

Självständigt arbete på avancerad nivå

Independent degree project – first cycle

Folkhälsovetenskap
Public Health Science

Health literacy i en grupp äldre i en mellanstor svensk kommun – en tvärsnittsstudie

Sara Svanholm



Mittuniversitetet
MID SWEDEN UNIVERSITY

Campus Härnösand Universitetsbacken 1, SE-871 86. Campus Sundsvall Holmgatan 10, SE-851 70 Sundsvall.
Campus Östersund Kuruskapens väg 8, SE-831 25 Östersund.
Phone: +46 (0)771 97 50 00. Fax: +46 (0)771 97 50 01.

MITTUNIVERSITETET

Avdelningen för Hälsovetenskap

Examinator: Katja Gillander Gådin, katja.gillander-gadin@miun.se

Handledare: Ewy Olander, olanderewy@gmail.com

Författare: Sara Svanholm, sasv1005@student.miun.se

Utbildningsprogram: Masterutbildning i hälsovetenskap, 120 hp

Huvudområde: Folkhälsovetenskap

Termin, år: VT, 2016

Abstrakt

Health literacy betyder "individens förmåga att förvärva, förstå och använda information i syfte att bibehålla, främja eller förbättra hälsa". Forskning visar att äldre är särskilt utsatta när det gäller denna förmåga. Sveriges befolkning består av en ökad andel äldre människor, men ingen forskning om äldre i Sveriges health literacy kunde identifieras under arbetet med denna studie. Syftet med denna studie är att undersöka health literacy hos äldre över 65 år i en mellanstor kommun i Sverige. En tvärsnittsstudie med enkäter innehållande instrumenten "skala för funktionell hälsolitteracitet" och "skala för kommunikativ och kritisk health literacy" användes för att mäta funktionell respektive interaktiv och kritisk health literacy. Resultatet visade att de inkluderade individerna hade varierande nivå av health literacy. Endast en dryg fjärdedel av de inkluderade individerna hade tillräcklig funktionell respektive interaktiv och kritisk health literacy. Resterande individer hade problematisk eller bristande health literacy. Resultatet visade också tendenser till att män, yngre och personer med högre utbildningsnivå hade högre nivå av health literacy samt att personer med låg nivå av health literacy hade fler kontakter med sjukvården. Den uppmätta nivån av health literacy är i denna studie lägre än i annan identifierad forskning. De demografiska faktorer som analyserades visade på tendenser till samband och skillnader som stämmer överens med internationell forskning. På grund av studiens begränsningar i underlag och metod kan inga generella slutsatser för äldres health literacy dras utan vidare forskning inom området behövs.

Nyckelord: hälsolitteracitet, tvärsnittsstudie, äldre.

Abstract

Health literacy is individuals ability to gain access to, understand and use information in ways which promote and maintain good health. Research shows that elderly are at an increased risk of not having this ability. The population of Sweden is aging, but no research about elderly swedes health literacy has been identified during the work of this study. The aim of this study is to examine health literacy in a group individuals 65 years or older in a medium sized municipality in Sweden. A cross-sectional study with a survey including the tests "Japanese functional health literacy scale" and "the communicative and critical health literacy scale" translated to Swedish. The result of this study showed that the included individuals had a varied level of health literacy. Only a quarter had adequate functional and/or interactive and critical health literacy. The study also showed that men, younger and individuals with higher level of education had a higher level of health literacy. It also showed that individuals with higher level of health literacy had more visits to the health care. The measured level of health literacy is in this study lower than research from other countries. The demographic factors analysed showed tendencies similar to international research. Because of limitations in the study, no generalization of the result is possible, more research is needed about elderly swedes health literacy.

Keywords: Aged, cross-sectional study, elderly, health literacy, older adults.

Innehållsförteckning

Abstrakt	2
Abstract	2
Innehållsförteckning	Fel! Bokmärket är inte definierat.
Introduktion	4
Bakgrund	4
Vad är health literacy	4
Att mäta health literacy	5
Forskning om health literacy	6
Äldre i Sverige	7
Problemformulering	7
Syfte	8
Frågeställningar	8
Metod	8
Studiedesign	8
Urval och datainsamling	8
Bedömningsinstrument	10
Dataanalys	11
Etiska överväganden	12
Resultat	13
Health literacy i den testade populationen	15
Skillnader i health literacy mellan könen	15
Samband mellan ålder och health literacy	16
Samband mellan health literacy och kontakt med sjukvården	17
Skillnad i health literacy mellan utbildningsnivå	18
Diskussion	20
Metoddiskussion	20
Resultatdiskussion	21
Konklusion	24
Referenser	26
Bilaga A. Enkät äldres hälsolitteracitet	31
Bilaga B Information om en enkätstudie om äldres Health Literacy	34

Introduktion

Sverige har en åldrande befolkning, fler människor blir äldre och de äldre blir allt äldre (Statens folkhälsoinstitut, 2012). WHO (2013) beskriver att internationell forskning visar att äldre har sämre health literacy än resten av befolkningen (WHO, 2013). Health literacy innebär en individs förmåga att förvärva, förstå och använda information i syfte att bibehålla eller förbättra sin hälsa (Mårtensson & Hensing, 2011) och beskrivs av Manafo och Wong (2012) som en viktig aspekt att betrakta i framtidens arbete för en hållbar hälso- och sjukvård. Olander, Ringsberg och Tillgren (2014, s 47-74) beskriver att kunskapen om health literacy hos Europas befolkning är begränsad. Denna studie ämnar mäta health literacy i en grupp äldre i en mellanstor stad i Sverige och kan bidra med en första, om än begränsad, inblick i att undersöka health literacy i en svensk kommun.

Bakgrund

Vad är health literacy

WHO (1998, s 10) beskrev för första gången health literacy i Jakartadeklarationen år 1997 och det definierades i Health Promotion Glossary som: "Health Literacy represents the cognitive and social skills which determine the motivation and ability of individuals to gain access to, understand and use information in ways which promote and maintain good health" (WHO, 1998, s 10). På svenska har ordet health literacy ingen självklar översättning. En översättning som gjorts är till hälsolitteracitet och definitionen till "individens förmåga att förvärva, förstå och använda information i syfte att bibehålla, främja eller förbättra hälsa" (Mårtensson & Hensing, 2011). Både Mårtensson och Hensing (2009) och Sørensen et al. (2012) beskriver en pågående diskussion om vad begreppet health literacy bör innefatta för att mäta och säga det forskare och sjukvården behöver veta om en persons förmåga att ta till sig och använda sig av information, men inget konsensus om en förändrad definition finns än. WHO (2013) använder en bredare definition utvecklad av European Health Literacy Consortium 2012: "Health literacy is linked to literacy and entails people's knowledge, motivation and competence to access, understand, appraise and apply health information in order to make judgments and take decisions in everyday life concerning health care, disease prevention and health promotion to maintain or improve quality of life during the life course" (WHO, 2013, s 4). Eftersom det råder oklarheter i begreppet health literacy, både vad gäller definition och den svenska översättningen av ordet kommer det engelska ordet health literacy fortsättningsvis användas i denna studie medan det kommer definieras enligt Mårtensson och Hensing (2011) definition "individens förmåga att förvärva, förstå och använda information i syfte att bibehålla, främja eller förbättra hälsa". Detta för att underlätta kommunikationen med studiens målgrupp.

Nutbeam (2000) beskriver Health literacy som en komplex sammansättning av färdigheter som kan delas upp i tre olika dimensioner. Funktionell health literacy (FHL) som handlar om grundläggande förmågor som att läsa och skriva. Interaktiv health literacy (IHL) handlar om att kunna omsätta kunskapen i sociala situationer och att kunna urskilja information från olika sorters kommunikation. Slutligen är kritisk health literacy (KHL) mer fokuserad på hur denna omsättning av kunskap sker i förhållande till omgivningen, till exempel att kunna kritiskt granska information eller använda sig av informationen. Den kritiska delen av health literacy inkluderar också empowerment (Nutbeam, 2000).

Vid beskrivning av health literacy används extremer, eller klasser/kategorier. Vanligen används då termerna; bristfällig eller bristande health literacy (inadequate eller limited health literacy); marginell eller problematisk health literacy (marginal health literacy); eller fullgod eller tillräcklig health literacy (adequate health literacy). Kategorierna klassificeras i olika tester och då är tillräcklig health literacy högsta nivån, en individ har då hög health literacy, medan problematisk är mellansteget och bristande är den lägre nivån och resultatet (Baker, Williams, Parker, Gazmararian & Nurss, 1999; Mårtensson & Hensing, 2011).

Att mäta health literacy

Hur health literacy mäts beror på vilken aspekt, eller dimension, det är som ska undersökas. Det finns flera olika sätt att mäta de olika dimensionerna av health literacy på. Ett sätt att mäta FHL är ”Test of functional health literacy in adults” (TOFHLA) (Mårtensson & Hensing, 2011). Detta test har också gjorts om till ett kortare test, som är drygt hälften så långt, vilket kallas ”Short test of functional health literacy” (S-TOFHLA) (Baker, et.al., 1999). Ett annat test som används är ”Rapid estimate of adult health literacy in medicine” (REALM) (Mårtensson & Hensing, 2011). Ytterligare ett test som används är Newest Vital Sign (NVS) (Sørensen, 2014). I tidigare litteraturstudier har TOFHLA och NVS (test som mäter FHL och fokuserar mycket på läskunnighet och sifferkunskaper) visat på skillnader mellan äldre och yngre människors health literacy. REALM, som fokuserar mer på medicinsk ordkunskap har varit mer konstant och inte visat på lika stora skillnader mellan äldres och yngres health literacy (Kobayashi, Wardle, Wolf & von Wagner, 2014).

På svenska finns testet ”Skala för funktionell hälsolitteracitet” (SFHL), översatt av Wångdahl och Mårtensson, från det japanska testet Japanese Functional Health Literacy Scale (Wångdahl & Mårtensson, 2015). Det japanska testet The communicative and critical health literacy scale finns också översatt, av samma forskare, till svenska. Den kallas då ”Skala för kommunikativ kritisk

hälsolitteracitet” (SKKHL) (Wångdahl & Mårtensson, 2014). Dessa två skalor tillsammans mäter då alla tre dimensioner av health literacy genom självskattningsskalor (Wångdahl & Mårtensson, 2014; Wångdahl & Mårtensson, 2015).

Forskning om health literacy

Olander, Ringsberg och Tillgren (2014, s: 47-74) beskriver att forskningen om health literacy har tagit fart efter 1990-talet, och verkligen accelererat det senaste decenniet. Den mesta forskningen om health literacy är gjord i USA och Kanada, medan kännedomen om health literacy, både vad gäller nivåer och vad det bidrar till, i Europa är sämre. Endast en tredjedel av forskningen gjord inom området kring health literacy är gjord i Europa (Kondolis, Kiriaze, Athanasoulia & Falagas, 2008). En större studie för att mäta nivå av health literacy gjordes i åtta europeiska länder under 2011 (Sørensen, et. al, 2015). Den visade att totalt av de inkluderade individerna, vuxna i alla åldrar, i de åtta länderna hade ca 12% bristande health literacy (den lägsta av där fyra kategorier i studien) och hela 47% hade bristande eller problematisk. I den studien hade 53 % tillräcklig eller utmärkt health literacy. Det land som hade högst andel med tillräcklig eller utmärkt health literacy av den testade befolkningen var Nederländerna (71,4%) och lägst hade Bulgarien (37,9%). Vidare visade studien att vissa grupper i samhället löpte större risk att ha lägre health literacy än andra, till exempel invandrare och äldre (Sørensen, et. al, 2015). Andra studier gjorda i europa visar på liknande siffror i health literacy som i USA, nämligen att drygt en tredjedel av befolkningen har sämre än fullgod health literacy (WHO, 2013). Studier från USA beskriver att ökad ålder är en riskfaktor för sämre health literacy (Baker, Gazmararian, Sudano & Patterson, 2000).

Att en individ har bristande eller problematisk health literacy riskerar påverka både individen och samhället (Nutbeam, 2000). Äldre (över 65 år) med bristande eller problematisk health literacy skattar i högre utsträckning sin hälsa som sämre än individer med tillräcklig health literacy (Cho, Lee, Arozullah, Crittenden, 2008; Serper, et. al., 2014; WHO, 2013). Tillräcklig health literacy har också kopplats ihop med bättre förmåga för äldre (över 55 år) att förhindra så kallade välfärdssjukdomar som diabetes och hjärt-kärlsjukdomar. Detta genom individers förmåga att undvika riskbeteenden och förbättra hälsofrämjande beteenden (Geboers, deWinter, Luten, Jansen & Reijneveld, 2014; WHO, 2013) samt ökad användning av preventiv sjukvård så som vaccinationer och mammografi (Scott, Gazmararian, Williams & Baker, 2002). Låg health literacy (bristande och problematisk) hos äldre (över 65 år) har å sin sida kopplats ihop med en individs ökad risk för sjukhusinläggning (Baker, et al., 2002) och ökad vårdkonsumtion (Cho, Lee, Arozullah, Crittenden, 2008). På samhällsnivå har bristfällig och problematisk health literacy hos vuxna i alla åldrar kopplats ihop med höga kostnader för ett lands hälso- och sjukvård (WHO, 2013)

och health literacy har setts ha ett samband med ojämlikheter i tillgång till hälso- och sjukvård (Sudore et. al., 2006).

Det finns inte så mycket forskning om health literacy i Sverige. Mårtensson och Hensing (2009) hittade till sin litteraturöversikt en studie med grund i Sverige. Det fanns då ingen annan från något nordiskt land under tidsperioden 2000 - 2008. En finsk studie som undersökte äldre i Finlands health literacy kom 2012 (Eriksson-Backa, Ek, Niemelä, Huotari, 2012). Under senare år har några svenska studier gjorts, men dessa har handlat om flyktingar i Sveriges health literacy och är gjorda av Wångdahl, Lytsy, Mårtensson & Westerling, 2014 och Wångdahl, Lytsy, Mårtensson & Westerling, 2015.

Äldre i Sverige

Sverige har idag 1,7 miljoner människor som är 65 år eller äldre (Socialstyrelsen, 2011). Gruppen äldre blir idag inte bara äldre, utan fler blir äldre. År 2060 beräknas gruppen 80 år och äldre ha fördubblats jämfört med år 2010 och då består av nästan en miljon människor (Statens folkhälsoinstitut, 2012). Liknande trender, med en snabbt växande äldre befolkning kan ses i nästan alla länder i världen och WHO (2015) poängterar vikten av en samhällsplanering för att dra nytta av de resurser som äldre tillför samhället. De beskriver vidare att det är av stor vikt att äldre bibehåller god hälsa för att samhället ska vara hållbart i en värld med större andel äldre än någonsin existerat tidigare (WHO, 2015). Äldre i Sverige skattar sin hälsa som sämre än den övriga befolkningen (Statens folkhälsoinstitut, 2012). Förändringar i detta som kan ses är att yngre äldre har under de senaste åren rapporterat bättre självskattad hälsa än de tidigare gjort, medan de äldre äldre rapporterat sämre hälsa. Sammantaget har andelen äldre som har en långvarig sjukdom ökat (Socialstyrelsen, 2011).

Äldre står för en oproportionerligt stor del av vårdkonsumtionen i Sverige. När den vård som konsumeras av äldre studeras syns dock en oförklarlig skillnad. Äldre med längre utbildning har fler vårdtillfällen per åkomma och blir oftare remitterade till specialistmottagningar, detta trots att äldre med kortare utbildning rapporterar mer sjuklighet, värre symptom och mer lidande med samma åkommor (Socialstyrelsen, 2011).

Problemformulering

Folkhälsomyndigheten (2016) arbetar med EU:s hälsoprogram i Sverige. De beskriver Sveriges åldrande befolkning som en viktig aspekt i målet med en hållbar tillväxt och en balans inom hälso- och sjukvården. Nutbeam (2000) beskriver att tidigare erfarenheter av uteblivna resultat från hälsopromotionsinsatser lett till en djupare förståelse för vikten av health literacy. Vidare beskriver

Nutbeam att health literacy kan ses som en viktig del av just hälsopromotion och andra hälsoinsatser, både vad gäller förutsättningar för att lyckas samt som resultat i utbildningsinsatser. Health literacy beskrivs som en viktig aspekt för att ett samhälle eller community ska kunna uppnå hållbar hälso- och sjukvård. Sudore et. al., 2006 beskriver också att health literacy kan förklara ojämlikheter i hälsa. Äldre är alltså en stor grupp människor i Sverige med varierande hälsa och varierande tillgång till hälso- och sjukvården. Svensk forskning som utreder detta i förhållande till health literacy saknas idag. Denna studie ämnar undersöka health literacy i en grupp äldre samt samband och skillnader mellan health literacy och en del demografiska faktorer så som ökad ålder, kön och kontakt med sjukvård.

Syfte

Syftet var att undersöka health literacy hos äldre (65 år och äldre) i en mellanstor kommun i Sverige.

Frågeställningar

- Hur ser fördelningen av uppmätt nivå av health literacy ut i den inkluderade populationen?
- Finns det någon skillnad i health literacy mellan könen?
- Finns det något samband mellan health literacy och ålder?
- Finns det något samband mellan health literacy och kontakt med hälso- och sjukvården under de senaste tre månaderna?
- Finns det något samband mellan health literacy och utbildningsnivå?

Metod

Studiedesign

Eftersom syftet med denna studie var att mäta health literacy i en grupp äldre människor, samt att analysera samband mellan personliga faktorer, så som ålder, och health literacy, användes en kvantitativ metod. Kvantitativa metoder används just för att mäta förekomsten av ett förutbestämt fenomen (Bryman, 2012, s. 21 - 23), så som nivå av health literacy. Studiedesignen som valdes var en tvärsnittsstudie. En tvärsnittsstudie är en studiedesign där data samlas in vid en tidpunkt, från mer än en person. Det är en ögonblicksbild i den studerade populationen (Ejlertsson, 2012, S 32 - 34). Med denna typ av studie kan samband mellan olika variabler analyseras (Bryman, 2008, s 44 - 49) och passar därför syftet och frågeställningarna väl.

Urval och datainsamling

Som beskrivet i bakgrunden är äldre människor en utsatt grupp både då det gäller hälsa och health literacy, därför blev de i fokus för denna studie. Som definition för äldre i samband med denna

studie valdes 65 år, då inkluderades de som var 65 år och äldre, vilket härmed benämns som äldre än 65 år. För att inkluderas i studien skulle deltagarna uppfylla följande inklussionskriterier: att de befann sig på träffpunkten vid tillfälle för besöket, var 65 år eller äldre, kunde själv eller med fysisk hjälp läsa och fylla i enkäten på svenska. De som var under 65 år, och/eller inte kunde följa instruktionerna om hur enkäten skulle fyllas i exkluderades ur studien.

För att rekrytera deltagare till denna studie användes mötesplatser för äldre. Kommunens mötesplatser marknadsfördes som mötesplatser med sociala aktiviteter för äldre (utan specifik åldersgräns, men en tydlig fokus på äldre). Dessa valdes ut för att komma i kontakt med äldre direkt och kunna lämna ut enkäten under ett tillfälle. Detta så att varje potentiell deltagare skulle kunna få en personlig inbjudan, kunna få en muntlig förklaring av studien och hjälp med ifyllande av enkäten, samt för att minska risken för bortfall på grund av moment som att behöva posta enkäten. Kommunens samtliga fem mötesplatser valdes ut, samt de lokala pensionärsorganisationernas mötesplats som svarade på förfrågningen som gått ut till de två största organisationernas lokala styrelser. Tre sådana mötesplatser inkluderades till slut. Mötesplatserna var utspridda på åtta geografiskt olika platser i kommunen, både inom tätorten och i glesbygden. Hälften av mötesplatserna fanns på särskilda boenden, alltså boenden för äldre människor som behöver särskilt stöd samt vård och omsorg (Socialstyrelsen, 2013) men var öppna för alla äldre att besöka. De andra mötesplatserna fanns på publika ställen i områden befolkade av många äldre. Samtycke att rekrytera studiedeltagare vid mötesplatserna erhöles från kommunens områdeschefer för mötesplatserna samt de lokala pensionärsföreningarnas styrelser. De dagar och tider som var besökt av flest deltagare identifierades genom kontakt med aktivitetshandledare på mötesplatserna och ett besök till varje mötesplats bokades in med syfte att träffa så många deltagare som möjligt.

Datainsamlingen skedde under februari 2016 vid ett tillfälle per mötesplats. Besökare på mötesplatserna fick först en muntlig generell information om författaren till denna studie, vad health literacy är, om studien och tillvägagångssättet. Denna information fick deltagarna i större grupper i omgångar då de anlände till mötesplatserna. Innan deltagarna fick enkäten fick de också individuellt anpassad muntlig information om studien och deltagandet. Totalt på alla mötesplatser tackade mellan 10-20 individer nej till att delta i studien. De personer som tackade ja till deltagande fick sedan enkäten, en penna och informationsbrevet till deltagarna (bilaga B) med informationen att om de ville avbryta deltagandet kunde de göra det fram till de fyllt i och lämnat in enkäten. Enkäten fylldes i på plats och lämnades in vid samma tillfälle. Vid inlämning lades alla enkäter omärkta i en hög på ett bord för att sedan förvaras i ett kuvert märkt med mötesplats och det nummer i

turordningen som den mötesplatsen var, till exempel "mötesplats 3". Alla som fick enkäter lämnade in dem ifyllda och ingen valde att avbryta i det skedet.

För att själv kunna fylla i enkäten, måste en person ha en viss läs- och skrivkunnighet. De behöver också kunna se enkäten och kunna hålla i en penna för att kunna fylla i enkäten. Mårtensson och Wångdahl (2015) beskriver dock också i manualen till testet att om dessa krav inte uppfylls, kan testet läsas upp för en person som ska inkluderas i studien. Det ska dock då endast läsas upp, och ej förklaras, personen ska svara på frågorna utifrån samma information som personer som själva läser testet. Genom att erbjuda detta tillvägagångssätt i utfyllnaden av enkäten kan även personer som riskerar uppleva en sämre health literacy, på grund av dålig läsförståelse, dålig syn eller dålig finmotorik, också inkluderas i studien. Detta minimerar risken för att utesluta individer med bristande eller problematisk health literacy och ger ett mer rättvisande resultat för gruppen individer som befinner sig på mötesplatserna. Därför erbjöds deltagarna även detta tillvägagångssätt för att fylla i enkäten. Deltagare som behövde denna hjälp fick det av antingen artikelförfattaren eller en aktivitetshandledare som fått instruktioner för tillvägagångssättet av artikelförfattaren. Under datainsamlingen fick ca 10 av 96 individer denna hjälp på grund av att de hade för dålig syn att själva läsa texten på enkäterna.

Bedömningsinstrument

"Skala för funktionell hälsolitteracitet" testar, precis som namnet på bedömningsinstrumentet tyder på, en individs FHL (Wångdahl & Mårtensson, 2015). FHL är som tidigare beskrivits en individs förmåga att läsa och skriva hälsorelaterad information (Nutbeam, 2000). För att även mäta de två andra aspekterna av health literacy, interaktiv och kritisk health literacy (I&KHL), vilket Nutbeam (2000) beskriver som mer fokuserad på omsättande av kunskaper och omsättande i förhållande till omgivningen, användes bedömningsinstrumentet "skala för kommunikation & kritisk hälsolitteracitet", vilket testar just kommunikativa- (interaktiva-) och kritiska aspekterna av health literacy (I&KHL) (Mårtensson & Wångdahl, 2014).

Wångdahl och Mårtensson (2015) beskriver att "Skala för funktionell hälsolitteracitet" under översättningen testats för och visats stabil över tid med god replikerbarhet. Djurfeldt, Larsson och Stjärnhagen, (2010, s 104) beskriver replikerbarhet som att ett mätinstrument visar samma sak vid olika tillfällen. Vidare beskriver Wångdahl och Mårtensson (2015) att skalan testar det som beskrivs som FHL och testar samma aspekter som det japanska test som det översatts ifrån. När det gäller "Skala för kommunikativ och kritisk hälsolitteracitet" beskriver Wångdahl och Mårtensson (2014) att även det instrumentet är testat och visat sig motsvara det Japanska testet det översatts från. De

har också testats för validitet och reliabilitet med tillfredsställande resultat på en grupp vuxna människor. Reliabilitet betyder tillförlitlighet av frågorna och validitet betyder att ett test svarar på de frågor en vill ha svar på och att det mäter samma sak som andra instrument inom samma område (Djurfeldt, Larsson, Stjärnhagen, 2010, s 104).

Utifrån internationell forskning och vilka demografiska faktorer som vanligen förekommit i dessa studier valdes följande faktorer ut för att ingå i enkäten: ålder, kön, utbildningsnivå, modersmål och hur många gånger personen varit i kontakt med sjukvården under de senaste tre månaderna.

Dataanalys

För att hantera och analysera enkätsvaren användes en kvantitativa analysmetod. Programmet IBM SPSS Statistics version 22 och guiden ”SPSS steg för steg” (Wahlgren, 2014) användes för analysen av datan.

I både ”Skala för funktionell hälsolitteracitet” och ”Skala för kommunikativ & kritisk hälsolitteracitet” bestäms health literacy utifrån beräkningar av svaren till tre olika kategorier: bristande, problematisk och tillräcklig health literacy (Mårtensson & Wångdahl, 2014; Mårtensson & Wångdahl, 2015). Dessa nivåer räknades ut enligt Mårtensson och Wångdahls (2014; 2015) manualer för bedömningsinstrumenten och användes i dataanalysen som variabler. Nivåerna räknades ut genom att svaren på likertskalan fick värdet 1000 (om individen kryssat i att ofta eller alltid har problem med påståendena som radats upp), 100 (om individen ibland hade problem med påståendena) eller 1 (om individen ofta eller alltid hade problem med påståendena). Värdena per påstående summerades sedan och nivån health literacy sattes så att om en person hade över 1000 poäng sattes nivån bristande, hade individen över 100 men under 1000 fick de problematisk och hade de under 100 tillräcklig (Mårtensson & Wångdahl, 2015). För nivån av I&KHL användes en likadan metod, det var endast benämningarna som inte är liknande i de båda testen. I skala för kommunikativ och kritisk hälsolitteracitet användes svarsalternativen ”stämmer inte alls” till ”stämmer precis”. Fördelningen av poängen och indelningen av nivåerna skedde dock på samma sätt (Mårtensson & Wångdahl, 2014). Enkäter som lämnades in med felaktigt ifyllda skalor (till exempel glömt fylla i ett svarsalternativ på ett påstående), exkluderades i analysen av den skala som var felaktigt ifylld, men inkluderades i analysen av den andra skalan om den var ifylld korrekt.

De oidentifierade enkäterna gavs ett nummer, för att underlätta inmatning av data och möjliggöra kontroller av inmatningen. Inmatningen i SPSS gjordes av författaren och kontrollerades i efterhand, vid ett separat tillfälle, för att minimera risken för felinmatning. För att bearbeta och

presentera enkätsvaren användes beskrivande metoder. För att både beskriva den inkluderade populationen och visa nivåer av health literacy i den undersökta population användes frekvenstabeller.

För att jämföra health literacy mellan olika grupper i populationen, så som mellan könen eller olika utbildningsnivå, användes crosstabulation tabeller för att presentera skillnaderna och Chi-squared test (X^2) för att beräkna dess statistiska signifikans. Chi-squared test används för att analysera skillnader mellan två eller fler grupper av data (Ejlertsson, 2012, s 195). Analysen beräknar skillnaden mellan förväntad fördelning av data i klasser/kategorier jämfört med den uppmätta frekvensen och beräknar risken/chansen för att utfallet beror på slumpen (Bryman, 2008, s 334 - 335). Två krav för att använda Chi-squared test är att den undersökta populationen är större än $n = 30$ samt att endast en femtedel av förväntade klasserna får ha en förväntad frekvens under 5, och ingen under 1 (Ejlertsson, 2012, s 204). En gräns för statistisk signifikant sattes vid P-värde $< 0,05$.

För att räkna ut samband mellan faktorerna ålder och health literacy; sjukvårdskontakt och health literacy; och utbildningsnivå och health literacy gjordes en rangkorrelationsanalys. För att mäta hur starkt ett samband är i ett material där minst en variabel är på ordinal nivå beräknades Spearmans rangkorrelationskoefficient. Koefficienten visar i sin storlek hur starkt ett samband är, där 0 är inget samband och 1 (eller -1) är största möjliga samband. Plus och minustecknet innan koefficienten visar om sambandet är negativt eller positivt (Ejlertsson, 2012, s 233 - 235).

Etiska överväganden

I denna studie informerades deltagarna om frågorna som ingick i enkäten och individen kunde själv välja om denne ville svara eller inte, och på så sätt undvika studien om det skulle innebära obehag för individen. Erlen (2004) beskriver att bristande health literacy är stigmatiserande och de personerna kan uppleva skam och diskriminering. Detta är ett faktum som är viktigt att ha i åtanke när en studie, och framför allt urvalet, utformas. Erlen (2004) beskriver vidare att den eventuella upplevda skammen även kan påverka patienters svar på frågor om deras health literacy. Detta kan alltså påverka både deltagare och studien. Enligt Vetenskapsrådet (2011) får människor som ingår i studier inte kränkas eller skadas, för att undvika detta är tillvägagångssättet och informationen viktig (Erlen, 2004). Studien i sig och resultatet kunde ha påverkats på det sättet att människor ej vågade vara ärliga med svaren på grund av skammen som finns kopplad till låg health literacy (Erlen, 2004). Detta försökte förebyggas genom att information om syftet med studien och vikten av det resultat som den skulle utmynna i.

Utöver detta beskriver Vetenskapsrådet (2002) att fyra olika principer behöver uppfyllas för att säkerställa de etiska aspekterna för forskning. Dessa är: Informationskravet, samtyckeskravet, konfidentialitetskravet och nyttjandekravet.

Informationskravet innebär att forskaren måste informera deltagare och andra berörda människor om forskningen (Vetenskapsrådet, 2002). I denna studie fick områdeschefer, personal på träffpunkter/mötesplatser och de tilltänkta deltagarna både skriftlig och muntlig information om studien innan deltagandet. Samtyckeskravet innebär att en tilltänkt deltagare själv ska bestämma om denne vill vara med i studien eller inte (Vetenskapsrådet, 2002). I denna studie fick de tilltänkta deltagarna, efter de fått information om studien själva bestämma om de ville få en enkät och om de sedan ville lämna i den ifylla enkäten. Konfidentialitetskravet innebär att alla uppgifter om personer som ingår i studien kommer förbli konfidentiellt (Vetenskapsrådet, 2002). Detta innebar i denna studie att inga personer kom att namnges eller beskrevs i studien. Inte heller träffpunkterna/mötesplatserna eller staden kan identifieras i den färdiga rapporten. Alla uppgifter, så som ifyllda enkäter, kommer förstöras efter kursens slut. Nyttjandekravet innebär att den information som samlas in endast får användas för forskning och alltså ej får användas eller säljas vidare till andra ändamål (Vetenskapsrådet, 2002). De uppgifter som samlades in i denna studie kommer endast användas i samband med den rapport som skrivs för kursen och sedan kommer uppgifterna förstöras.

Resultat

I undersökningen inkluderades 96 enkäter ifyllda av personer mellan 65 och 98 år. Av dessa var 72 besvarade av kvinnor och 24 av män. Medelåldern för de inkluderade kvinnorna var 80,8 år och männen 80,7 år (tabell 1). Av de som fyllde i enkäten hade 98% svenska som modersmål, endast en person hade annat nordiskt språk som modersmål och en person annat språk. Majoriteten av deltagarna, 58%, hade gått ur grundskolan som högsta utbildning, medan 26% hade högre utbildning än så. När det gäller kontakt med sjukvården svarade 99% på frågan och antalet tillfällen var relativt jämt fördelat mellan svarsalternativen, men det vanligaste var att ingen kontakt med sjukvården hade förekommit (29%), tätt följt av 1 gång (26%).

Tabell 1. Demografisk data på den inkluderade populationen.

	Antal	Procent (n=96)
Kön		
Kvinna	72	75
Man	24	25
Missing	0	
Åldersgrupper		
65 - 74	28	29,2
75 - 84	32	33,3
85 - 94	28	29,2
95 - 100	6	6,3
Missing	2	2,1
Högsta slutförda utbildning		
Ej gått ur grundskolan	14	14,6
Grundskolan/folkskolan	56	58,3
Gymnasiet	12	12,5
Eftergymnasial/högskola	13	13,5
Missing	1	1,0
Modersmål		
Svenska	94	97,9
Annat nordiskt språk	1	1,0
Annat språk	1	1,0
Missing	0	0
Kontakt med sjukvård de senaste tre månaderna		
Ingen gång	28	29,2
1 gång	25	26,0
2 gånger	18	18,8
3 eller fler gånger	24	25,0
Missing	1	1,0

Health literacy i den testade populationen

Alla frågorna i testet ”skala för funktionell hälsolitteracitet” besvarades av 93 personer. Tre enkäter exkluderades då enkäterna inte var ifyllda med ett svar på varje påstående. I populationen i sin helhet var den vanligaste nivån av FHL problematisk, 39 individer, eller 41 %, hade problematisk FHL medan 32 (33%) hade bristande och endast 22 (23%) hade tillräcklig FHL (tabell 2).

Tabell 2: Uppmätt nivå av health literacy

	Nivå av funktionell health literacy		Nivå av kommunikativ och kritisk health literacy	
	Antal	Procent (n=96)	Antal	Procent (n=96)
Tillräcklig	22	23	23	24
Problematisk	39	41	43	45
Bristande	32	33	19	20
Missing	3	3	11	12

Testet ”skala för kommunikativ och kritisk health literacy” fylldes i korrekt, med ett kryss på varje påstående av 85 personer. Tre enkäter exkluderades då de inte hade ett kryss för varje påstående och åtta enkäter hade lämnats tomma vid inlämning av enkäten. Resultatet visade att något fler hade problematisk I&KHL (43 stycken, 45%) jämfört med FHL (39 stycken, 41%), medan 23 stycken (24%) hade tillräcklig och 19 (20%) hade bristande I&KHL (tabell 2).

Skillnader i health literacy mellan könen

Tabell 3. Uppmätt nivå av health literacy för kvinnor och män

	Nivå av funktionell health literacy			Nivå av kommunikativ och kritisk health literacy		
	Tillräcklig	Problematisk	Bristande	Tillräcklig	Problematisk	Bristande
Kvinna	15 (22%)	29 (42%)	25 (36%)	17 (27%)	31 (49%)	15 (24%)
Man	7 (29%)	10 (42%)	7 (29%)	6 (27%)	12 (55%)	4 (18%)

Av de som fyllde i enkäten identifierade sig 72 (75%) som kvinnor och 24 (25%) identifierade sig som män. När det gäller FHL hade något större procent av männen (29%) jämfört med kvinnorna (22%) tillräcklig health literacy. Andelen med problematisk health literacy var relativt jämt mellan könen. En större del av kvinnorna 36% jämfört med männen (29%) hade bristande health literacy (tabell 3). En tendens till att männen, procentuellt, hade bättre FHL än kvinnorna kunde ses i

resultatet av ”skala för funktionell hälsolitteracitet” i och med att 7 procentenheter fler hade tillräcklig FHL. För att testa om skillnaden var statistiskt säkerställda gjordes Chi-square test, vilket visade att skillnaden mellan könen inte var statistiskt signifikant ($P = 0,714$).

När det gäller I&KHL jämfört mellan könen såg fördelningen liknande ut. Resultatet på testet ”Skala för kommunikativ och kritisk hälsolitteracitet” visar att 27% av både männen och kvinnorna hade tillräcklig health literacy, medan 49% av kvinnorna och 55% av männen hade problematisk health literacy och 24% av kvinnorna och 18% av männen hade bristande health literacy (tabell 3). Lika stor andel av de båda könen hade alltså tillräcklig I&KHL, men sedan hade något större andel av männen problematisk och kvinnor bristande health literacy. Männen hade alltså något bättre I&KHL än kvinnorna. Chi-square testet (X^2) visar dock att inte heller denna skillnad var statistiskt signifikant ($P = 0,851$).

Samband mellan ålder och health literacy

De inkluderade studiedeltagarna var mellan 65 och 98 år gamla. Endast 6 personer var över 95 år, medan resten var fördelat relativt jämt mellan åldersgrupperna 65 - 74, 75 - 84, 85 - 95 (tabell 1). Resultatet på ”skala för funktionell hälsolitteracitet” och ”skala för kommunikativ och kritisk hälsolitteracitet” var relativt lika (tabell 4).

Tabell 4. Nivå av health literacy per åldersgrupper

	Nivå av funktionell health literacy			Nivå av kommunikativ och kritisk health literacy		
	Tillräcklig	Problematisksk	Bristande	Tillräcklig	Problematisksk	Bristande
65 - 74 år	10 (36%)	11 (39%)	7 (25%)	10 (37%)	12 (44%)	5 (19%)
75 - 84 år	6 (19%)	15 (48%)	10 (32%)	7 (23%)	19 (61%)	5 (16%)
85 - 94 år	4 (15%)	12 (46%)	10 (39%)	3 (14%)	11 (53%)	7 (33%)
95 - 100 år	2 (33%)	1 (17%)	3 (50%)	3 (50%)	1 (25%)	1 (25%)

I den yngsta ålderskategorin hade 10 personer tillräcklig, 11 problematiskt, 7 bristande FHL, i den lite äldre (75 - 84 år), hade något färre tillräcklig (6 stycken) och något fler problematiskt och bristande FHL. Mönstret fortsätter då det gäller den äldre ålderskategorin 85 - 94 år också, där antalet med tillräcklig health literacy faller till 4, antalet med problematisk är 12 och 10 hade bristande FHL. Den äldsta ålderskategorin innehöll endast 6 stycken enkäter, men där hade hälften bristande FHL.

Resultatet för ”skala för kommunikativ och kritisk hälsolitteracitet” bestod av åtta färre korrekt ifyllda enkäter, majoriteten av de som exkluderats (fem stycken) var från åldersgruppen 85 - 94 år. Annars visade resultatet liknande tendenser, i förhållande till åldersgrupp, som för FHL. Något större andel av de yngre åldersgrupperna hade tillräcklig I&KHL jämfört med de äldre. I de äldre åldersgrupperna var det vanligare med problematisk och/eller bristande I&KHL (tabell 4).

För att vidare studera sambandet mellan ålder och health literacy och kunna jämföra resultaten på ”skala för funktionell hälsolitteracitet” samt ”skala för kommunikativ och kritisk hälsolitteracitet” i förhållande till ålder gjordes en rangkorrelationsanalys (tabell 5).

Spearman's rangkorrelationskoefficient 0,152 tydde på ett svagt positivt samband mellan ålder och resultatet på ”skala för funktionell hälsolitteracitet”. Det betydde att det fanns en svag tendens att ökad ålder korrelerar med sämre health literacy. Samma sak tydde rangkorrelationskoefficienten 0,124 för sambandet mellan ålder och resultatet på ”skala för kommunikativ och kritisk hälsolitteracitet”. Även där fanns ett svagt positivt samband mellan ökad ålder och sämre health literacy. Ingen av dessa tendenser var dock statistiskt signifikant ($P = 0,152$ respektive $P = 0,265$) och de var väldigt små.

Tabell 5. Rangkorrelationsanalys mellan ålder och nivå av health literacy

Spearman's rho		Ålder	Resultat på skala för funktionell hälsolitteracitet	Resultat på skala för kommunikativ och kritisk hälsolitteracitet
Ålder	Correlation coefficient	1,000	0,152	0,124
	Sig. (2-tailed)	.	0,152	0,265
	N	94	91	83
Resultat på skala för funktionell hälsolitteracitet	Correlation coefficient	0,152	1,000	0,499**
	Sig. (2-tailed)	0,152	.	0,000
	N	91	93	85
Resultat på skala för kommunikativ och kritisk hälsolitteracitet	Correlation coefficient	0,124	0,499**	1,000
	Sig. (2-tailed)	0,265	0,000	.
	N	83	85	85

** . Correlation is significant at the 0,01 level (2-tailed).

Samband mellan health literacy och kontakt med sjukvården

I enkäten tillfrågades deltagarna om antalet gånger de haft kontakt med sjukvården under de senaste tre månaderna. Resultatet för hela den tillfrågade populationen redovisades tidigare i tabell 1. När

de gäller sambandet mellan nivå av FHL och kontakt med sjukvården de senaste tre månaderna är fördelningen relativ jämn (tabell 6).

Tabell 6. Kontakt med sjukvård och uppmätt nivå av health literacy.

	Nivå av funktionell health literacy			Nivå av kommunikativ och kritisk health literacy		
	Tillräcklig	Problematisksk	Bristande	Tillräcklig	Problematisksk	Bristande
Ingen gång	5 (23%)	12 (31%)	11 (34%)	5 (22%)	11 (25%)	7 (37%)
1 gång	6 (27%)	11 (28%)	8 (25%)	5 (22%)	14 (33%)	5 (26%)
2 gånger	6 (27%)	6 (15%)	5 (16%)	8 (35%)	6 (14%)	3 (16%)
3 gånger eller fler	5 (23%)	10 (26%)	8 (25%)	5 (21%)	12 (28%)	4 (21%)

Av dem med tillräcklig FHL hade lika många haft kontakt med sjukvården 1 eller 2 gånger (27% respektive). Medan för de med problematisk FHL var det vanligaste svarsalternativet ingen gång (31%), följt av 1 gång (28%). För de med bristande FHL var det vanligaste svarsalternativet ingen gång (34%).

I&KHL visade en likvärdig fördelning när det gäller kontakt med sjukvården de senaste tre månaderna. För de med tillräcklig I&KHL var det 35% som hade besökt sjukvården 2 gånger, medan för de med problematisk I&KHL hade 33% 1 besök till sjukvården och de med bristande I&KHL hade 37% inte besökt sjukvården alls under de senaste tre månaderna.

Vidare analyserades sambandet mellan nivå av FHL respektive I&KHL och sjukvårdskontakt. För att bestämma ett samband mellan health literacy och kontakt med sjukvården gjordes en rangkorrelationsanalys och Spearmans rangkorrelationskoefficient beräknades för resultaten på de två bedömningsinstrumenten separat. Rangkorrelationsanalysen mellan health literacy och kontakt med sjukvården under de senaste tre månaderna visade på ett väldigt svagt samband (-0,063 respektive -0,112). Det negativa sambandet antyder att ju bättre health literacy, ju fler sjukvårdskontakter hade deltagarna uppgett. Analysen visade dock inte någon statistisk signifikans (P = 0,547 respektive P = 0,308).

Skillnad i health literacy mellan utbildningsnivå

Majoriteten av deltagarna (53 stycken) hade gått ur grundskola/folkskola som högsta slutförda utbildning (tabell 1). För de som ej gått ur grundskolan och alltså hade lägst högstanivå av slutförd

utbildning hade majoriteten (8 stycken) bristande FHL (tabell 7). För de som gått ur grundskolan/folkskolan var den vanligaste uppmätta nivån av FHL problematisk (21 stycken) och för de som hade gått ut gymnasiet var det tillräckligt som uppmättes av fem av de 12 personerna. Av de som gått eftergymnasial/högskoleutbildning hade majoriteten (9 stycken) problematisk FHL.

Uppmätta nivåer av I&KHL skiljer sig något från de för FHL. För de som ej gått ur grundskolan var nivåerna problematisk och bristande lika vanlig (4 personer respektive). Medan av de som gått ur grundskola/folkskola hade majoriteten (25 stycken) problematisk health literacy. Samma sak gällde för både de som gått ur gymnasiet och de som studerat eftergymnasialt och på högskola, där hade majoriteten problematisk health literacy, men för den grupp äldre som studerat eftergymnasialt/högskola hade en större andel (38,%) tillräcklig health literacy än för de andra utbildningsnivåerna.

Tabell 7. Utbildningsnivå och uppmätt nivå av health literacy

	Nivå av funktionell health literacy			Nivå av kritisk och kommunikativ health literacy		
	Tillräcklig	Problematisk	Bristande	Tillräcklig	Problematisk	Bristande
Ej gått ur grundskolan	1 (7%)	5 (36%)	8 (57%)	2 (20%)	4 (40%)	4 (40%)
Grundskola/folkskola	13 (24%)	21 (40%)	19 (36%)	13 (27%)	25 (51%)	11 (22%)
Gymnasiet	5 (42%)	4 (33%)	3 (25%)	3 (25%)	7 (58%)	2 (17%)
Eftergymnasial/högskola	3 (23%)	9 (69%)	1 (8%)	5 (38%)	7 (54%)	1 (8%)

För att analysera sambandet mellan utbildningsnivå och nivå av health literacy gjordes en rangkorrelationsanalys och Spearmans rangkorrelationskoefficient beräknades för resultaten på de två bedömningsinstrumenten separat. Analysen visade att det fanns ett svagt negativt samband mellan högsta slutförda utbildning och FHL (-0,272). Alltså visar analysen att högre högsta slutförda utbildning hade ett samband med högre nivå av health literacy. Detta samband var statistiskt signifikant ($P = 0,009$). Sambandet mellan högsta slutförda utbildning och I&KHL var också svagt negativt (-0,175), alltså att högre utbildningsnivå hörde ihop med högre nivå health literacy. Detta samband var dock ej statistiskt signifikant ($P = 0,112$).

Diskussion

Metoddiskussion

För att uppnå syftet, att mäta health literacy i en grupp äldre (över 65 år), gjordes en tvärsnittsstudie med en enkät som datainsamlingsmetod. Tvärsnittsstudier används ofta för att kartlägga en befolkningsgrupp avseende en förutbestämd faktor och samband mellan olika mätta variabler kan då fastställas (Bryman, 2008, s 44; Ejlertsson, 2012, s 22). I denna studie kunde därför förutom den uppmätta nivån även sambanden mellan nivå av health literacy och faktorer så som ålder analyseras. Skillnader mellan grupperns uppmätta health literacy, så som mellan kvinnor och män, kunde också analyseras med data från en tvärsnittsstudie. Genomförandet av denna studie visar att tvärsnittsstudie som metod skulle kunna användas för vidare forskning på området.

I denna studie är det en del variabler som inte kunde inkluderas i analysen på grund av begränsningar i dess storlek. Till exempel så har tidigare studier visat att kognition är tätt sammankopplat med health literacy (Federman, Sano, Wolf, Siu, Halm, 2009; Kobayashi et al., 2015; Kobayashi, Wardle, Wolf & von Wagner, 2014; Möttus, et al., 2013; Sequeira et al., 2013). Studier har dock även visat att då resultatet kontrollerats för (räknat bort effekten av kognition) har i många studier resultatet kvarstått, vilket de tolkat som att kognition förstärker eller bidrar till nivå av health literacy, men är inte hela förklaringen av en individs health literacy (Kobayashi, Wardle, Wolf & von Wagner, 2014). Kognition och dess inverkan på health literacy undersöktes ej i samband med denna studie, vilket betyder att de inkluderade individernas kognition ej mätts och det finns ingen information om kognitiva förmågor skulle kunna förklara delar av resultatet.

Mötesplatser för äldre valdes ut för datainsamling och åtta mötesplatser valdes ut för att få ett tillräckligt underlag. Att det var olika mötesplatser var viktigt för att minska risken att det var en ensidig demografi på de deltagare som inkluderades i studien. Likhet, som ej mättes, fanns ändå hos den gruppen av äldre som befann sig på mötesplatserna. De hade aktivt bestämt sig för att ta sig till mötesplatsen, en social aktivitet, och de kunde ta sig dit, med eller utan hjälp. Eftersom ungefär hälften av mötesplatserna låg på särskilda boenden, gjorde detta att personer med stora hjälpbehov hade kort väg till mötesplatserna och kunde få hjälp av personal att ta sig dit. Vilket gjorde att människor som kanske annars hade exkluderats ur studien på grund av att de inte nåtts, kunde inkluderas. Människor som genom utformningen av urvalet för denna studie som eventuellt inte nåtts är dock äldre som bor hemma som är i dålig fysisk hälsa, och äldres som inte lockas av den typ av social verksamhet som en träffpunkt erbjuder.

En grupp som var underrepresenterad i denna studie var människor som talade något annat språk än svenska som modersmål. Det fanns ingen som tackade nej till deltagande på grund av att de inte förstod svenska, de verkade inte finnas på mötesplatserna över huvud taget. Enligt aktivitetshandledaren på mötesplatserna hade de knappt några erfarenheter av icke-svensktalande eller äldre med annat modersmål än svenska, vad de visste. En tänkbar anledning kan vara att om en persons svenska inte är fullgod söker de sig inte till sociala aktiviteter med bara svensktalande. På grund av de få personer med annat än svenska som modersmål gick någon analys av samband mellan språk och health literacy inte att göra. Den inkluderade populationen kan inte ses som ett randomiserat stickprov av gruppen äldre över 65 år, och därmed kan inte resultatet generaliseras till den populationen.

Även män var underrepresenterade i denna studie, vilket skulle kunna påverkat resultat i denna studie vad gäller analysen av kvinnors jämfört med mäns health literacy. Endast 24 män inkluderades i studien, de utgjorde 25% av de inkluderade deltagarna. Gruppen kvinnor är större än gruppen män bland äldre över 65 år i Sverige. År 2015 fanns det i Sverige 1 051 328 kvinnor och 895 899 män, vilket betyder att män utgör 46% av befolkningen i gruppen äldre över 65 år (SCB, 2016). Så att endast 25% av de inkluderade personerna i denna studie var män gör att urvalet inte är representabel för gruppen äldre i avseende av könsfördelning, vilket kan ha påverkat resultatet i okänd riktning.

För datainsamlingen valdes ”Skala för funktionell hälsolitteracitet” för att testa FHL (Mårtensson & Wångdahl, 2015) samt ”skala för kommunikativ och kritisk hälsolitteracitet” för att testa I&KHL (Mårtensson & Wångdahl, 2014). Två skalor valdes ut för att testa alla tre aspekterna av health literacy. Enkäten som lämnades ut innehöll tre sidor. Författarens erfarenheter från datainsamlingen var att en del deltagare reagerade på att det var mycket. En del som lämnade in sa också att de inte orkade fylla i hela. Detta återspeglas i resultatet då åtta färre personer fyllde i ”skala för kommunikativ och kritisk hälsolitteracitet”, vilket var den skala som låg sist i enkäten. Detta kallas enligt Bryman (2008, s 217) response fatigue och kan förebyggas genom kortare enkäter. I framtida forskning bör detta beaktas i valet av bedömningsinstrument.

Resultatdiskussion

Syftet med denna studie var att mäta health literacy hos en grupp äldre i en medelstor kommun i Sverige. Enkäter från 96 individer analyserades och visade på spridning av både nivå av health literacy och demografiska egenskaper. Resultatet visade att när det gällde FHL så hade 23% tillräcklig, 41% problematisk och 33% hade bristande FHL. För I&KHL visade det sig att 24%

tillräcklig, 45% problematisk och 20% hade bristande health literacy. Resultatet visade också tendenser till att män hade högre nivå av health literacy än kvinnor, att ökad ålder hade ett samband med lägre health literacy, att högre health literacy hade ett samband med fler sjukvårdsbesök och att lägre utbildningsnivå hade ett samband med lägre health literacy.

Av den testade populationen av äldre hade hela 33% bristande FHL och 20% bristande I&KHL. Detta är betydligt större andel än i andra studier från Europa (WHO, 2013). Sørensen et al. (2015) visade att 12% av testade individer, visserligen i vuxen ålder, i sju Europeiska länder hade bristande health literacy. I denna studie hade 41% problematisk FHL och 45% problematisk I&KHL. I Europa låg andelen som hade problematisk health literacy på 35%. Health literacy var då testat med instrumentet HLS-EU och resultatet var uppdelat i fyra nivåer (bristfällig, problematisk, tillräcklig och excellent health literacy), den utfördes också på vuxna i alla åldrar och inte bara äldre som denna studie. I instrumentet HLS-EU testas alla tre aspekter av health literacy, men vägs ihop till en sammanlagd nivå och redovisas ej var för sig (Sørensen, et al., 2015; WHO, 2013). Andra studier som har beskrivit äldre populationers health literacy finns från till exempel Tyskland, där en grupp människor i åldern 55 till 91 år testats med testet HLS-EU-Q16 och där fanns 4% ha bristande health literacy, 23% problematisk, 50% tillräcklig och 23% excellent (Tiller, Herzog, Kluttig & Haerting, 2015).

En tänkbar anledning till det lägre nivån av health literacy i populationen i denna studie kan troligtvis, i alla fall delvis, förklaras i rekryteringen av deltagare. Rekryteringen av deltagare till denna studie skedde bland annat på mötesplatser som låg i anslutning till särskilda boenden. På dessa mötesplatser samlades många av de boende från de särskilda boendena, vilket gjorde att de kunde rekryteras till denna studie, men de hade på grund av sin hälsa och ökade vårdbehov, vilket är varför man beviljas särskilt boende, säkert inte kunnat ta sig till andra platser om rekryteringen endast skett på publika ställen eller övriga pensionärsföreningars mötesplatser. Paasche-Orlow, Parker, Gazmararian, Nielsen-Bohlman och Rudd (2004) diskuterar dock i sin studie angående förekomst av bristfällig health literacy att så kallad bekvämlighetsurval inte påverkade slutresultatet av mängden inkluderade människor som hade bristfällig health literacy. Även ålder på de inkluderade individerna kan ha spelat roll. I den jämförbara studien från Tyskland (Tiller, Herzog, Kletig & Haerting, 2015) inkluderades personer från 55 år, och i den Europeiska studien inkluderas vuxna över 18 år (WHO, 2013), båda studierna poängterar att äldre har sämre health literacy, men separata siffror för människor över 65 år redovisas ej.

I denna studie visade resultatet en tendens till att män hade högre både FHL och I&KHL än vad kvinnor hade. Tiller, Herzog, Kluttig och Hearting (2015) beskriver kunskapsläget angående sambandet mellan kön och health literacy som oklart. I deras studie på Tyska äldres (55 - 91 år) health literacy visade de att män hade bättre health literacy än kvinnor. Medan en litteraturstudie över amerikanska studier på vuxna över 25 år, visade att det inte fanns något samband mellan kön och health literacy (Paasche-Orlow, Parker, Gazmararian, Nielsen-Bohlman & Rudd, 2004). Van der Heide et al (2013) beskriver i sin studie på vuxna nederländare (från 18 år) att kvinnor hade högre health literacy än män. Även Cho, Lee, Arozullah och Crittenden (2008) beskriver detta.

Resultatet i denna studie visade på ett svagt samband mellan ökad ålder och minskad nivå av health literacy. Detta gällde både FHL och I&KHL. Det betyder att av de inkluderade individerna i denna studie fanns det en tendens att de med högre ålder hade lägre health literacy än de yngre, resultatet var dock ej statistiskt signifikant. Detta resultat liknar resultat från tidigare studier: Äldre som grupp har högre risk att ha låg health literacy (Paasche-Orlow, Parker, Gazmararian, Nielsen-Bohlman & Rudd, 2004; WHO, 2013), men studier visar också att ökad ålder inom denna grupp också ökar risken för att ha låg health literacy. En 95 åring har alltså högre teoretisk risk att ha låg health literacy än en 65 åring (Baker, Gazmararian, Sudano & Petterson, 2000; Kobayashi, Wardle, Wolf & von Wagner, 2014), vilket även resultatet från denna studie visar.

Vidare visade resultatet i denna studie på en liten tendens till att ju högre nivå av health literacy (både FHL och I&KHL) ju fler kontakter med sjukvården rapporterade deltagarna. Sambanden var svaga och inte heller statistiskt signifikanta. Resultat stämmer dock överens med tidigare forskning inom området: Till exempel så beskriver Scott, Gazmararian, Williams och Baker (2002) och Sudore et al. (2006) att människor med bristfällig health literacy utnyttjar preventiva hälso- och sjukvårdsinsatser, så som mammografier och vaccinationer, i lägre utsträckning än de med tillräcklig health literacy. Vidare beskriver Sudore et al (2006) att personer med tillräcklig health literacy i större utsträckning hade god tillgång till hälso- och sjukvård. Det är en amerikansk studie där deltagare med tillräcklig health literacy i högre grad hade en familjeläkare, tillhörde en vårdcentral och hade fått influensavaccinationer enligt rekommendation. Författarna till studien drar slutsatsen att health literacy kan vara en oberoende faktor som påverkar ojämlikhet i tillgång till hälso- och sjukvård. Cho, Lee, Arozullah och Crittenden (2008) beskriver i sin studie att högre nivå av health literacy hade ett samband med mer användande av preventiva hälsoåtgärder, men färre sjukhusinläggningar och akutbesök, något de beskriver som en samhällsvinst. Rice, Unruh, Rosenau, Barnes, Saltman och van Ginneken (2014) beskriver dock vissa svårigheter med att generalisera resultat på amerikans forskning till andra länder i världen, framför att då det gäller

tillgång till sjukvård. Det amerikanska systemet för sjukvård bygger inte på "universal healthcare" utan många stängs ute från sjukvården på ett sätt som de inte görs i till exempel Europeiska länder med gratis eller kraftigt subventionerad sjukvård.

Resultatet visade på en svag tendens till att personer med lägre utbildningsnivå också hade lägre health literacy. Sambandet mellan FHL och utbildningsnivå var statistiskt signifikant, medan sambandet mellan I&KHL och utbildningsnivå, som visade liknande samband, ej var statistiskt signifikant. Även detta resultat är i linje med internationell forskning. En finsk studie från 2012 visade på ett samband mellan health literacy och utbildningsnivå. I den studien hade de individer (65-79 år) med lägst utbildningsnivå också lägst health literacy (Eriksson-Backa et.al., 2012). Samma sak visade en Nederländsk studie från 2013 gjorda på vuxna över 25 år (van der Heide, et al., 2013) och en amerikansk litteraturstudie på vuxna individer från 2004 (Paasche-Orlow, Parker, Gazmararian, Nielsen-Bohlman & Rudd, 2004) samt en amerikansk studie på äldre (över 65 år) från 2008 (Cho, Lee, Arozullah, Crittenden, 2008). Tidigare studier har visat att förutom utbildningsnivå har även livslångt lärande betydelse för nivån av health literacy. De personer som fortsatt utbilda sig i vuxen ålder, inklusive att läsa böcker, hade högre health literacy än de som inte gjort det (Wister, Malloy-Weir, Rootman, Desjardins, 2010).

Statens folkhälsoinstitut (2012) beskriver att Sverige står inför en utmaning med en åldrande befolkning, där fler människor blir äldre och den förväntade livslängden blir längre och längre (Statens folkhälsoinstitut, 2012). Det finns ojämlikheter i svensk hälso- och sjukvård där många äldre inte har tillgång till hälso- och sjukvård i den utsträckning de skulle behöva (Socialstyrelsen, 2011). Äldres självskattade hälsa är sämre än övriga befolkningen i Sverige (Statens folkhälsoinstitut, 2012) och de använder en större del av sjukvård än resten av befolkningen (Socialstyrelsen, 2011). Forskning som tidigare redovisats i denna studie tyder på att health literacy kan vara en faktor som spelar stor roll i äldres hälsa, deras självskattade hälsa och deras möjlighet att söka och få rätt vård. Manafo och Wong (2012) skriver att förbättra äldres health literacy är en viktig insats för folkhälsovetare för att skapa en hållbar hälso- och sjukvård. Resultatet i denna studie tyder på att det finns äldre över 65 år som har bristfällig eller problematisk health literacy även i Sverige. Med tanke på den åldrande befolkningen i Sverige är health literacy ett intressant ämne för fortsatta studier.

Konklusion

Sammanfattningsvis visade denna studie av äldre, 65 år och äldre, i en mellanstor kommun i Sverige att en förhållandevis stor andel av gruppen hade bristande eller problematisk health literacy.

Endast drygt en fjärdedel av den inkluderade populationen hade tillräcklig FHL och I&KHL. Urvalet var dock litet och kan ej ses som representativt för gruppen äldre över 65 år i Sverige. Vidare forskning behövs för att undersöka äldre i Sveriges health literacy.

Referenser

- Baker, D., Gazmararian, J., Sudano, J., & Patterson, M. (2000). The Association Between Age and Health Literacy Among Elderly Persons. *Journal of Gerontology*, 55B, (6), 368-374.
- Baker, D., Gazmararian, J., Williams, M., Scott, T., Parker, R., Green., et al. (2002). Functional Health Literacy and the Risk of Hospital Admission Among Medicare Managed Care Enrollees. *American Journal of Public Health*, 92, (8), 1278-1283.
- Baker, D., Williams, M., Parker, R., Gazmararian, J., & Nurss, J. (1999). Development of brief test to measure functional health literacy. *Patient Education and Counseling*, 38, 33-42.
- Bryman, A. (2008). *Social Research Methods 3rd edition*. USA: Oxford University Press.
- Cho, Y., Lee, S., Arozullah, A., & Crittenden, K. (2008). Effects of Health Literacy on Health Status and Health Service Utilization Among the Elderly. *Social Science & Medicine*, 66, 1809-1816.
- Djurfeldt, G., Larsson, R., & Stärnhagen, O. (2010). *Statistik verktygslåda 1 - samhällsvetenskaplig orsaksanalys med kvantitativa metoder*. Lund: Studentlitteratur.
- Ejlertsson, G. (2012). *Statistik för hälsovetenskaperna*. Lund: Studentlitteratur.
- Eriksson-Backa, K., Ek, S., Niemelä, R., & Huotari, M-L. (2012). Health information literacy in everyday life: A study of Finns aged 65-79 years. *Health Informatics Journal*, 18, (2), 83-94.
- Erlen, J. (2004). Functional Health Literacy. Ethical Concerns. *Orthopaedic Nursing*, 23, (2), 150-153.
- Federman, A., Sano, M., Wolf, M., Siu, A. & Halm., E. (2009). Health literacy and cognitive performans among older adults. *Journal of American Geriatrics Society*, 57, (8), 1475-1480.
- Folkhälsomyndigheten. (2016). Hälsosamt internationellt åldrande. Tillgängligt på: <https://www.folkhalsomyndigheten.se/livsvillkor-levnadsvanor/halsa-i-olika-grupper/halsosamt-aldrande/internationellt/> 2016-05-13. 18:45.

Geboers, B., de Winter, A., Luten, K., Jansen, C., & Reijneveld, S. (2014). The Association of Health Literacy with Physical Activity and Nutritional Behavior in Older Adults, and Its Social Cognitive Mediators. *Journal of Health Communications, 19*, 61-76.

van der Heide, I., Rademakers, J., Schipper, M., Droomers, M., Sørensen, K., & Uiters, E. (2013). Health literacy of Dutch adults: a cross sectional survey. *BMC Public Health, 13*, 179.

Kobayashi, L., Smith, S., O'Connor, R., Curtis, L., Park, D., von Wagner, C., Deary, I., & Wolf, M. (2015). The Role of Cognitive Function in the Relationship Between Age and Health Literacy: a Cross-Sectional Analysis of Older Adults in Chicago, USA. *BMJ Open*. E007222 Doi: 10.1136/bmjopen-2014-007222.

Kobayashi, L., Wardle, J., Wolf, M., & von Wagner, C. (2014). Aging and Functional Health Literacy: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Journal of Gerontology, Series B: Psychological Sciences and Social Sciences, 30*, (7), 958-964.

Kondilis, B., Kiriaze, I., Athanasoulia, A., & Falagas, M. (2008). Mapping Health Literacy Research in the European Union: A Bibliometric Analysis. *PLoS One, 3*, (6), e2519. doi:10.1371/journal.pone.0002519.

Manafo, E., & Wong, S. (2012). Health literacy programs for older adults: a systematic literature review. *Health Education Research, 31*, (2), 1-14.

Mårtensson, L., & Hensing, G. (2009). *Förmågan att förvärva, förstå och använda information om hälsa - en introduktion till begreppet hälsolitteracitet*. Göteborg: Göteborgs universitet.

Mårtensson, L., & Hensing, G. (2011). Hälsolitteracitet grundbulten i patientmötet. Bottnar i människors förmåga att fatta självständiga beslut i hälsofrågor. *Läkartidningen, 51-52*, (108), 2718-2720.

Mårtensson, L., & Wångdahl, J. (2014). *SKKHL - Skala för kommunikativ & kritisk hälsolitteracitet Svensk version -Handledning för hur du ska använda skalan*. Göteborg och Uppsala: Uppsala Universitet & Göteborg Universitet.

Mårtensson, L., & Wångdahl, J. (2015). *SFHL - Skala för funktionell hälsolitteracitet Svensk version -Handledning för hur du ska använda skalan*. Göteborg och Uppsala: Uppsala Universitet & Göteborg Universitet.

Möttus, R., Johnson, W., Murray, C., Wolf, M., Starr, J., & Deary, I. (2014). Towards Understanding the Links Between Health Literacy and Physical Health. *Health Psychology*, *33*, (2), 164-173.

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.

Olander, E., Ringsberg, K.C., och Tillgren, P. (2014). Health Literacy - ett dynamiskt begrepp. I K. Ringsberg, E. Olander, P. Tillgren. (Red). *Health Literacy: Teori och praktik i hälsofrämjande arbete*. (47 - 74). Lund: Studentlitteratur.

Paasche-Orlow, M., Parker, R., Gazmararian, J., Nielsen-Bohlman, L., & Rudd, R. (2004). The Prevalence of Limited Health Literacy. *Journal of General Internal Medicine*, *20*, 175-184.

Rice, T., Unruh, L., Rosenau, P., Barnes, A., Saltman, R., & van Ginneken, E. (2014). Challenges facing the United States of America in implementing Universal Coverage. *Bulletin of the World Health Organisation*, *92*, 894-902.

SCB. (2016). Befolkningsstatistik. Tillgänglig på: <http://www.statistikdatabasen.scb.se/sq/13096> 2016-04-24. 13:23.

Scott, T., Gazmararian, J., Williams, M., & Baker, D. Health Literacy and Preventive Health Care Use Among Medicare Enrollees in a Managed Care Organization. *Medical Care*, *40*, (5), 395-404.

Sequeira, S., Eggermont, L., Silliman, R., Bickmore, T., Henault, L., Winter, M., Nelson, K., Paasche-Orlow, M. (2013). Limited Health Literacy and Decline in Executive Function in Older Adults. *Journal of Health Communications*, *18*, 143-157.

Serper, M., Patzer, R., Curtis, L., Smith, S., O'Connor, R., Baker, D., et. al. (2014). Health Literacy, Cognitive Ability, and Functional Health Status Among Older Adults. *Health Services Research*, 49, (4), 1249-1267.

Socialstyrelsen. (2011). *Ojämna villkor för hälsa och vård: Jämlikhetsperspektiv på hälso- och sjukvården*. Socialstyrelsen: Socialstyrelsen.

Socialstyrelsen. (2013). Termbanken - Särskilt boende för äldre. Hämtad 8 februari, 2016, från <http://socialstyrelsen.iterm.se/showterm.php?fTid=759>.

Statens folkhälsoinstitut. (2012). *Hälsa bland 55-84-åringar Enligt den nationella folkhälsoenkäten Hälsa på lika villor (HLV)*. Sverige: Statens folkhälsoinstitut.

Sudore, R., Mehta, K., Simonsick, E., Harris, T., Newman, A., Satterfield, S., etl al. (2006). Limited Literacy in Older People and Disparities in Health and Healthcare Access. *Journal of American Geriatrics Society*, 54, 770-776.

Sørensen, K. (2014). Manifestera health literacy i Europa. I K. Rinsberg, E. Olander, P. Tillgren. (Red). *Health Literacy: Teori och praktik i hälsofrämjande arbete*. (245 - 260). Lund: Studentlitteratur.

Sørensen, K., Van den Broucke, S., Fullam, J., Doyle, G., Pelikan, J., Slonska, Z., et al. (2012). Health literacy and public health: A systematic review and integration of definitions and models. *BMC Public Health*, 12, (80). <http://www.biomedcentral.com/1471-2458/12/80>

Sørensen, K., Pelikan, J., Röthlin, F., Ganahl, K., Slonska, Z., Doyle, G., et. al. (2015). Health literacy in Europe: comparative results of the European health literacy survey (HLS-EU). *European journal of Public Health*, 25, (6), 1053-058.

Tiller, D., Herzog, B., Kluttig, A., & Haerting, J. (2015). Health literacy in an urban elderly East-German population-based CARLA study. *BMC Public Health*, 15, 883-892.

Vetenskapsrådet. (2002). *Regler och riktlinjer för forskning. Forskningsetiska principer inom humanistisk- och samhällsvetenskaplig forskning*. Stockholm: Vetenskapsrådet.

- Vetenskapsrådet. (2011). *God forskningssed*. Stockholm: Vetenskapsrådet.
- Wahlgren, L. (2014). *SPSS steg för steg*. Lund: Studentlitteratur.
- Wister, A., Malloy-Weir, L., Rootman, I., & Desjardins, R. (2010). Lifelong Educational Practices and Resources in Enabling Health Literacy Among Older Adults. *Journal of Aging and Health*, 22, (6), 827-854.
- WHO. (1998). *Health Promotion Glossary*. Geneva: WHO.
- WHO. (2013). *The Solid Facts: Health Literacy*. Denmark: World Health Organization.
- WHO. (2015). *World Report on Ageing and Health*. Geneva: World Health Organization.
- Wångdahl, J., Lytsy, P., Mårtensson, L., & Westerling, R. (2014). Health literacy among refugees in Sweden - a cross-sectional study. *BMC Public Health*, 14, 1030-1042.
- Wångdahl, J., Lytsy, P., Mårtensson, L., & Westerling, R. (2015). Health literacy and refugees' experiences of the health examination for asylum seekers - a Swedish cross-sectional study. *BMC Public Health*, 15, 1162-1175.
- Wångdahl, J., & Mårtensson, L., (2014). The communicative and Critical Health Literacy Scale - Swedish Version. *Scandinavian Journal of Public Health*, 42, 25-31.
- Wångdahl, J., & Mårtensson, L., (2015). Measuring Health Literacy - the Swedish Functional Health Literacy Scale. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 29, 165-172.

Bilaga A. Enkät äldres hälsolitteracitet

Hur gammal är du? _____ år

Är du...

- Kvinna
- Man
- Annat

Vilken är din högsta slutförda utbildning?

- Har ej gått ur grundskola/folkskola
- Grundskola/folkskola
- Gymnasiet
- Eftergymnasial/högskola

Vilket är ditt modersmål?

- Svenska
- Annat nordiskt språk
- Annat språk

Hur många gånger har du haft kontakt (via telefon, besök eller inläggning) med sjukvården under de senaste tre månaderna?

- Ingen gång
- 1 gång
- 2 gånger
- 3 eller fler gånger

Tack för att du fyller i enkäten.

Efter den här sidan följer två sidor, med fem frågor på varje sida. Kryssa i det påstående som stämmer bäst överens med hur du känner påståendet passar in på dig. Det finns inget rätt eller fel och du kommer vara helt anonym under hela processen.

Skala för funktionell hälsolitteracitet - S

Baserad på The Japanese Functional Health literacy scale (Ishikawa et al, 2008).

Frågor om hur det är för dig att ta del av information som har med hälsa, sjukdomar och sjukvård att göra.

Markera det alternativ på varje rad som stämmer bäst överens med ditt svar.

	Aldrig	Sällan	Ibland	Ofta	Alltid
a. Tycker du det är svårt att läsa hälsoinformation, för att texten är svår att se (även om du har glasögon eller linser)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b. Tycker du det är svårt att förstå ord eller siffror i hälsoinformation?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c. Tycker du det är svårt att förstå budskap i hälsoinformation?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d. Tycker du det tar lång tid att läsa hälsoinformation?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e. Händer det att du ber du någon annan person läsa och förklara hälsoinformation?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Skala för kommunikativ & kritisk hälsolitteracitet - S

Baserad på The Japanese Communicative and Critical Health literacy scale (Ishikawa et al, 2008).

Kan du hitta och använda information som har med hälsa och sjukdomar att göra, om du behöver det?

Markera med ett kryss i varje rad.

	Stämmer inte alls 1	Stämmer dåligt 2	Stämmer delvis 3	Stämmer bra 4	Stämmer precis 5
1) Jag kan hämta information från fler olika informationskällor såsom, tidningar, internet, böcker, hälso- och sjukvården, familj och vänner m.m.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2) Jag kan välja ut just den information som jag behöver från en mängd informationskällor.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3) Jag kan förstå informationen och dela med mig av den till andra.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4) Jag kan bedöma om informationen är trovärdig.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5) Jag kan med hjälp av informationen planera och avgöra vad jag behöver göra för att förbättra min hälsa.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Bilaga B Information om en enkätstudie om äldres Health Literacy

Härmed tillfrågas du att delta i denna undersökning.

Syftet med denna undersökning är att kartlägga äldres health literacy, eller hälsolitteracitet som det heter på svenska. Hälsolitteracitet definieras som "individens förmåga att förvärva, förstå och använda information i syfte att bibehålla, främja eller förbättra hälsa". I denna studie kommer äldres förmåga till detta att mätas med en enkät som innehåller 10 frågor för att mäta hälsolitteracitet och 5 frågor om dig som deltagare, så som ålder och kön.

Deltagare över 65 år kommer rekryteras från kommunens alla fem träffpunkter samt genom mötesgrupper via en lokala avdelningar av pensionärsföreningar.

Om du väljer att delta i denna studie ber jag dig att fylla i enkäten, den tar ca 10 - 15 minuter att svara på. Då enkäten är ifylld lämnas den in och placeras i ett kuvert tillsammans med andra ifyllda enkäter från samma träffpunkt. Den ifyllda enkäten kommer inte kunna kopplas till dig. Ditt namn kommer ej heller finnas någon stans i samband med studien.

Resultatet kommer analyseras, utan möjlighet till att se vilken individ som svarat vad. Av resultatet kommer nivå av hälsolitteracitet beräknas samt samband mellan olika demografiska faktorer (så som ålder eller kön) kommer sökas. Undersökningen kommer presenteras som en rapport vid Mittuniversitet och den kommer efter färdigställande finnas tillgänglig att läsa online. I den färdiga rapporten kommer varken träffpunkter eller kommunen gå att identifiera. Efter rapporten är godkänd kommer all insamlad data, inklusive enkäterna, att förstöras.

Deltagande i studien är frivilligt och varken du eller träffpunkterna kommer påverkas av ditt beslut att medverka.

Sara Svanholm
sasv1005@student.miun.se
tel: 070 - 572 38 08

Ewy Olander
Handledare, fil. dr.
olanderewy@gmail.com
tel: 0705 491106