, prata med din enhetschef som muntligen kommer att vidarebefordra dina kontaktuppgifter till oss.

### **Vid funderingar, tveka inte att kontakta oss eller vår handledare.**

Med vänliga hälsningar

**Sara Alsaloum**

[h21alsal@du.se](mailto:h21alsal@du.se)

**Petra Vitikainen**

[h22Petvi@du.se](mailto:h22Petvi@du.se)

**Jan Florin**

Handledare

[jfl@du.se](mailto:jfl@du.se)



HÖGSKOLAN  
DALARNA

## Bilaga 4 – Samtyckesblankett till studiedeltagare

Jag har fått muntlig och skriftlig information om studien och har haft möjlighet att ställa frågor. Jag får behålla den skriftliga informationen.

Jag samtycker till att:

- delta i studien ”sjuksköterskors uppfattning av vad som påverkar hälsolitteracitet hos vuxna utsatta patienter inom primärvården.”
- att uppgifter om mig behandlas på det sätt som beskrivs i informationsbrevet
- följande personuppgifter samlas in: namn, ålder, kön, röstinspelning
- de insamlade uppgifterna kommer att bevaras till dess att uppsatsen är examinerad och godkänd.

Ort/Datum/År: \_\_\_\_\_

Namnunderskrift: \_\_\_\_\_

Namnförtydligande: \_\_\_\_\_

**Studieansvarig: Sara Alsaloum**

Ort och datum: \_\_\_\_\_

Namnsteckning: \_\_\_\_\_

**Studieansvarig: Petra Vitikainen**

Ort och datum: \_\_\_\_\_

Namnsteckning: \_\_\_\_\_



## Bilaga 5 – Intervjuguide

### Bakgrundsfrågor

- Ålder?
- Kön?
- Hur länge har du arbetat som sjuksköterska på vårdcentralen?

### Huvudfrågor

- Vad innebär hälsolitteracitet för dig?
- Berätta om dina erfarenheter av att möta patienter som befinner sig i utsatta grupper?
- Utifrån dina erfarenheter, vad anser du som sjuksköterska främjar hälsolitteraciteten för utsatta vuxna patienter?
- Utifrån dina erfarenheter, vad anser du som sjuksköterska begränsar hälsolitteraciteten för utsatta vuxna patienter?
- Utifrån dina erfarenheter, kan du påverka graden av hälsolitteracitet hos utsatta vuxna patienter? Hur då?
- Vill du tillägga något?

### Uppföljningsfrågor

- Kan du utveckla det?
- Kan du berätta mer?
- Hur kände du då?
- Kan du ge fler exempel?
- Vad menar du?

## Bilaga 6-Etisk egengranskning



HÖGSKOLAN  
DALARNA

Blankett för etisk egengranskning av studentprojekt som involverar människor

Använd blanketten som en grund för forskningsetiska reflektioner tillsammans med din handledare och för att komma fram till bästa forskningsetiska förhållningssätt samt beslut om ansökan till den Forskningsetiska nämnden vid Högskolan Dalarna alternativt Etikprövningsmyndigheten behövs eller ej. Blanketten behålls av studenten och handledaren.

Projekttitel: Sjuksköterskors uppfattning av hälsolitteracitet hos utsatta patienter inom primärvården

Student/studenten: Sara Alsaloum och Petra Vitikainen

Handledare: Jan florin

		Ja	Tveksamt	Nej
1	Kan frivilligheten att delta i studien ifrågasättas dvs. omfattar studien deltagare som kan betraktas tillhöra en sårbar grupp t.ex. barn (under 18 år), personer med nedsatt kognitiv förmåga, psykisk funktionsnedsättning eller sådana som har en beroendeställning till den som genomför studien t.ex. som patienter eller elever till densamma?			X
2	Innebär undersökningen att informerat samtycke inte kommer att inhämtas (d.v.s. forskningspersonerna kommer inte att få full information om undersökningen och/eller möjlighet att avsäga sig ett deltagande)?			X
3	Innebär undersökningen någon form av fysiskt ingrepp på forskningspersonerna?			X
4	Kan undersökningen påverka forskningspersonerna fysiskt eller psykiskt?			X
5	Används biologiskt material som kan härledas till en levande eller avliden människa (t.ex. blodprov)?			X
6	Avser du behandla känsliga personuppgifter, som etnicitet, politiska åsikter, religiös eller filosofisk övertygelse, medlemskap i fackförening, hälsa eller sexualliv?			X
7	Avser du behandla personuppgifter om lagöverträdelse, som brott, domar i brottmål, straffprocessuella tvångsmedel eller administrativa frihetsberövanden?			X

8	<p>Avser du att behandla personuppgifter? Observera att:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Samtliga uppgifter som kan kopplas till en levande person betraktas som personuppgifter, även om de är kodade eller krypterade.</li> <li>• I händelse av att studentarbetet INTE omfattar några känsliga personuppgifter och heller INTE deltagare som tillhör en sårbar grupp eller deltagare som INTE står i beroendeställning till den som genomför studien, behöver inte någon ansökan till Forskningsetiska nämnden vid Högskolan Dalarna göras.</li> <li>• Vid behandling av personuppgifter ska dock ALLTID anmälan om detta göras på avsedd blankett som sänds till: <a href="mailto:dataskydd@du.se">dataskydd@du.se</a></li> </ul>	X		
---	--	---	--	--

Fastställd av Forskningsetiska nämnden 2020-09-23