



**INSTITUTIONEN FÖR VÅRDVETENSKAP
OCH HÄLSA**

HAR DU FÖRSTÅTT?

**En systematisk litteraturöversikt om hälsolitteracitet
i primärvården**

**Kristoffer Björkman Edström
Mathias Jedborg**

Uppsats/Examensarbete:	15 hp Examensarbete i omvårdnad med inriktning mot primärvård
Program och/eller kurs:	OM5310
Nivå:	Avancerad nivå
Termin/år:	Ht/2018
Handledare:	Eva Lidén
Examinator:	Elisabeth Hansson Olofsson

Titel svensk:	Har du förstått? En systematisk litteraturoversikt om hälsolitteracitet i primärvården
Titel engelsk:	Did you understand? A systematic review about Health Literacy in the Primary Healthcare Setting
Uppsats/Examensarbete:	15 hp Examensarbete i omvårdnad med inriktning mot primärvård
Program och/eller kurs:	OM5310
Nivå:	Avancerad nivå
Termin/år:	Ht/2018
Handledare:	Eva Lidén
Examinator:	Elisabeth Hansson Olofsson
Nyckelord:	<i>Hälsolitteracitet; metoder; delaktighet; bemyndigande; patientcentrerad vård</i>

Sammanfattning

Bakgrund: Hälsolitteracitet (HL) innebär förmågan att förstå, applicera och aktivt söka efter information som relaterar till individens hälsa/sjukdom. Tidigare forskning har visat att det finns stora skillnader i hälsa som kan kopplas till olika nivåer av HL, samt att kunskapsläget kring HL är lågt framförallt i Europa jämfört med USA/Kanada/Asien. Kommunikationen mellan vårdpersonal och patient blir inte alltid optimal eftersom att patienten ej förstår allt som förmedlas från vårdpersonalen. Det blir därför viktigt att ta reda på hur personalen arbetar med HL inom primärvården.

Syfte: Att sammanställa forskning om metoder som syftar till att bedöma och stärka patienters hälsolitteracitet inom primärvård.

Metod: En systematisk litteraturoversikt valdes att göras för att utforska ämnet. En större mängd artiklar genomsöktes, vilket resulterade i att elva artiklar inkluderades i resultatet.

Resultat: Fem metoder som användes identifierades; ”Teach Back”, ”Bring a Friend”, ”Layman Terms”, ”Ask” och ”Gut Feeling”.

Slutsats: Metoderna som beskrivs kan inte användas för alla patienter. Vilken metod som används behöver bedömas utifrån varje enskild patient. De behöver ibland kombineras eller bytas ut mot en annan metod. För att lättare veta vilken metod som passar bäst skulle ett mätinstrument för att bedöma patienters HL-nivå kunna användas. Vidare forskning från Europa och Norden om metodinstrument samt metoder för praktiskt arbete med HL behövs i syfte att öka patientcentreringen och minska samhällskostnader.

Nyckelord: *Hälsolitteracitet; metoder; delaktighet; egenmakt; patientcentrerad vård*

Abstract

Introduction: Health Literacy (HL) means the ability to understand, apply and actively seek information related to the individuals' health/illness. Previous research has shown that there are major differences in health that can be linked to different levels of HL, and that the knowledge situation around HL is low in Europe compared with USA/Canada/Asia. Communication between healthcare professionals and patients is not always optimal because the patient does not understand everything conveyed by healthcare professionals. It is therefore important to find out how staff works with HL in primary care.

Aim: To compile research on methods aimed at assessing and strengthening patients' health capacity in primary care

Method: A systematic literature review was chosen to investigate HL. A large number of searches were conducted in scientific databases, resulting in eleven articles being included in the result.

Results: Five methods used by health professionals were identified; “*Teach Back*”, “*Bring a Friend*”, “*Layman Terms*”, “*Ask*”, and “*Gut Feeling*”.

Conclusion: The methods described cannot be used for all patients. Which method used needs to be assessed to fit each individual patient. The methods sometimes need to be combined or exchanged for another method. To better understand which method fits best, a measuring instrument for assessing patients' HL levels could be used. Further research from Europe and the Nordic Region about measuring instruments and methods for practical work with HL are needed in order to increase patient centering and reduce community costs.

Keywords: *Health Literacy; methods; participation; empowerment; patient-centered care*

Förord

Tack till Maria Björkman och Malin Jedborg som lagt ner mycket tid till att läsa och kritiskt granska arbetet.

Tack även till Eva Lidén som varit ett gott bollplank som handledare genom hela processen.

Innehållsförteckning

Inledning.....	1
Bakgrund	1
Personcentrerad vård	1
Health Literacy - Hälsolitteracitet	2
Folkhälsoarbete.....	4
Kontexten.....	5
Kommunikation	6
Patientundervisning	6
Tidigare forskning	7
Problemformulering	8
Syfte	9
Metod	9
Urval och datainsamling	9
Etiskt ställningstagande	11
Resultat.....	11
Teach Back – Återberätta	12
Bring a friend – Ta med en vän	13
Layman terms – Vardagligt språk	14
Ask – Fråga.....	15
Gut feeling - Magkänsla	15
Mätinstrument.....	16
Diskussion	16
Metoddiskussion.....	16
Resultatdiskussion	17
Evidensstyrka.....	18
Teach Back.....	19
Ask och Layman terms	21
Gut Feeling.....	22
Begreppet HL	23
Konklusion och kliniska implikationer	23
Referenslista	24

Bilaga 1 - Söktabell	28
Bilaga 2 – Valda artiklar	36
Bilaga 3 – Bedömning av valda artiklar	40
Bilaga 4 – Sammanfattning av artiklarna	42

Inledning

Möten mellan patienter och vårdare är komplexa företeelser och det är inte alltid säkert att mötet leder till en gemensam förståelse. Det har stor betydelse ur ett vårdperspektiv eftersom studier har visat att patienter får sämre effekt av given behandling om de inte förstår vad vårdpersonal förmedlar (WHO, 2016). Begreppet hälsolitteracitet eller engelskans Health Literacy (HL) har utvecklats i syfte att förklara patientens förståelse för och förmåga att ta till sig behandling/undervisning från vårdpersonal (Heinrich, 2012). I dagens samhälle kan en bristande förmåga att förstå symtom och veta var, när och hur hjälp kan sökas leda till att behandling påbörjas senare. Det kan resultera i ett större lidande för patienten och ökade samhällskostnader eftersom behandlingen kan bli mer krävande i ett senare skede (Jeong, McCreary, & Hughes, 2018).

Forskning avseende HL kommer i huvudsak från USA, Kanada, Australien och Asien. Studierna har oftast fokus på de egna ländernas förutsättningar och mindre allmänt om begreppet HL. Under senare år har HL börjat uppmärksammas mer av bland annat WHO och EU. Fortfarande behövs mer forskning eftersom kunskapsläget generellt är lägre än utanför EU (Quaglio et al., 2017). Enligt kompetensbeskrivningen för distriktssköterska ställs höga krav på evidensbaserad vård, vilket ökar behovet av nära forskning (Distriktssköterskeföreningen i Sverige, 2008). En sammanställning av tidigare forskning om hur HL används i det praktiska arbetet kan ge en mer generell bild som skulle kunna appliceras på europeiska förhållanden.

Bakgrund

Historien har visat på flera exempel där låg HL spelat roll. Under den stora tuberkulosepidemin under det tidiga 1900-talet kallades många till screening med lungröntgen och andra provtagningar (Hayden, 2014). Det var dock långt ifrån alla som kom på de utsatta tiderna. Det berodde troligen på att personerna inte ansåg sig behöva screenas för en sjukdom de inte hade några symtom av. Studier gjordes som visade ett samband mellan personers benägenhet att testa sig för tuberkulos och deras förståelse/kunskap om hur sjukdomen kunde påverka även dem, om de trodde att de hade sjukdomen eller att de skulle kunna göra hälsovinster av att testa sig för tuberkulos. Andra påverkande faktorer som om det var lämpligt i det dagliga livets tempo, det vill säga att de ansåg sig ha tid och utrymme, påverkade om de faktiskt tog sig till screeningen (Hayden, 2014).

Personcentrerad vård

Det finns ett stort antal patienter och närstående som inte känner sig nöjda med vården (Ekman & Norberg, 2013). I den nationella patientundersökningen inom primärvård (SKL, 2017) var 20,5% inte nöjda med helhetsintrycket av primärvården och 16,2% var mindre nöjda med respekten och det bemötande de fick. Mycket av detta beror på att de inte känner sig lyssnade på, tagna på allvar eller så upplever de att de blir illa bemötta. Med hjälp av åtta ledord som Ekman och Norberg (2013) beskriver: respekt, allians, relationsbyggande, hälsa och

välbefinnande, ett delat ansvar, respekt för patientens självständighet och dennes kunskaper, samt förbättrad kommunikation mellan vårdare, patient och närstående. Chansen kan ökas för att patienten känner sig mer som en del av beslutsfattandet och mindre av en passiv part som ska "få" vård. Vården personcentreras i större grad (Ekman & Norberg, 2013).

En del i personcentreringen är ett partnerskap mellan vårdgivaren och personen som tar del av vården, som i detta arbete kommer kallas patient. Personcentrerad vård benämner också patientberättelsen och dokumentation (GPCC - Centrum för Personcentrerad Vård, 2017; Kristensson Ugglå, 2014). Partnerskapet kan ta sig uttryck i att vårdare och patient tillsammans kommer överens om vårdplaner, rehabiliteringsplaner eller andra underlag där det görs upp om hur vården kommer att bedrivas - spelreglerna såväl som mål och delmål (Ekman & Norberg, 2013). Kristensson Ugglå (2014) menar att patientberättelsen är skild från det traditionella biomedicinska perspektivet. Patientberättelsen inom personcentrering lyfter upp patientens egen upplevelse av hälsa och ohälsa. En god dokumentation är viktig och krävs för att underlätta partnerskap samt för att det ska bli mer jämlikt för patienten eftersom en patient kan ha flera vårdare. Dokumentationen stärker patientens inflytande i vården (Kristensson Ugglå, 2014).

Två begrepp som är centrala i WHO:s beskrivning av hälsofrämjande arbete är makt och delaktighet (WHO, 2016). En personcentrerad vård bygger till stor del på patientens möjlighet till inflytande över sin egen vård och hälsa (Kristensson Ugglå, 2014). Begrepp som omsorg, människovärde, självständighet och rättvisa är grundläggande etiska begrepp. Makt och delaktighet är både mål och medel i hälsofrämjande processer (Sarvimäki & Stenbock-Hult, 2014). Utan makt är det inte möjligt att använda sin kunskap om hälsa som krävs för att ta kontroll över sitt hälsotillstånd och sitt eget liv. Egenmakt, eller empowerment, bygger på den personliga självständigheten. Det innebär att ha ett självständigt och kritiskt tänkande, förmåga till gott omdöme, känsla för ansvar gentemot sig själv och de i sin närhet, en realistisk bild av sig själv, styrka att handla och en tro på den egna förmågan att själv kunna påverka sitt liv (Sarvimäki & Stenbock-Hult, 2014). Centrala faktorer i processen för att nå medvetandeskapande och makt är delaktighet och dialog. För att kunna påverka det som händer runt omkring sig i samhället, vården, eller gemenskapen behöver personen ha en tro på sig själv, en uppfattning av sitt eget ansvar och att kunna utveckla engagemanget framåt tillsammans i dialog med andra aktörer i ett socialt sammanhang (Sarvimäki & Stenbock-Hult, 2014).

Health Literacy - Hälsolitteracitet

En viktig aspekt för att åstadkomma en personcentrerad vård där patienten är en samskapande partner i vården är att patienten ska ha förutsättningar att förstå olika handlingsalternativ. Patienterna ska också kunna förstå konsekvenserna av olika beslut för den egna hälsan. I det här sammanhanget blir det därför relevant att lyfta det engelska begreppet "Health literacy" (HL) (Sørensen et al., 2012).

Termen HL användes först 1974 för att förklara hur hälsoinformation påverkade skolsystemet och hälso- och sjukvårdssystemet. Först på 1990-talet introducerades begreppet i litteratur

gällande hälsa med tyngden på självständighet i hälsa och sjukdom. På 2000-talet flyttades fokus mer mot individens förmåga till HL. Begreppet handlar om att ha en förmåga att kunna förstå och leta sig fram i hälso- och sjukvårdssystemet. En person med låg HL kan "låtsas" förstå informationen eftersom hen inte vill verka dum, ta upp tid eller att hen vill komma från vårdssituationen (Parnell, 2015).

Det finns enligt Sørensen et al. (2012) 17 väldokumenterade definitioner för att beskriva HL. Definitionerna sammanfattades av dem genom en systematisk litteraturöversikt och kom då fram till definitionen:

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 healthcare, disease prevention and health promotion to maintain or improve quality of life during the life course.
(Sørensen et al., 2012. S. 3)

Sørensens definition är vedertagen och har använts inom flera organisationer, exempelvis Världshälsoorganisationen, och även inom forskning. WHO (2016) använder numera Sørensen et al. (2012) som referens för att beskriva HL.

Sørensen et al. (2012) har även tagit fram en modell för att förklara HL. Modellen innehåller fyra kompetenser för att beskriva en högre eller lägre HL. Kompetenserna översatta till svenska är tillgång som beskriver förmågan att söka upp hälsoinformation. Det andra är förståelse som innebär förmågan att begripa informationen. Det tredje är värdera som beskriver förmågan att kunna kritiskt granska informationen. Det fjärde är tillämpa som beskriver förmågan att kunna använda sig av informationen i syfte att förbättra sin hälsa. Varje kompetens sätt sedan i förhållande till tre områden inom HL vilka är sjukvård, sjukdomsprevention och hälsofrämjande. Från det här framkommer 12 dimensioner av HL eftersom varje kompetens sätt i förhållande till varje område.

För att kunna nå och förstå de 12 dimensionerna behövs kunskap om att alla individer befinner sig på olika nivåer av HL. Sørensen et al. (2012) beskriver att Nutbeams modell om tre olika nivåer av HL kan belysa om individen har högre eller lägre HL.

De tre nivåerna är enligt (Nutbeam, 2000) den funktionella, den interaktiva och den kritiska HL. Funktionell HL beskrivs som grundkunskaper avseende läs- och skrivfärdigheter. Interaktiv HL betyder att individen har förmågan att mer aktivt kunna delta och påverka sin hälsa, samt förstå och ta till sig information som sedan kan användas i det dagliga livet. Kritisk HL beskriver att individen även kan kritiskt granska och värdera informationen och genom det ta mer självständiga beslut.

Individens förmåga till HL är dynamisk och förändras över tid beroende på sammanhanget patienten befinner sig i. Den förändras på grund av individuella förutsättningar och erfarenheter

samt hur individen påverkas av hälso- och sjukvårdssystemet (Parnell, 2015). Ett exempel är att personer med lägre HL är mer benägna att söka akutsjukvård. Kunskap om den egna hälsan och vilken vårdnivå som är lämplig är bristfällig hos de personerna (Heinrich, 2012). Låg HL spelar en större roll för personens hälsostatus än vad ålder, ställning på arbetsmarknaden, etnicitet, inkomst eller utbildningsnivå gör.

Svensk MeSh (2018) översätter HL till ”hälsokompetens”. Begreppet hälsokompetens tolkas annorlunda mot definitionen som beskrivs av bland andra WHO (2009) och Sørensen et al. (2012). HL handlar mer än hälsokompetens om hur undervisningen/kommunikationen kan säkerställas att patienten kan förstå och applicera kunskapen. Därför används istället den engelska benämningen HL.

Folkhälsoarbete

SKL (2018b) har gjort en rapport med syfte att jämföra Sverige med andra länder gällande vårdkvalitet, väntetider och delaktighet. Rapporten visar att Sverige står högt när det gäller vårdkvalitet och lyckade operationer, men mindre väl i hur informerade och delaktiga patienter känner sig. Hälso- och Sjukvårdslagen (SFS 2017:30) anger att sjukvården ska ge vård på lika villkor för hela befolkningen. Wångdahl, Lau, Nordström, Samulowitz, och Karlsson (2017) beskriver att en för låg HL-nivå kan skapa olika villkor för vården i Sverige då mer hänsyn bör tas exempelvis till patientens språkkunskaper, läs/skrivförståelse, ålder, socialstatus och utbildningsnivå.

Inom folkhälsoarbete framhålls sju vägledande principer som måste tas i beaktande vid politiskt beslutsfattande för det hälsofrämjande arbete som behöver genomföras för att dels öka HL i praktiken och upplevelsen av hälsa (Ringsberg, Olander, & Tillgren, 2014a). Fyra av dem kan direkt relateras till arbetet med HL: maktgörande, deltagande, holism och jämlikhet i hälsa.

Maktgörande, empowerment: Alla individer och lokalsamhällen ska få möjlighet till ökad makt och ett ökat inflytande över sådant som påverkar deras hälsa, såsom personliga, miljörelaterade och socioekonomiska faktorer. Utan stöd till arbetslivet skapas till exempelvis inga nya arbeten, vilket kan leda till en ökad arbetslöshet, vilket i sin tur kan bidra till ett ökat utanförskap och riskerar orsaka försämrad social, psykisk, och fysisk ohälsa (Ringsberg et al., 2014a). Deltagande, participatory: De berörda ska få vara delaktiga i planerande, utförande och utvärderande steg. I personcentreringen av vården är delaktighet ett centralt begrepp och innebär att en aktiv delaktighet ska eftersträvas så långt det är möjligt (Ringsberg et al., 2014a). En holistisk hälsosyn: Hälsa är och ska ses som en helhet. Det är därför viktigt att eftersträva att stärka både fysisk och andlig hälsa (Ringsberg et al., 2014a). Begreppet hälsa som anges av WHO (1948) berör fysisk, psykisk, andlig och social hälsa. Jämlikhet i hälsa, equitable: Det hälsofrämjande arbetssättet ska beröra och ledas av begrepp som jämlikhet och rättvisa. Social rättvisa innebär bland annat att grupper ska ges samma möjligheter, faktorer som påverkar hälsan ska stärkas där det behövs. I exempelvis Göteborg skiljde det 2014 9,1 år för män och 7,5 år för kvinnor i livslängd mellan de mer välställda och de mer utsatta områdena i de olika

stadsdelarna (SKL, 2014), vilket tyder på en social ojämlikhet. Människans förmåga till HL har visat sig ha en direkt koppling till utbildning, inkomst, social status och ålder. Områden som generellt är mer välställda har oftast en större andel personer med hög HL jämfört med mer socioekonomiskt utsatta områden (WHO, 2013).

Sveriges vårdplatser har mellan 1980-talet till 2016 minskat från cirka 120.000 till 23.000. Vården har blivit mer avancerad på sjukhusen och enklare vård som tidigare endast bedrevs inom sjukhusen har nu börjat flyttas ut till primärvården. Det kan röra sig om andra läkemedel som exempelvis injektioner eller viss kemoterapi som numera ska bedrivas i primärvården (SKL, 2018a, 2018b). Det kan leda till ökade krav på att patienten förstår vad de måste göra själva, hur de kan genomföra behandling/vårdinsatser samt var de kan få hjälp vid behov. Det är även av vikt att patienten förstår varför behandlingen/vårdinsatserna behöver genomföras och varför de nu sker i primärvården (Terkildsen Maindal & Vinther-Jensen, 2016). Distriktssköterskan ska kunna förhålla sig till samhällsliga förändringar och möta patienten i både enkla och mer komplexa oförutsägbara situationer som ändrade förutsättningar för vården och vara lyhörd för hur det påverkar patienten (Distriktssköterskeföreningen i Sverige, 2008). Det ställer även krav på vårdpersonalen som ska kunna förklara utefter patientens HL-nivå i ett sammanhang som är mindre kontrollerat än slutenvården. Vårdpersonalen behöver i större utsträckning ta hänsyn till patientens sociala och kulturella kontext (Wångdahl et al., 2017).

Kontexten

Människors förmåga till HL har samband med vilken kultur en person kommer från, hur hen ser på och uppfattar hälsoproblem och sjukdomar, hur hen kommunicerar sina hälsobekymmer samt hur hälsoreultatet av de redan genomförda insatserna har fallit ut (Mieres, 2015). Ur ett sociokulturellt perspektiv menas att det i kollektivet finns en kunskap och det är upp till individen att ta till sig av den kunskapen. Att leva i en kontext där psykisk ohälsa ses som en normal sjukdom eller leva i en kontext där psykisk ohälsa ses som svag karaktär ger olika utslag på vilken kunskap personen bär med sig. Människan är inte passiv i att anpassa sig till omvärlden utan är i högsta grad aktiv i att skapa den (Säljö, 2014). Det kan sättas i relation till HL som både innefattar ett sammanhang med fokus på hälsans bestämningsfaktorer samt förmåga till att förstå och navigera i hälso- och sjukvårdssystemet (Ringsberg, Olander, & Tillgren, 2014b; Säljö, 2014). Terkildsen Maindal och Vinther-Jensen (2016) menar att individens sociala tillvaro spelar roll i förhållande till nivån av HL. HL kan skapas efter den sociala kontexten som en individ rör sig inom.

Vårdsammanhang innebär att vårdaren och patienten i mötet försöker finna det som är kärnan i mötet och se till varandras roller. Människors identitet skapas från en social kontext. För att vårdaren ska kunna anpassa den vård som ska utföras behöver vårdaren skapa sig en bild av hur patienten förstår sin omvärld, vilka kunskaper hen bär med sig och vilken livsvärld patienten har med sig. Detta ställer krav på en kommunikativ förmåga som vårdaren måste besitta (Ekman & Norberg, 2013). Att utbyta information med varandra och kommunicera är för människan unikt. Språket gör att vi blir mer delaktiga i det som händer i vår omvärld, såsom i vården. Rätt

kommunikation mellan vårdgivare, patient, och närstående kan underlätta och öka förståelse för exempelvis varför en undersökning bör göras. Detta ställer också krav på att mötas inom eller mellan kulturer (Säljö, 2014).

Kommunikation

Kommunikation i vården kan grovt delas upp i tre modeller: den relationella, den narrativa och den etiska (Fossum, 2013; Magnusson, 2014). Att tala om relationell kommunikation är att tala om relation mellan patient, närstående och vårdare. Den narrativa kommunikationen lyfter upp berättelsen som kan lyftas ur och tillsammans roteras för att förstås av båda parter. Den etiska kommunikationen avhandlar bland annat maktobalansen som per automatik uppstår i det vårdande mötet där patienten är expert på sig själv och vårdaren är expert på den egna yrkesrollen och hur den ska användas. I och med att patienten, ”den väntande”, är i underläge i mötet behöver vårdaren begrunda detta för att anpassa sig och miljön (Magnusson, 2014; Sumner, 2012).

Distriktssköterskan använder kommunikation som yrkesredskap men den fungerar olika beroende på vårdpersonal, patient och vilken situation de befinner sig i. Människor är unika och har olika livsvärldar och kunskapszoner (Gustafsson, 2009) och därför är inget enskilt arbetssätt det ultimata. Gemensamt är att kommunikationen ska syfta till att skapa en god omvårdnadsrelation (Andersson, 2013; Magnusson, 2014). Om personal, patient och närstående inte kan mötas i kommunikationen skapas en mur mellan parterna, men om kommunikationen blir mer fri skapas istället utrymme för samarbete och relationsbyggande. Då kan gemensamma mål utformas för vården (Magnusson, 2014). En medvetenhet kan behövas hos distriktssköterskor/vårdpersonal om vad och hur de samtalar med patienter (Andersson, 2013).

Enligt Andersson (2013) och Magnusson (2014) kan samtal vara spontana och innehålla viktig kommunikation, exempelvis när distriktssköterskan på vårdcentralens triagemottagning ställer frågor runt det som patienten primärt söker för. Den typen av kommunikation kan alltså leda till en typ av relationsbyggnad som vinner patientens förtroende. Samtalet kan också vara planerat där distriktssköterskan har en tydlig avsikt med samtalet, exempelvis vid en hypertoniomtagning där distriktssköterskan har ett färdigt utbildningsprogram.

Patientundervisning

I litteraturen benämns ofta patientutbildning som en viktig grund för att skapa en bättre och mer effektiv vård. Undervisningen kan handla om att välja rätt sorts mat eller om att öka fysisk aktivitet. Den syftar till att skapa en bättre hälsa hos individen och samtidigt minska kostnader för samhället. Många gånger kan även skriftlig information medfölja som komplement efter utbildningen. Trots att sjukvården har olika metoder och alternativ till att bedriva patientundervisning har studier visat att människor i flera fall har svårt att förstå hur och varför de exempelvis ska genomgå en behandling eller varför de ska följa vissa kostråd (Mårtensson & Hensing, 2011). Distriktssköterskan ska enligt kompetensbeskrivningen för legitimerad

sjuusköterska med specialistsjuusköterskeexamen till distriktssköterska (Distriktssköterskeföreningen i Sverige, 2008) vara lyhörd och ha beredskap för ett livslångt lärande, anpassa vården efter individens och familjens resurser, förstå hur hälsa påverkas av det sociala sammanhanget, samt analysera patientens utbildningsbehov och anpassa undervisningen utefter individen.

Det räcker inte att patienten behärskar det språk som informationen i vården ges på, utan det gäller även att förstå vilken innebörd orden har (Säljö, 2014). Budskapet finns alltså inbäddat i orden som förmedlas och den som får informationen behöver ha en grundkunskap för att kunna förstå vad som egentligen menas. Utifrån det Säljö (2014) beskriver ställs självklart stora krav på exempelvis distriktssköterskan och annan personal inom primärvården. Vårdpersonalen måste vara tydlig och känna in vilken nivå av HL personen framför sig har för att på så sätt kunna anpassa det sätt hen förmedlar sig på.

Tidigare forskning

Det finns flera validerade mätinstrument som kan användas både i klinisk verksamhet och inom forskning för att mäta och bedöma en patients nivå av HL. De tre vanligaste förekommande i litteraturen är NVS (Newest Vital Sign), TOFHLA (Test Of Functional Health Literacy in Adults) (Yim, Shumate, Barnett, & Leitman, 2018) samt REALM (Rapid Estimate of Adult Literacy in Medicine) (Kelly & Haidet, 2007). NVS tar cirka 3–5 minuter att genomföra och ger en snabb fingervisning om vilken nivå av HL de har (Yim et al., 2018). Yim et al. (2018) beskriver även instrumentet TOFHLA som ett instrument som mäter både läs- och sifferförmåga. TOFHLA tar upp till 22 minuter att genomföra och finns även i en förkortad version (S-TOFHLA) som tar cirka sju minuter. Mätningen REALM innehåller 66 vanliga medicinska termer som patienten ska försöka uttala korrekt (Kelly & Haidet, 2007).

I det praktiska vårdarbetet har det framkommit att vårdpersonal sällan använder validerade instrument för att bedöma en patients HL-nivå. Det kan bero på tidsbrist eller att vårdpersonalen inte känner till att det finns mätinstrument (Potratz, 2014). Det finns än så länge inga praktiskt användbara mätinstrument på svenska. En studie har gjorts med syfte att utveckla ett på svenska från ett japanskt mätinstrument. Studiens resultat visade dock att mätinstrumentet endast hade begränsat användningsområde (Wångdahl & Mårtensson, 2015).

Forskning om HL är mer utbredd i USA, Kanada, Australien och Asien där cirka 85% av den tidigare forskningen kommer från. Europeisk vårdpersonal är mindre bekant med HL och det syns i forskningen då endast 15% av studierna kommer från Europa (Quaglio et al., 2017). Flertalet studier visar på relationen mellan låg HL och en sämre hälsa samt lägre tilltro till sjukvården och ett ökat antal onödiga besök till akutmottagningar. En annan aspekt som korreleras med en lägre HL var att personer inte alltid kunde tyda symtom som indikerar en sämre hälsa och därför väntade onödigt länge med att söka vård (Cheng, Bauer, Downs, & Sanders, 2016; Flaskerud, 2012; Jeong et al., 2018). För individen leder en lägre HL till mer lidande och oro, i många fall i onödan. För sjukvården innebär det en ökad belastning då många

besök sker utan att de är nödvändiga eller att mer tyngre vårdinsatser behöver sättas in då exempelvis en sjukdom förvärrats eftersom patienten inte sökt vård i rätt tid. Ur ett samhällsperspektiv har det uppskattats att ungefär 36% av den amerikanska befolkningen (cirka 75 miljoner människor) besitter en låg HL-nivå. Det har resulterat i en samhällskostnad på en biljon dollar i orimliga vårdkostnader (Scott, 2016). Dessutom beräknas det i en amerikansk studie att cirka 30% av vårdnadshavare har för låg HL för att säkert kunna ta hand om deras barns hälsa, som exempelvis vaccinationer eller egenvårdsråd (Cheng et al., 2016). Forskningen har även visat på ett samband mellan vårdpersonalens förståelse för HL och en lägre HL hos patienter som grupp. Vårdpersonalen upplevde i studier också ett motstånd från chefer och organisation som hellre ville använda sin budget till mer konkreta, specifika och mer medicinskt inriktade insatser (Johnson, 2015).

Mellan 2009–2012 gjordes en enkätstudie som mätte HL- nivån i Europa genom European Health Literacy Survey Questionnaire (HLS-EU-Q) (HLS-EU Consortium, 2012b). Mätningen gjordes genom enkäter från 8 länder i EU från både Väst- och Östeuropa. Deltagandet var cirka 1000 individer per land, ungefär 50% män och 50% kvinnor och spritt mellan olika åldrar. Enkäten innehöll frågor om hur svårt deltagaren tyckte att det var att exempelvis leta reda på information om symtom eller sjukdom, om deltagaren kunde förstå vad läkaren sa vid ett läkarbesök eller om de förstod varför det var viktigt att vaccinera sig. Resultatet från undersökningen presenterades i European Health Survey (HLS-EU) (HLS-EU Consortium, 2012a). Resultatet visade att cirka varannan deltagare hade begränsad eller mycket begränsad HL, framförallt stod de östeuropeiska länderna ut i statistiken. Deltagare som generellt hade lägre HL var de som hade lägre utbildning, låg social status, sämre ekonomi, högre ålder samt att män hade något lägre HL än kvinnor. Sverige var inte med i undersökningen, men ett jämförbart land med Sverige i undersökningen kan vara Tyskland då hälsosystemet är liknande det svenska. HL i Tyskland hade viss övervikt av högre HL-nivå där 53,7% hade en tillräcklig eller mycket god HL. Quaglio et al. (2017) skriver att Europa bör ta ett större ansvar för att öka HL inom sin population. Interventioner som syftar till att öka läs- och skrivförståelse, att redan i skolan presentera HL och göra vårdpersonal mer medvetna om HL var några förslag. Program på nationell nivå behöver arbetas fram såsom att jobba för minskade klyftor och möjlighet till ökad digital kommunikation, som att till exempel bygga ut bredbandsnätet.

Problemformulering

Låg HL bidrar till ökat lidande hos patienten och onödiga samhällskostnader. För att kunna anpassa vården utifrån patientens behov är det därför viktigt att känna till vilken HL-nivå patienten har. Låg HL har visat sig vara en faktor för ökat antal akutbesök eller för sena kontakter med sjukvården vid allvarigare symtom. Utbildningsnivå och social status avgör ofta vilken HL-nivå patienten har. Patienter med högre HL har lättare för att följa med i resonemang kring den egna vården och själv kunna påverka sin vårdprocess. Det finns flera mätinstrument att använda för att bedöma HL. Mätinstrumenten är olika utformade utifrån forskning och klinisk användning. De används inte i större utsträckning eftersom vårdpersonal uppfattar dem

som ett extra moment som det inte finns tid för. Det blir därför intressant att undersöka hur primärvårdspersonal praktiskt arbetar med att bedöma och stärka HL.

Syfte

Studien syftar till att sammanställa forskning om metoder som syftar till att bedöma och stärka patienters hälsolitteracitet inom primärvård.

Metod

Studien baseras på en systematisk litteraturöversikt (systematic review). En systematisk litteraturöversikt syftar i sin tur till att sammanställa resultat från forskning inom ett visst fält för att lättare kunna få en överblick av kunskapsläget. Metoden följer ett systematiskt förlopp med en tydligt beskriven process för att säkerställa resultatets validitet och reliabilitet. Vetenskaplig litteratur söks på ett strukturerat, strategiskt sätt utifrån en tydlig ämnesfråga som arbetats fram genom innehåll i metodböcker, input från forskare inom området via mailkontakt och andra källor av relevans (Bettany-Saltikov & McSherry, 2016).

En arbetsfråga utarbetades genom att göra en PEO (Population, Exposure, Outcome), se tabell 1 (Bettany-Saltikov & McSherry, 2016; Polit & Tatano Beck, 2016). Den utkristalliserades till hur primärvårdspersonal arbetar med metoder i syfte att bedöma och stärka patienters HL.

Tabell 1. PEO

PEO – Population, Exposure, Outcome		
P- Population	E - Exposure	O – Outcome
Personal inom primärvård (alla kategorier)	Metoder för att bedöma/stärka HL	Resultat av metoderna

P, Population, handlar om vilka deltagare som är inkluderade. E, Exposure, är vilken insats eller modell som är aktuell. O, Outcome, behandlar vilket utfall E har och hur det har mätts. Exempel på O är förbättrad HL hos patienter, ökad adherence eller minskat antal onödiga besök i vården. I studien har O mätts genom att studera vilka utfall de olika metoderna haft i hänsyn till hur vårdpersonal och patienter kommunicerar. Även patientdelaktighet mättes genom i vilken utsträckning studierna använt metoder för att bedöma eller stärka HL och utfallet metoderna haft hos vårdpersonal och patienter (Bettany-Saltikov & McSherry, 2016).

Urval och datainsamling

Breda sökningar i olika databaser gjordes av uppsatsförfattarna, först med endast begreppet "Health Literacy" för att ta reda på i hur stort underlag det kunde finnas (bilaga 1). Bedömningen att det fanns tillräckligt med underlag för en systematisk litteraturöversikt gjordes och processen fortsatte.

Systematiska litteratursökningar för vetenskapliga artiklar gjordes i databaserna CINAHL, PubMed, Embase, PsycINFO, SveMed+, Cochrane Library, Scopus och AgeLine. Manuella sökningar utfördes i Google, Google Scholar, Wiley, ECDC (European Center for Disease prevention and Control), Supersök, WHO, Svensk MeSH, Hälsolitteracet.se, referenser på hittat material, med mera (bilaga 1). Se de bifogade bilagorna 1 och 2 med sökningar och urval.

Inklusionskriterier var att artiklarna skulle inriktas på:

- Folkhälsosjukdomar/-problem
- Primärvård/vårdcentral
- Ungdomar ≥ 16 år till vuxna av alla åldrar
- Omvårdnadsfokus
- Att de även kan beröra närstående, såsom föräldrar.
- Artiklar skrivna på engelska
- Artiklar som var tillgängliga i fulltext

Systematiska sökningar gjordes utifrån de sökord som formulerades med stöd av PEO (Polit & Tatano Beck, 2016). De sökord som valdes var "Patient Education", "Health literacy", "Primary Healthcare", "Primary care", "Primary health care", "Nurse" och "Nursing". Sökorden har med hjälp av MeSH termer enligt Svensk MeSH översatts och användes i olika kombinationer med hjälp av den booleska termen AND (bilaga 1). CINAHL-headings användes för att få rätt sökord. Även en universitetsbibliotekarie konsulterades för att få vidare hjälp med sökningarna. Efter att kombinationerna använts i Supersök och CINAHL uppstod en mättnad då samma artiklar eller enbart artiklar utan relevans hittades gång på gång. Antal relevanta artiklar var då endast fem stycken vilket gjorde att sökorden breddades (bilaga 1). "Patient Education" byttes mot "Health Education" för att fånga in eventuella ytterligare material. Manuella sökningar gjordes från funna artiklars referenslistor. Sökningar gjordes även på WHO:s, Wileys och ECDC:s hemsidor. Sökningen pågick i flera omgångar alltefter materialet analyserades. Första sökningarna gjordes 180903 och de sista sökningarna gjordes 181009.

För att begränsa arbetet omarbetades syftet aktivt under skrivprocessen tillsammans med handledare för att formulera den fråga som faktiskt eftersträvades att besvaras. Det resulterade i att artiklar som först valts ut blev irrelevanta. Nya sökningar gjordes med utgångspunkt från det nya syftet (bilaga 1).

De artiklar som påträffats sållades först genom deras titlar i respektive databas. Efter sållning med avseende på titel lästes abstracts igenom på kvarvarande artiklar. De abstracts som uppfattades vara relevanta har uppsatsförfattarna granskat. Relevanta artiklar har varit de som svarat mot forskningsfrågan och inte haft för tydliga bias eller confounders. De som vidare upplevts vara relevanta har skrivits ut fysiskt på papper. Båda författarna har läst igenom artiklarna och graderat dem som antingen "R" = Ej relevant samt "R" = Resultatartikel som bedömts kunna användas i resultatdelen och som skulle analyseras (bilaga 1). Graderingen gjordes för att lättare strukturera upp arbetet för uppsatsförfattarna. Artiklar som inkluderats i

resultatet har tagits fram efter hur starkt deras resultat har svarat an på uppsatsens syfte. De som inte inkluderats i resultatet har antingen använts i bakgrunden eller förkastats.

Både kvalitativa och kvantitativa studier analyserades. Då metoder som praktiskt används inom primärvården skulle beskrivas behövdes både kvalitativa och kvantitativa studier. Det ger svar på både hur metoderna upplevs och i vilken utsträckning de används.

Artiklarna inkluderade i den här uppsatsen har analyserats i förhållande till styrkor och svagheter genom ett strukturerat arbete med SBU-mallen Consort Statement. Studier som motsäger varandra inkluderades och inte enbart de som var positiva till en intervention. Det för att minska risken för en snedvriden bild, confounders eller bias (Bettany-Saltikov & McSherry, 2016). Bedömning av artiklarnas kvalitet finns i bilaga 3. De har poängsatts med poäng 1–5. 1 är mycket svag och 5 är mycket stark. Endast studier med minst 2 poäng har inkluderats. I resultatet har medelvärdet för de inkluderade studierna redovisats för att påvisa evidensstyrkan för varje metod.

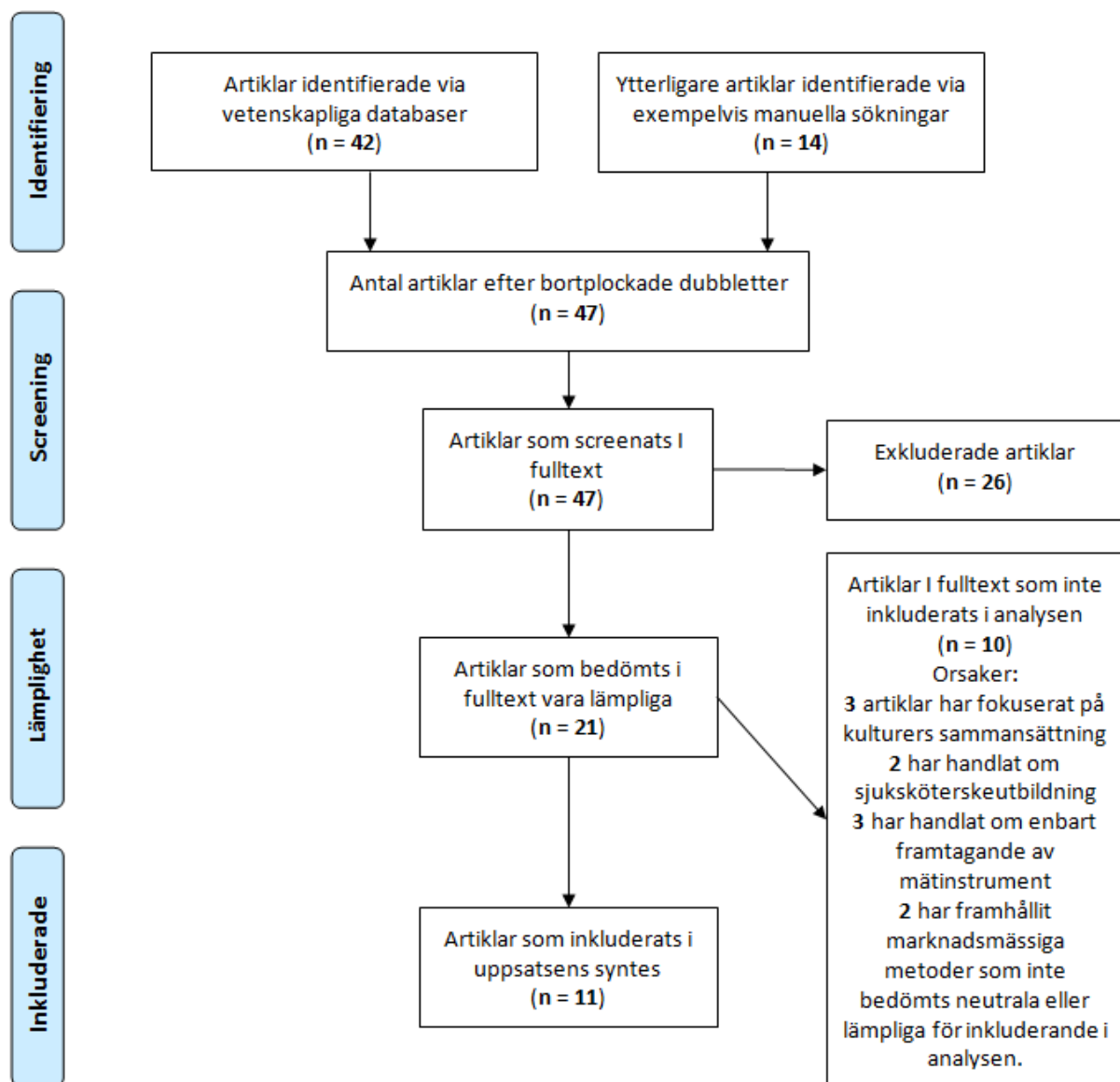
Etiskt ställningstagande

Författarna har endast använt sig av publicerat material som kan antas ha medgivande från studiernas deltagare då de är publicerade i vetenskapliga tidsskrifter. Inget i de granskade artiklarna indikerade att deltagarnas medgivande skulle vara tillbakadraget. Resultatet i samtliga studier var kodat på så sätt att det inte går att identifiera enskilda individer. Ingen av studierna som inkluderades hade ett tydligt etiskt ställningstagande men vissa nämnde att de var godkända av forskningsetisk nämnd. En systematisk litteraturöversikt innebär att stor mängd data granskas, sammanställs och presenteras (Bettany-Saltikov & McSherry, 2016). Enligt Cöster (2014) innebär stora mängder data att risken för att studiedeltagare skulle kunna identifieras är låg. Hänsyn ska dock vägas mot risken att datan kan rikta sig mot direkta politiska intressen relaterat till storleken på resultatet och att det skulle kunna påverka möjligheten till generalisering och överförbarhet. Eftersom processade data till största del kommer från andra länder än Sverige bedömdes risken för att det skulle inträffa som mycket låg av uppsatsens författare. Artiklarnas styrkor och svagheter har bedömts och tagits i beaktande för att öka uppsatsens trovärdighet. Uppsatsförfattarna har varit ödmjuka inför uppgiften och försökt vara medvetna om egen förförståelse genom hela processen för att minska risken för personlig bias (Forsman, 1997).

Resultat

De elva artiklar som valdes ut för analys i resultatdelen finns angivna i bilaga 2. Flödesschema enligt PRISMA, Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses (figur 1, nedan). Sex kvalitativa artiklar och fem kvantitativa valdes ut och analyserades. Resultatartiklarna granskades och kvalitetsbedömdes (bilaga 3).

Figur 1. PRISMA



De artiklar som avhandlade de funna metoderna står att finna i bilaga 3 och 4. Det är elva artiklar som skriver om metoderna som kommer kallas *“Teach back”*, *“Bring a Friend”*, *“Layman terms”*, *“Ask”* och *“Gut feeling”*. De första fyra är metoder som används i primärvården för att bedöma eller stärka patientens HL. *“Gut feeling”* skiljer sig något från de andra. Även tre validerade mätinstrument som användes i artiklarna presenteras.

Teach Back – Återberätta

Teach Back kan översättas till ”återberätta” och innebär att vårdpersonalen efter patientmötet ber patienten att återberätta det som sagts under mötet i syfte att få en bild om hur mycket patienten förstått av det som sagts. Sex artiklar behandlar *Teach Back* (Al-Sayah, Williams, Pederson, Majumdar, & Johnson, 2014; Badaczewski et al., 2017; Bayldon, Glusman, Fortuna, Ariza, & Binns, 2013; Fransen, Beune, Baim-Lance, Bruessing, och Essink-Bot, 2015;

Macabasco-O'Connell & Fry-Bowers, 2011; Schlichting et al., 2007). Artiklarna har tillsammans ett medelvärde på 3.67 poäng enligt bilaga 3.

Badaczewski et al. (2017) beskriver hur *Teach Back* kan användas för att öka personcentrering i patientmöten med föräldrar under ett besök inom primärvården. Patienter och vårdpersonal beskriver i en del sammanhang att de kunde uppleva *Teach-Back* som negativt. Från vårdpersonalens sida kunde en känsla av att ifrågasätta patientens intelligens uppstå och genom det framkom obehag hos vårdpersonalen. En del patienter å andra sidan uttryckte att en förklaring till varför informationen behövde repeteras var viktig, annars upplevde patienterna att vårdpersonalen var negligierande eller nedvärderande. Patienternas HL nivå spelade liten roll i mötet och hade ingen effekt på personcentrering eller det känslomässiga innehållet utifrån vårdpersonalens sätt att arbeta. Al-Sayah et al. (2014) nämner dock att vårdpersonal oftare bad patienten repetera innehållet i ett patientmöte om patienten uppfattades ha en medelhög eller högre nivå av HL. I de fallen som patienten uppfattades ha en lägre nivå av HL var det ofta vanligare att vårdpersonalen frågade om patienten hade förstått än att be dem repetera det som sagts. Schlichting et al. (2007) belyser att vårdpersonal ofta använde sig av *Teach Back* i 66% av de uppmärksammade fallen, men att en övervägande del av de som använde sig av metoden hade vidareutbildat sig inom HL och hade därför en fördjupad kunskap om HL. Även Macabasco-O'Connell och Fry-Bowers (2011) nämner att vårdpersonal i 65% av fallen bad patienter att repetera instruktioner i syfte att få en bild av hur mycket patienten hade förstått. Den typ av vårdpersonal som var mer benägen att använda *Teach Back* var framförallt läkarassistenter (86%) och specialistsjuksköterskor (70%). Enligt Bayldon et al. (2013) är *Teach Back* en bättre metod att använda i samtal med föräldrar till barn som patienter eftersom föräldrarna lätt kunde bli distraherade av sina barn, och fick genom *Teach back* en chans till ny insikt. Studien hade ett lägre antal deltagare med låg HL, men säger ändå att återberätta är lämplig. Studien föreslår även att *Teach Back* bör användas vid flera tillfällen för att förståelsen hos föräldrarna ska öka. Fransen et al. (2015) beskriver i sin studie att *Teach Back* var en mindre bra metod att använda i förhållande till diabetespatienter med låg HL eftersom patienterna endast repeterade information men förståelse ökade inte.

Bring a friend – Ta med en vän

Bring a friend innebär att patienten tar med sig en annan person till ett vårdbesök. Syftet är att fler ska kunna ta del av det som sägs under besöket och att fler kan ställa frågor och diskutera vad som sades efter besöket. Fyra artiklar behandlar *Bring a friend* (Chinn & McCarthy, 2013; Davis, Jones, Logsdon, Ryan, & Wilkerson-Mcmahon, 2013; Edwards, Wood, Davies, & Edwards, 2015; Schlichting et al., 2007). Evidensgraden skattas till 3,75 poäng enligt medelvärde på artiklarnas styrka från bilaga 3.

En ökad HL hos patienten kan nås genom att använda sig av andra personer i patientens närhet för att ta del av och sprida information. Studier har visat på att patienter som har en lägre HL, framför allt i samband med multisjuklighet, kan få en ökad HL ifall det finns fler som tar del av information/undervisning från vårdpersonal (Chinn & McCarthy, 2013; Davis et al., 2013;

Edwards et al., 2015; Schlichting et al., 2007). Patienter som hade en större familj eller bekantskapskrets kunde använda sig av andra för att öka sin förståelse för en sjukdom, tillstånd eller behandling. För vårdpersonal kan det vara viktigt att veta om patienten har andra omkring sig som kan hjälpa till att förstå information/undervisning, eftersom de kan hjälpa patienten att ta beslut och diskutera patientens hälsa. I de fall då familj eller vänner saknas läggs ett större ansvar på vårdpersonalen i sin förmåga att förmedla och förklara information/undervisning (Edwards et al., 2015).

Bring a friend används relativt ofta inom sjukvården. Schlichting et al. (2007) nämner att 68% av vårdpersonalen i studien använder metoden ofta genom att uppmuntra patienten att ta med närstående till besöket. Det är inte alltigenom positivt. Davis et al. (2013) beskriver att föräldrar kunde få mycket information från andra familjemedlemmar om hur de skulle bete sig i förhållande till sitt barns hälsa vilket föräldrarna upplevde som mindre positivt. Föräldrarna önskade istället få information/undervisning från vårdpersonal. Studien visar även att informationen värderades högre om den kommer från vårdpersonal än från familjemedlemmar.

Layman terms – Vardagligt språk

Layman Terms kan översättas till vardagligt språk. Det betyder att vårdpersonalen använder färre facktermer för att matcha patientens nivå av HL. Fyra artiklar behandlar *Layman terms* (Al-Sayah et al., 2014; Fransen et al., 2015; Schlichting et al., 2007; Toibin, Pender, & Cusack, 2017). Medelpoängen för evidensstyrkan i artiklarna beräknas till 3,25 poäng enligt bilaga 3.

Det är inte ovanligt att distriktssköterskor och annan vårdpersonal använder ett språk som kan vara främmande för patienten, så kallad medicinsk jargong (Al-Sayah et al., 2014). Det kanske inte är uppenbart för alla patienter vad neuropati innebär eller betydelsen av höga triglycerider. Al-Sayah et al. (2014), Fransen et al. (2015), Schlichting et al. (2007) och Toibin et al. (2017) har identifierat det fackmannamässiga språket som ett möjligt hinder för en god inkluderande kommunikation. Då vårdpersonal använder *Layman Terms*, eller lekmannamässigt språk, ökar patientens möjlighet att förstå och kunna vara delaktig (Al-Sayah et al., 2014; Toibin et al., 2017). För mycket medicinska termer ökar missförstånd mellan vårdare och patient och kan riskera att förvärra patientens ohälsa.

Om relationen mellan vårdare och patient är tillräcklig kan det resultera i en ärlig och lättförståelig kommunikation, men som tidigare beskrivet finns risken att patienten "spelar med" för att inte verka dum. *Layman Terms* är en relativt vanlig metod som används av vårdpersonal, att undvika för mycket fackspråk och ställa kontrollfrågor (Schlichting et al., 2007).

Al-Sayah et al. (2014) lyfter upp problemet med att patienten ska förstå egenvårdsråd kring diabetes, men att många patienter inte lyckas ta del av informationen och då riskerar att missa hur de ska uppmärksamma symtom och tecken på försämring då språket kan vara olämpligt för

att möta deras nivå av HL. Ett sätt att få en fingervisning i om språket är lättillgängligt är att ställa en rak fråga på om patienten har förstått (Fransen et al., 2015).

Endast ett fåtal av deltagarna i studierna rapporterar att de inte använder någon form av lekmannamässigt språk. Studien gjord av Toibin et al. (2017) visar att om vårdaren anstränger sig med att anpassa sin kommunikation genom att lägga nivån på en för patienten rimlig nivå ökar chansen att patienten känner delaktighet, sammanhang, och vågar ställa frågor.

Ask – Fråga

Ask har översatts till fråga, vilket innebär att patienten uppmuntras att ställa frågor under besök med hälso- och sjukvården. Fem artiklar behandlar *Ask* (Al-Sayah et al., 2014; Bayldon et al., 2013; Macabasco-O'Connell & Fry-Bowers, 2011; McCune, Lee, & Pohl, 2016; Toibin et al., 2017). Artiklarna har ett medelvärde på 3,6 poäng för evidensstyrka enligt bilaga 3.

Studien av Macabasco-O'Connell och Fry-Bowers (2011) visar att vårdpersonal ofta är för stressade i mötet för att aktivt ställa frågor som kan vara en bedömning för HL. Då HL ofta är ett lågprioriterat område, jämfört med medicinska och omvårdnadsmissiga bedömningar och åtgärder, och som uppfattas ta för mycket tid i anspråk kan en enkel lösning vara att uppmuntra patienten till att ställa frågor (Macabasco-O'Connell & Fry-Bowers, 2011).

Ett sätt att tydligt visa för patienten att hans frågor inte alls är dumma eller onödiga är att anpassa språket efter den aktuella patientens HL (Al-Sayah et al., 2014). Toibin et al. (2017) menar att om patienten får möjlighet att ställa frågor i en situation som upplevs vara tillåtande minskar missförstånden, att patienten känner en ökad delaktighet och självständighet, ökar tilliten, vilket i sin tur kan minska belastningen på vården.

När patienten ställer fler frågor kan det också leda till att patienten har en högre chans att följa behandlingsrutiner, förstå hälsofrämjande material, öka andelen patienter som kommer och kommer i tid till vårdbesök och ökar möjligheterna för en allmänt förbättrad hälsa (McCune et al., 2016). Även om språket anpassas är det inte en garant för att patienten vågar fråga. Vårdaren kan själv aktivt behöva ställa frågan "Har du några frågor?" (Al-Sayah et al., 2014; Macabasco-O'Connell & Fry-Bowers, 2011). Andra metoder som kan kombineras med *Ask* är *Teach Back* och *Layman Terms* (Macabasco-O'Connell & Fry-Bowers, 2011). Att ha en bra öppenhet för frågor beskrivs i samtliga inkluderade artiklar som positivt, men att aktivt fråga efter förståelse kan vara något negativt i form av att det kan kännas anklagande eller bli en prestation (Bayldon et al., 2013). I studien av Bayldon et al. (2013) påverkades föräldrarna av oroliga barn, syskon som stör, tidspress, eller skämdes för att de hade låg HL.

Gut feeling - Magkänsla

Ett ytterligare sätt att bedöma vilken grad av HL en patient identifierades, den intuitiva känslan (magkänsla, eller "*Gut feeling*" som beskrivs i texten) som inte vilar på något instrument eller

särskild metod. Fransen et al. (2015), Macabasco-O'Connell och Fry-Bowers (2011) samt McCune et al. (2016) beskriver alla hur primärvårdspersonal uttrycker sig i meningar som att "man känner på sig hur mycket patienten förstår" eller att de litar på sina tidigare erfarenheter inom vården. I studien av Macabasco-O'Connell och Fry-Bowers (2011) uppger hela 60% att de ofta eller alltid använder sin magkänsla istället för skattningar. McCune et al. (2016) beskriver att flera deltagare känner sig obekväma med att använda exempelvis NVS då de tycker den är mer eller mindre fånig. Fransen et al. (2015) berättar att en stor mängd vårdpersonal överskattar patienternas HL-nivå, vilket kan leda till att de inte känner behov av att vidare bedöma den faktiska nivån. De inkluderade studierna har ett bedömt medelvärde för evidens på fyra poäng enligt bilaga 3.

Mätinstrument

Endast fyra av de elva inkluderade studierna nämner det tre mätinstrumenten som presenterats i uppsatsens bakgrund. NVS (McCune et al., 2016; Toibin et al., 2017), REALM, (Davis et al., 2013) och TOFLHA i dess förkortade version S-TOFHLA (Bayldon et al., 2013). Vårdpersonal som använde ett validerat instrument var övergripande positiva till det och upplevde att det underlättade (McCune, 2016).

Diskussion

Metoddiskussion

Syftet omarbetades ett antal gånger med småjusteringar för att rama in det författarna avsåg undersöka ur ett omvårdnadsperspektiv inom primärvården. Det bärande i studiens uppbyggnad var metoder för bedömning och stärkande av HL. Då även andra professioner inom primärvård arbetar med HL valdes att inte endast inkludera distriktssköterskor. Författarna anser att artiklarnas resultat i högsta grad varit relevanta för distriktssköterskeprofessionen. Bland studiedeltagarna fanns patienter och personal av olika åldrar, kön, etnicitet och hemnation. Det kan stärka studiens användning. Att olika kontexter ser olika ut, ta USA:s hälso- och sjukvårdssystem och etniska gruppers särställning som exempel, har tagits i beaktande.

Då forskningen om HL är bristfällig, särskilt i Europa, har ingen begränsning på kvalitativa eller kvantitativa artiklar satts. De har istället inkorporerats i resultatarbetet på ett sätt som ger en bättre överblick av vad HL är och möjliga användningsområden för HL. Att både kvalitativa och kvantitativa artiklar har inkluderats motiveras av att syftet belyser metoder som finns för att bedöma och stärka patienters nivå av HL. "Metoder" kan vara ett brett fält och det är av intresse att utforska både upplevelser av att använda metoder och mätningar på omfattning av användande.

En större traditionell litteratursökning genomfördes i ett flertal vetenskapliga databaser, men även manuella sökningar i exempelvis Göteborgs Universitets Supersök, Google Scholar,

referenser på tidigare upphittat material, och olika specialiserade hemsidor och databaser (bilaga 1).

Det var ett flertal artiklar som främst avhandlade etnicitet och ras kopplat till HL. Det var främst studier från USA, där sammansättningen av populationen ser annorlunda ut mot den svenska. Uppsatsförfattarna har problematiserat det och när artiklarna granskats har de snarare handlat socioekonomiska skillnader i populationen. Att diskutera frågan utifrån ras istället för områden som är dominerat av vissa befolkningsgrupper och de problem som presenteras påverka såväl utbildning som sysselsättningsgrad tolkas detta som ett särskilt amerikanskt synsätt som inte är överförbart till nordiska förhållanden. Därför har författarna valt att koncentrera sig på Säljö (2014) som avhandlar det sociokulturella perspektivet.

Uppsatsen har haft både styrkor och svagheter. Information från stort antal artiklar, läro- och faktaböcker, rapporter och hemsidor har genom sökts och sammanställts. Det kan innebära att läsaren får tillgång till mer information om ämnet i samma uppsats. Artiklarnas resultat har lästs av båda uppsatsförfattarna. En utomstående granskning av artiklarna från utomstående fackpersoner hade varit önskvärd enligt Bettany-Saltikov och McSherry (2016) men har inte gjorts på grund av den knappa disponibla tiden. Det skulle kunna visa om även de kommit fram till samma slutsatser som uppsatsförfattarna. Kritisk granskning med stöd av Consort Statement ökar trovärdigheten på analysmaterialet. Inga av studierna har diskuterat etiska ställningstaganden, däremot har ett fåtal skrivit ut explicit att de varit godkända av forskningsetiska nämnder. En del studier har inte hållit högsta klass av kvalitet enligt Consort Statement, men har ändå valts att inkluderas. Det har gjorts för att bredda resultatet och inte orsaka resultatbias. Olika perspektiv på HL har behandlats. I de valda artiklarna har både primärvårdspersonal (specialistsjuksköterskor, sjuksköterskor, läkare och fysioterapeuter) och patienter varit deltagare, se bilaga 2.

Förutom uppsatsförfattarna och handledaren har tre utomstående personer, en distriktssköterska och två lekmän, ombetts läsa arbetet genom arbetsprocessen och komma med input. Olika avgränsningar i olika databaser har utförts (bilaga 1). Det gjordes eftersom att en del databaser är mer omfattande än andra. Samma avgränsning i exempelvis CINAHL och Supersök resulterade i antingen ett för stort urval av artiklar eller ett för litet. Det kan innebära en svaghet avseende systematiken i sökningarna. Författarna anser att det ändå var nödvändigt för att kunna samla in tillräckligt med relevant data för uppsatsen.

Resultatdiskussion

Samtliga artiklar har skrivit om metoder som används för att bedöma och stärka patienters olika grad av HL, men det är inte alltid samma metoder som beskrivs. En del studier har endast avhandlat personalens egna metoder, såsom *Gut feeling*, medan andra metoder har varit fokuserade på forskningsmetoder som TOFHLA. De vanligast förekommande och för distriktssköterskan mest intressanta att diskutera var de fem som presenterats i resultatet.

Elva artiklar svarade mot syftet samt inklusionskriterierna. Av de artiklar som inkluderades var det sex kvalitativa studier och fem kvantitativa. Huvuddelen av de kvantitativa studierna var enkätstudier (tre stycken) och huvuddelen av de kvalitativa var semistrukturerade intervjuer (fyra stycken). De övriga bestod av en observation/fokusgruppsstudie, en observation/enkätstudie, en interventionsstudie samt en kvantitativ tvärsnittsstudie.

Artiklarna beskriver inte nivåerna av HL som funktionell, interaktiv eller kritisk. Genomgående beskriver de antingen låg eller hög HL. Anledningen till det kan vara att det inte finns en gemensam syn på HL både inom forskningen och i det kliniska arbetet. Paralleller kan ändå dras mellan Nutbeams (2000) tre nivåer av HL och Sørensen et al. (2012) 12 dimensioner. En patient med låg HL kan således tolkas som en patient med funktionell HL och hög HL kan tolkas som interaktiv eller kritisk HL.

Evidensstyrka

Artiklarna är bedömda enligt poäng 1–5, och i resultatet presenteras evidensgraden med ett medelvärde. Medelvärdet har räknats ut med artiklarnas enskilda poäng adderade med varandra och sedan dividerat värdet med hur många studier som varit inräknade. Det för att visa på hur stark evidens det kan finnas för de enskilda metoderna. Den metod med svagast uppskattad evidens var *Layman terms* som hade 3,25/5 poäng som medelvärde vilket kan anses vara ett svagt resultat, medan *Gut feeling* hade medelvärdet 4/5 poäng vilket kan antyda ett starkare. Det är en grov uppskattning, och det skulle kräva ett större urval av artiklar för att kunna dra större slutsatser av poängen.

Bland de artiklar som inkluderats har endast två fått fem poäng när uppsatsförfattarna har kvalitetsgranskat dem (Davis et al., 2013; McCune et al., 2016). En har fått två poäng (Toibin et al., 2017), vilket gör att det kan vara svårt att dra några egentliga slutsatser av den. Tre artiklar har bedömts med tre poäng vilket är ett medelstarkt betyg. De andra fem artiklarna håller en högre kvalitet, fyra poäng, och stärker därför resultatets trovärdighet. Att de fem artiklarna inte fått fem poäng var ofta att de var kvalitativa studier som inte hade ett uttalat etiskt ställningstagande. Som Cöster (2014) skriver är det viktigt att uppmärksamma ömsesidighet och etik i forskningen. Om inte etiskt ställningstagande redovisas i studierna kan författarnas avsikt med studien ifrågasättas.

Att medelpoängen redovisats är för att ge läsaren en överblick av den möjliga styrkan redan i resultatet. *Gut feeling* hade fyra poäng vilket kan ge en uppfattning om att den har stark förankring i forskningen, men den har endast tre referenser. Det får ses som en risk för confounder i sammanhanget. Uppsatsförfattarna vill problematisera detta och belysa att trots att poängen är hög så saknas en större styrka på grund av för få referenser. *Teach back* har 3,7 poäng i medel och sex referenser, vilket kan göra resultatet starkare trots att poängen var lägre än hos exempelvis *Gut feeling*. Medelpoängen ger en ungefärlig uppfattning om hur resultaten kan bedömas, men måste ses i relation till varje enskild artikel (bilaga 3).

Teach Back

Sex artiklar, fyra kvalitativa och två kvantitativa, nämner "*Teach back*" som metod i arbetet med HL (bilaga 4).

Att endast be patienten upprepa det som sagts behöver inte betyda att patienten tagit till sig informationen och om frågan kommer nära inpå det som avhandlats kan helt enkelt bara vara färskt i minnet. Om distriktssköterskan säger att patienten har ett HbA1C-värde på 50 mmol/mol kanske patienten tycker det låter sämre än ett p-glukosvärde på 7–9 mmol/L då det är en högre siffra. Ifall patienten saknar den HL-nivå som krävs för att förstå att det är ungefär samma värde och inte vågar fråga kanske hen bara upprepar siffrorna utan att förstå innebörden. Fransen et al. (2015) menar att diabetespatienter med låg eller funktionell HL var en grupp av patienter som inte var lämplig för *Teach Back* vilket stärker resonemanget ovan. Det Fransen et al. (2015) inte nämner är hur användbar metoden är på patienter med interaktiv eller kritisk HL. Om en patient aktivt kan söka eller till och med kritiskt granska och värdera information så bör även en förståelse kunna komma ur *Teach Back* även hos diabetespatienter.

Andra studier visade på att *Teach Back* var mer lämplig för andra patienter eller närstående. Bayldon et al. (2013) beskriver att föräldrar var en grupp som gynnades av *Teach back*. Föräldrar hade svårt att komma ihåg vad som hade sagts efter ett besök hos barnhälsovården. Orsakerna kunde variera men en viktig var övertro till sin egen förståelse gällande ordinationer eller hur en behandling ska tillämpas (Bayldon et al., 2013). En möjlig förklaring till det skulle kunna vara en social kontext i samhället där mycket press finns på föräldrar att lyckas och kunna sköta sina barn på ett normativt korrekt sätt. Föräldrar och patienter i det svenska samhället söker ofta själva efter information om olika behandlingar eller symtom, men det kan vara svårare att kritiskt granska informationen. Säljö (2014) beskriver hur människor formas utifrån sin omgivning och att krav ställs direkt och indirekt i hur de uppfattas från deras omgivning, samt hur de uppfattar sig själva i deras sociala kontext. Bayldon et al., (2013) beskriver ovanstående problem som en övertro men det skulle också kunna röra sig om en känsla av skam över att inte helt förstå vad som förmedlas av vårdgivaren och därför ge sken av att förstå. Parnell (2014) beskriver att patienter med låg HL kan låtsas förstå för att inte uppfattas som "dumma". Paralleller kan dras till Badachewski et al., (2016) som beskriver att vårdpersonal kände att de ifrågasatte patienters intelligens när de bad dem repetera given information/undervisning. Det blir svårt att anpassa vården om vårdpersonal inte vågar fråga om patienten har förstått. Ytterligare mer problematiskt kan det bli om patienterna ger sken av att de har förstått mer än vad de egentligen gör. I de fallen kan det vara viktigt att ge en förklaring till varför patienten ska repetera. Förklaringen bör tydliggöra att patientens intelligens inte ifrågasätts, utan att *Teach Back* används för att säkerställa en ömsesidig förståelse och en mer ärlig kommunikation.

Bayldon et al. (2013) och Fransen et al. (2015) visar på olika resultat i förhållande till två olika grupper. En viktig faktor att ta i beaktande är att studiernas deltagare skiljer sig åt i förhållande

till HL-nivå. Bayldon et al. (2013) beskriver framförallt föräldrar med högre HL, interaktiv eller kritisk. Fransen et al. (2015) beskriver enbart patienter med låg/funktionell HL. Det skulle kunna visa på att patienter med låg/funktionell HL inte är mottagliga på samma sätt för *Teach Back* som patienter med högre HL. Det behöver inte ha med själva patientgruppen att göra utan mer med deras HL-nivå. Både Schlichting et al. (2007) och Al Sayah et al. (2016) beskriver att *Teach Back* används ganska ofta och därför är det viktigt för vårdpersonal att först göra bedömningen om patienten är mottaglig för *Teach Back*. Det kan göras genom att börja med andra metoder som exempelvis *Layman terms* eller *Ask* och styra kommunikationen mot ett alliansskapande som enligt Ekman och Norberg (2013) är en del i en personcentrerade vården. En patient med interaktiv eller kritisk HL skulle kunna vara mer lämpliga för metoden då de redan har en högre kunskap om hälsa och har möjlighet att förstå och/eller värdera information/undervisning.

Bring a Friend

Fyra artiklar, varav tre kvantitativa och en kvalitativ, belyser metoden att använda sig av familjemedlemmar eller vänner för att öka HL som benämns som "*Bring a Friend*" i den här uppsatsen (bilaga 4).

Något som kan hjälpa till att öka personcentreringen är att fler personer delar på information/undervisning från vårdpersonal (*Bring a Friend*) som kan leda till att vårdpersonalen får en djupare kunskap om vad patienten behöver. Schlichting et al. (2007) menar i sin studie att metoden var vanlig att använda i primärvårdssammanhang, där 66% av vårdpersonalen i studien använde sig av *Bring a Friend*. Det nämns många gånger som positivt både av patient och vårdpersonal eftersom patienten hade tillgång till en betrodd anhörig eller vän som kunde hjälpa till att lyssna och sedan diskutera vad som sagts under ett möte med vårdpersonal (Edwards et al., 2015). Metoden bidrar till att kunskap sprids inom en patients sociala nätverk vilket möjliggör en bredare kunskap för vårdpersonal om patientens eventuella sjukdom/tillstånd eller behandling och förutsättningar för stöd till patienten inom det sociala nätverket ökar. Det kan till stor del vara positivt att information sprids i syfte att hjälpa patienten men det finns baksidor. Det kan tänkas att en stor spridning av information kan ge upphov till diskussioner inom ett socialt nätverk som inte alltid gynnar patienten när fler personer kan göra sin tolkning av informationen och sätta sin uppfattning som sanning än det som faktiskt förmedlats under besöket. Det är också viktigt att ta reda på ifall patienten önskar få sin information spridd på det sättet. Som nämnt tidigare finns det för- och nackdelar med att ha med sig en anhörig till ett vårdmöte. Ett exempel på ett vårdmöte kan vara en äldre dam som tar med sig sin partner till distriktssköterskan för att diskutera stödstrumpor, eller exemplet med en ung kvinna vars konservativa förälder medföljer till mödravården för att diskutera preventivmedel. De här exemplen på möten kan få helt olika utfall i vad patienterna vågar tala om och fråga. Patientberättelsen inom personcentrerad vård som Kristersson Ugglå (2018) beskriver kan påverkas i exemplet med den unga kvinnan som kanske inte vågar ta upp känsliga ämnen framför sina föräldrar. Det blir därför viktigt för distriktssköterskan och annan vårdpersonal

att värdera nyttan i att ha med närstående till ett besök framför nytta med att kunskapen sprids inom patientens sociala nätverk. I de fall som bedöms olämpliga att ha med närstående bör andra metoder som exempelvis *Teach Back* användas.

Davis et al. (2017) menade att föräldrar till största del ville ha sin information direkt från vårdpersonal och satte större tilltro till informationen om den kom direkt vid ett möte utan en annan parts tolkning. Det gällde framför allt föräldrar med högre nivå av HL. Föräldrar med lägre HL satte större tilltro till information som kom från familjemedlemmar än de med högre HL. De vägde dock fortfarande tyngden på information från vårdpersonal något högre än från familjemedlemmar. Flera studier som beskriver HL och nivå av HL menar att patienter med lägre HL oftare kommer från områden med lägre socioekonomisk status och kan ha en lägre tilltro till hälso- och sjukvården, än patienter med högre HL som oftare kommer från mer socioekonomiskt starka områden (HLS-EU Consortium, 2012a; Lassetter et al., 2015; Parnell, 2015; Zanchetta et al., 2015). Wångdahl et al. (2017) nämner att HL hos en individ formas från den kontext som individen befinner sig inom. Säljö (2014) skriver att den sociala kontexten en individ befinner sig i har en stor påverkan på vad och hur individen lär sig. Det är viktigt för vårdpersonal att bilda sig en informerad uppfattning om hur den information/undervisning som förmedlas används inom en patients sociala nätverk för att kunna bedöma om metoden är lämplig för varje enskild patient.

Ask och Layman terms

Fem artiklar, varav tre kvalitativa och två kvantitativa, nämner en metod som benämns som "Ask" i den här uppsatsen. Patienterna uppmuntrades av vårdpersonal att ställa frågor. Fyra artiklar, varav tre kvalitativa och en kvantitativ, lyfter vikten av att anpassa språket efter den HL-nivå patienten besitter, vilket benämns som "*Layman Terms*" (bilaga 4).

Genom att få uppmuntran vågade patienter ställa frågor vilket faktiskt ökade följsamheten till behandling och dessutom minskade onödiga missförstånd. Flera patienter beskrev att de hade upplevt ett hinder i att ställa frågor, då de inte ville verka dumma, eller att ta för mycket av den redan stressade vårdpersonalens tid. Med *Ask* minskade det hindret. Vårdpersonal är ofta stressad och kan ge ett avvisande yttre. Toibin et al. (2017) lyfter att om personalen aktivt bjuder in patienten till att ställa frågor minskade hinder och delaktigheten ökade. På så sätt kan faktiskt tid långsiktigt sparas och patienten blir mer delaktig. Al Sayah et al. (2014) beskriver att *Ask* oftare användes i de fall då patientens HL uppfattades som lägre. Det skulle kunna tolkas som ett första led i att skapa en högre HL hos patienterna. Patienterna uppmannas att fråga vårdpersonal om innehållet i informationen/undervisningen som förmedlats och på så vis öka sin egen kunskap. Det kan tänkas att metoden hjälper patienten utveckla ett kritiskt tänkande som sedan kan användas i fler situationer än endast besök i primärvården. Ett problem med *Ask* är att om vårdpersonalen använder ett för svårt språk kan det resultera i att patienten inte har tagit till sig någonting och det blir då en svårighet att ställa frågor. *Ask* måste därför ofta kombineras med *Layman terms* för att metoden ska ha någon effekt (Macabasco-O'Connell &

Fry-Bowers, 2011). Ett problem med ett för enkelt språk skulle också kunna uppstå hos patienter med kritisk HL eftersom de skulle kunna tolka språket som nedvärderande. Båda de här exemplen skulle kunna visa på att om vårdpersonalen innan besöket hade en bättre uppfattning om vilken HL-nivå patienten befann sig på så skulle kommunikationen förbättras. Om kommunikationen istället blir bristfällig finns risk att utbyte av information mellan vårdare och patient blir skadat, vilket gör att det kan bli svårare att skapa en god relation (Magnusson, 2014).

Genom att först göra en bedömning antingen genom validerade instrument eller uppskattningar med magkänsla, bör personalen därefter anpassa sitt yrkesmässiga språk. Det kan ge patienten en större chans att kunna vara delaktig i samtalet. Alla tidigare nämnda arbetssätt ovan förenklas om språket anpassas efter patientens förståelse. Att en patient arbetar som överläkare i endokrinologi behöver inte innebära att hen har kunskapen som krävs för att klara av att parera exempelvis sin astma. Om distriktssköterskan då uttrycker sig i PEF-värden och "puffar" av vid behovs-inhalationer utan att närmare förklara vad det innebär riskerar informationen att helt missas av patienten och då talar distriktssköterskan över huvudet på patienten. Det ställer krav på vårdpersonal om vilket språk de använder. Om *Ask* används efter ett möte och svaret från patienten blir att hen inte har några frågor bör vårdpersonal säkerställa även på annat sätt än endast att fråga "Har du förstått?", då kan exempelvis kan *Teach Back* användas istället.

Gut Feeling

Tre artiklar, två kvantitativa och en kvalitativ, beskriver ett arbetssätt som benämndes "*Gut feeling*" (bilaga 4) vilket var det femte arbetssättet som hittades i artiklarna. Fransen et al. (2014), Macabasco-O'Connell och Fry-Bowers (2011), och McCune et al. (2016) menar att personalen använde sig av sin magkänsla för att bedöma om en patient förstod eller inte. De använde aldrig eller sällan validerade mätinstrument eller skattningar för att bedöma HL. Frågan kan ställas om personalen inte känner till att det finns skattningsskalor eller om det är en okunskap, alternativt att det upplevs vara ett onödigt moment eller för tidskrävande. Det är förståeligt att inte vilja använda 22-minuterstestet TOFHLA vid varje möte, men vid kontakter som förväntas bli långvariga kan det finnas fog för att vid något tillfälle göra en riktig skattning. En annan nackdel med *Gut feeling* kan vara att vårdpersonalen över- eller underskattar patienters HL i förhållande till exempelvis var de kommer ifrån eller hur gamla de är. Macabasco-O'Connell och Fry-Bowers (2011) menade att vid snabba bedömningar kan det vara värt att använda sig av magkänslan vid HL-skattning. Inom primärvården finns flera exempel på att tidsbristen hos vårdpersonal resulterar i en skattning som baseras på magkänsla. I en del fall kan det absolut fungera, men vårdpersonal bör ha med sig att patienten kanske inte har förstått fullt ut. Flera av metoderna som används av personal nämnda ovan kan också snabbt användas för att bilda sig en uppfattning om patientens HL nivå.

Begreppet HL

Författarna till uppsatsen menar inte att det som är viktigt för vårdpersonal är att känna till själva begreppet HL, utan att aktivt och kritiskt arbeta med innebörden av begreppet i det dagliga arbetet. Samhällskostnaderna för låg HL-nivå uppskattas att bara i USA att uppgå till cirka en biljon dollar årligen. Patienter med låg HL och låg kritisk/funktionell HL söker för ofta (saknar förmåga till egenvård eller överskattar sina symtom). Det kan också vara så att de söker fel vårdnivå (besöker akutmottagning och blir inlagda på sjukhus istället för att kanske besöka sin vårdcentral), söker för sent (misstolkar sina symtom, förstår inte sina symtom, eller underskattar sina symtom och att då "små krämpor" blir kostsamma såsom trycksår på foten på en patient med diabetesneuropati) (Scott, 2016). Förutom att det kostar samhället orimliga summor så skapar det också ett lidande för den enskilde patienten. Arbetet för distriktssköterskan kan också bli frustrerande genom att till exempel ha en återkommande patient som inte tar till sig informationen och inte heller berättar att hen inte har kunskapen, vilket resulterar i otillfredsställande vård och ökad arbetsbelastning.

Konklusion och kliniska implikationer

Länder som USA, Kanada och flera asiatiska länder har kommit längre än Europa och Norden gällande forskning om HL. Studierna därifrån har visat att låg HL kostar samhället stora summor pengar och kostar vården mycket tid. Vårdplatserna i Sverige har minskat drastiskt under de senaste decennierna och mycket vård har flyttat från slutenvård till öppenvård vilket ställer krav på primärvården i fråga om tid och resurser. Distriktssköterskan och annan personal inom primärvården möter många olika patienter med olika behov. Därför är det av intresse för personalen att känna till HL. För att få en bra anpassning av vården efter patientens HL-nivå behöver vården personcentreras. Detta innebär att patientens unika kompetens måste tas i beaktande för att kunna göra patienten delaktig och att hen ska få inflytande över frågor som rör deras egen hälsa. Flera metoder har identifierats för att bedöma och stärka patienters HL-nivå. De fem som lyfts i arbetet är *Teach Back*, *Bring a friend*, *Layman terms*, *Ask*, och *Gut feeling*. Personalen är inte alltid medvetna om att de använder metoderna, och i vissa fall känner de inte heller till vilka metoder som finns. Alla metoder är inte alltid lämpliga för alla patienter. Det innebär att vårdpersonal behöver prova sig fram mellan de olika metoderna eller använda sig av flera för att nå resultat. Ett sätt hade varit att skatta patienten innan besöket för att få en uppfattning av vad patienten befinner sig på för HL-nivå. Det skulle minska risken att både patient och vårdpersonal utsätts för missförstånd och obehagskänslor. Att få en sådan uppfattning kan nås genom att exempelvis använda sig av skattningsskalor som NVS eller TOFHLA. Ett hinder för att införa skalorna är att de inte finns på svenska. Det finns begränsad forskning från Nordeuropa, därför anser uppsatsförfattarna att vidare forskning på metoder för att bedöma och stärka HL ur ett nordiskt perspektiv behövs.

Referenslista

- Al-Sayah, F., Williams, L. B., Pederson, R. J., Majumdar, A. S., & Johnson, A. J. (2014). Health Literacy and Nurses' Communication With Type 2 Diabetes Patients in Primary Care Settings. *Nursing Research*, 63(6), 408-417. doi:10.1097/NNR.0000000000000055
- Andersson, S.-O. (2013). Mötet och samtalet. In B. Fossum (Ed.), *Kommunikation : Samtal och bemötande i vården*. Lund: Studentlitteratur.
- Badaczewski, A., Bauman, L. J., Blank, A. E., Dreyer, B., Abrams, M. A., Stein, R. E. K., . . . Sharif, I. (2017). Relationship between Teach-back and patient-centered communication in primary care pediatric encounters. *Patient Education and Counseling*, 100(7), 1345-1352. doi:10.1016/j.pec.2017.02.022
- Bayldon, B. W., Glusman, M., Fortuna, N. M., Ariza, A. J., & Binns, H. J. (2013). Exploring caregiver understanding of medications immediately after a pediatric primary care visit. *Patient Education and Counseling*, 91(2), 255-260. doi:10.1016/j.pec.2012.12.017
- Bettany-Saltikov, J., & McSherry, R. (2016). *How to do a systematic literature review in nursing*. London: McGraw-Hill Education.
- Cheng, E. R., Bauer, N. S., Downs, S. M., & Sanders, L. M. (2016). Parent Health Literacy, Depression, and Risk for Pediatric Injury. *Pediatrics*, 138(1). doi:10.1542/peds.2016-0025
- Chinn, D., & McCarthy, C. (2013). All Aspects of Health Literacy Scale (AAHLS): Developing a tool to measure functional, communicative and critical health literacy in primary healthcare settings. *Patient Education and Counseling*, 90(2), 247-253. doi:10.1016/j.pec.2012.10.019
- Cöster, H. (2014). *Forskningsetik och Ömsesidighet - vård, social omsorg och skola*. Stockholm: Liber.
- Davis, D. W., Jones, V. F., Logsdon, M. C., Ryan, L., & Wilkerson-Mcmahon, M. (2013). Health Promotion in Pediatric Primary Care: Importance of Health Literacy and Communication Practices. *Clinical Pediatrics*, 52(12), 1127-1134. doi:10.1177/0009922813506607
- Distriktssköterskeförbundet i Sverige. (2008). Kompetensbeskrivning för legitimerad sjuksköterska med specialistsjuksköterskeexamen distriktssköterskor. Retrieved from <http://www.swenurse.se/Sa-tycker-vi/publikationer/Kompetensbeskrivningar-och-riktlinjer/Distriktsskoterska/>
- Edwards, M., Wood, F., Davies, M., & Edwards, A. (2015). 'Distributed health literacy': longitudinal qualitative analysis of the roles of health literacy mediators and social networks of people living with a long-term health condition. *Health Expectations*, 18(5), 1180-1193. doi:10.1111/hex.12093
- Ekman, I., & Norberg, A. (2013). Personcentrerad vård - teori och tillämpning. In A.-K. Edberg, A. Ehrenberg, F. Friberg, L. Wallin, H. Wijk, & J. Öhlén (Eds.), *Omvårdnad på avancerad nivå - kärnkompetenser inom sjuksköterskans specialistområden* (pp. 29-62). Lund: Studentlitteratur.
- Flaskerud, J. H. (2012). Mental Health Care and Health Literacy. *Issues in Mental Health Nursing*, 2012, Vol.33(3), p.196-198, 33(3), 196-198. doi:10.3109/01612840.2011.610563
- Forsman, B. (1997). *Forskningsetik : En introduktion*. Lund: Studentlitteratur.

- Fossum, B. (2013). Kommunikation och bemötande. In B. Fossum (Ed.), *Kommunikation : Samtal och bemötande i vården* (pp. 25-50). Lund: Studentlitteratur.
- Fransen, M. P., Beune, E. J. A. J., Baim-Lance, A. M., Bruessing, R. C., & Essink-Bot, M. L. (2015). Diabetes self-management support for patients with low health literacy: Perceptions of patients and providers. *Journal of Diabetes*, 7(3), 418-425. doi:10.1111/1753-0407.12191
- GPCC - Centrum för Personcentrerad Vård. (2017). Personcentrerad vård. Retrieved from <https://gpcc.gu.se/om-gpcc/personcentrerad-var>
- Gustafsson, B. (2009). Det oavsiktliga lärandet - om den dolda läroplanen i sjukvården. In M. Hansson Scherman & U. Runesson (Eds.), *Den lärande patienten*. Lund: Studentlitteratur.
- Hayden, J. (2014). *Introduction to Health Behavior Theory*. Burlington: Jones & Bartlett Learning.
- Heinrich, C. (2012). Health literacy: The sixth vital sign. *Journal of the American Academy of Nurse Practitioners*, 24(4), 218-223. doi:10.1111/j.1745-7599.2012.00698.x
- HLS-EU Consortium. (2012a). *Comparative Report On Health Literacy In Eight EU Member States. The European Health Literacy Survey HLS-EU*. Retrieved from http://ec.europa.eu/chafea/documents/news/Comparative_report_on_health_literacy_in_eight_EU_member_states.pdf
- HLS-EU Consortium. (2012b). *HLS-EU-Q*. Retrieved from <http://www.forumitesss.com/wp-content/uploads/2015/02/HLS-EU-Q-tools-and-introduction-2.pdf>
- Jeong, Y. M., McCreary, L. L., & Hughes, T. L. (2018). Qualitative study of depression literacy among Korean American parents of adolescents. *Journal of Psychosocial Nursing and Mental Health Services*, 56(1), 48-56. doi:10.3928/02793695-20170929-03
- Johnson, A. (2015). Health literacy: how nurses can make a difference.(RESEARCH PAPER)(Report). 33(2), 21.
- Kelly, P. A., & Haidet, P. (2007). Physician overestimation of patient literacy: A potential source of health care disparities. *Patient Education and Counseling*, 66(1), 119-122. doi:10.1016/j.pec.2006.10.007
- Kristensson Uggla, B. (2014). Personfilosofi - filosofiska utgångspunkter för personcentrerad inom hälso- och sjukvård. In I. Ekman (Ed.), *Personcentrerad inom hälso- och sjukvård : Från filosofi till praktik* (pp. 21-65). Stockholm: Liber.
- Lassetter, J. H., Clark, L., Morgan, S. E., Brown, L. B., Vanservellen, G., Duncan, K., & Hopkins, E. S. (2015). Health Literacy and Obesity Among Native Hawaiian and Pacific Islanders in the United States. *Public Health Nursing*, 32(1), 15-23. doi:10.1111/phn.12155
- Macabasco-O'Connell, A., & Fry-Bowers, E. K. (2011). Knowledge and Perceptions of Health Literacy Among Nursing Professionals. *Journal of Health Communication*, 16((Supp)3), 295-307. doi:10.1080/10810730.2011.604389
- Magnusson, A.-S. (2014). *Om kommunikation - för personal i vårdande yrken*. . Stockholm: Liber.
- McCune, R. L., Lee, H., & Pohl, J. M. (2016). Assessing health literacy in safety net primary care practices. *Applied Nursing Research*, 29, 188-194. doi:10.1016/j.apnr.2015.04.004
- MeSh, S. (2018). Health Literacy- Hälsokompetens. Retrieved from <https://mesh.kib.ki.se/term/D057220/health-literacy>

- Mieres, J. H. (2015). Delivering Patient-Centered Care. In T. A. Parnell (Ed.), *Health Literacy in Nursing - Providing person-centered care* (pp. 57-78). New York: Springer Publishing Company.
- Mårtensson, L., & Hensing, G. (2011). Hälsolitteracitet grundbult i patientmötet. *Läkartidningen*, 108(51-52), 2718-2720.
- Nutbeam, D. (2000). Health literacy as a public health goal: a challenge for contemporary health education and communication strategies into the 21st century. *Health Promot Int*, 15(3), 259-267. doi:10.1093/heapro/15.3.259
- Parnell, T. A. (2015). Health Literacy: History, Definitions, and Models. In T. A. Parnell (Ed.), *Health Literacy in Nursing - Providing person-centered care* (pp. 3-32). New York: Springer Publishing Company.
- Polit, D. F., & Tatano Beck, C. (2016). *Nursing Research : Generating and assessing evidence for nursing practice*. Philadelphia: Wolters Kluwer.
- Potratz, W. (2014). Health Care Providers' Perceptions of Health Literacy. In D. Cortner, C. Anderson, & R. Thron (Eds.): ProQuest Dissertations Publishing.
- Quaglio, G., Sorensen, K., Rubig, P., Bertinato, L., Brand, H., Karapiperis, T., . . . Dario, C. (2017). Accelerating the health literacy agenda in Europe. *Health Promot Int*, 32(6), 1074-1080. doi:10.1093/heapro/daw028
- Ringsberg, K. C., Olander, E., & Tillgren, P. (2014a). Det moderna folkhälsoarbetet och dess utmaningar. In K. C. Ringsberg, E. Olander, & P. Tillgren (Eds.), *Det moderna folkhälsoarbetet och dess utmaningar* (pp. 19-46). Lund: Studentlitteratur.
- Ringsberg, K. C., Olander, E., & Tillgren, P. (2014b). Health Literacy - ett dynamiskt begrepp. In K. C. Ringsberg, E. Olander, & P. Tillgren (Eds.), *Health Literacy: Teori och praktik i hälsofrämjande arbete* (pp. 47-74). Lund: Studentlitteratur.
- Sarvimäki, A., & Stenbock-Hult, B. (2014). Etik och centrala värden i health literacy. In K. C. Ringsberg, E. Olander, & P. Tillgren (Eds.), *Health Literacy: Teori och praktik i hälsofrämjande arbete* (pp. 75-98). Lund: Studentlitteratur.
- Schlichting, J. A., Quinn, M. T., Heuer, L. J., Schaefer, C. T., Drum, M. L., & Chin, M. H. (2007). Provider perceptions of limited health literacy in community health centers. *Patient Education and Counseling*, 69(1), 114-120. doi:10.1016/j.pec.2007.08.003
- Scott, A. S. (2016). Health Literacy Education in Baccalaureate Nursing Programs in the United States. *Nursing Education Perspectives*, 37(3), 153-158. doi:10.1097/01.NEP.0000000000000005
- Hälso- och sjukvårdslag (2017:30).
- SKL. (2014). *Hela staden socialt hållbar*. Göteborg: Göteborgs Stad Retrieved from <https://skl.se/download/18.a581a5614c5137da1e32b86/1427897778153/presentation-Skillnader-halsa-livsvillkor-Göteborg.pdf>
- SKL. (2017). Nationell patientenkät : Primärvård 2017. Retrieved from <https://patientenkät.se/sv/resultat/primarvard-2017/>
- SKL. (2018a). *Ekonomirapporten, maj 2018*. Stockholm: Sveriges Kommuner och Landsting.
- SKL. (2018b). *Svensk sjukvård i internationell jämförelse 2018*. Stockholm: Sveriges Kommuner och Landsting.
- Sumner, J. (2012). Communication as Moral Caring in Nursing: The Moral Construct of Caring in Nursing as Communicative Action. *International Journal for Human Caring*, 12(2), 20-27.
- Säljö, R. (2014). *Lärande i praktiken: Ett sociokulturellt perspektiv*. Lund: Studentlitteratur.
- Sørensen, K., Van Den Broucke, S., Fullam, J., Doyle, G., Pelikan, J., Slonska, Z., & Brand, H. (2012). Health literacy and public health: A systematic review and integration of

- definitions and models. *BMC Public Health*, 12(1), <xocs:firstpage xmlns:xocs=""/>. doi:10.1186/1471-2458-12-80
- Terkildsen Maindal, H., & Vinther-Jensen, K. (2016). Sundhedskompetence (Health literacy) teori, forskning og praksis - Health Literacy & Theory, Research and Practice. *Klinisk Sygepleje*, 43(01), 3-16. doi:10.18261/issn.1903-2285-2016-01-02
- Toibin, M., Pender, M., & Cusack, T. (2017). The effect of a healthcare communication intervention — ask me 3 on health literacy and participation in patients attending physiotherapy. *European Journal of Physiotherapy*, 19, 12-14. doi:10.1080/21679169.2017.1381318
- WHO. (1948). What is the WHO definition of health? In *Frequently asked questions*: World Health Organisation.
- WHO. (2009). *Health Promotion: Track 2: Health literacy and health behaviour*. Paper presented at the 7th Global Conference on Health Promotion, Kenya. <http://www.who.int/healthpromotion/conferences/7gchp/track2/en/>
- WHO. (2013). Health Literacy: The Solid Facts. In WHO Regional Office for Europe (Ed.). Köpenhamn.
- WHO. (2016). *Health literacy: The mandate for health literacy*. Paper presented at the 9th Global Conference on Health Promotion, Shanghai. <http://www.who.int/healthpromotion/conferences/9gchp/health-literacy/en/>
- Wångdahl, J., Lau, M., Nordström, P., Samulowitz, A., & Karlsson, L. (2017). Hälsolitteracitet – en kommunikativ utmaning för hälso- och sjukvården. *Socialmedicinsk Tidskrift*, 94(2), 126-135.
- Wångdahl, J. M., & Mårtensson, L. I. (2015). Measuring health literacy – the Swedish Functional Health Literacy scale. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 29(1), 165-172. doi:10.1111/scs.12125
- Yim, C. K., Shumate, L., Barnett, S. H., & Leitman, I. M. (2018). Health literacy assessment and patient satisfaction in surgical practice. *Annals of Medicine and Surgery*, 35, 25-28. doi:10.1016/j.amsu.2018.08.022
- Zanchetta, M. S., Meireles Pinto, R., Galhego-Garcia, W., da Cunha, Z., Cordeiro, H. A., Fagundes-Filho, F. E., . . . Costa, E. (2015). Brazilian community health agents and qualitative primary healthcare information. *16(3)*, 235-245. doi:10.1017/S146342361400019X

Bilaga 1 - Söktabell

Datum	Databas	Sökord	Begränsningar	Träffar	Intressanta abstracts	Valda artiklar
180903	CINAHL	"Health Literacy Education" AND Nuring	-	74	1	1. Scott (2016)
180904	CINAHL	"Primary health care" AND "Health literacy"	-	40	14	2. Bayldon, Glusman, Fortuna, Ariza & Binns (2012) 3. Fry-Bowers, Maliski, Lewis, Macabasco-O'Donnell & DiMatteo (2014) 4. Yost, DeWalt, Lindquist & Hahn (2013) 5. Lee, Stucky, Lee, Rozier & Bender (2010) 6. Dodd, King, Humphries, Little & Dewey (2016) 7. Nair, Baltag, Bose, Boschi-Pinto, Lambrechts & Mathai (2015) 8. Patel, Steinberg, Goveas, Pedireddy, Saad, Rachmale, Shukla, Bibban Deol & Cardozo (2011) 9. Cheng, Emmanuel, Levy & Jenkins (2015) 10. Johnson (2015) 11. Cheng, Bauer, Downs & Sanders (2016) 12. Zullig, McCant, Melnyk, Danus & Bosworth (2014) 13. Chinn & McCarthy (2012)

180904	PubMed	Health Literacy AND Definitions AND Public Health	-	61	0	-
180904	PubMed	Health Literacy AND Definitions AND Public Health AND Nursing	-	12	0	-
180904	PubMed	Health Literacy AND Public Health AND Nursing	-	1254	0	-
180904	PubMed	Health Literacy AND SAHL-E	-	1	0	-
180904	PubMed	Health Literacy AND Nursing AND Self Efficacy	-	81	0	-
180904	PubMed	"Health Literacy" AND Nursing AND Self Efficacy	-	36	0	-
180904	Supersök	Interventions AND "Health Literacy" AND Patients AND "Primary Health Care"	-	455	1	14. Sörensen, van den Broucke, Fullam, Doyle, Pelikan, Slonska & Brand (2012)
180905	PubMed	"Health Literacy" AND "Mental Health" AND Nursing	-	102	3	15. Corrarino (2013) 16. Flakerud (2012) 17. Rhee, Lee, Kim, Han, Lee & Kim (2017)
180905	www.WHO.com	Health Literacy				
180905	Svensk MeSH	Health Literacy				
180905	ECDC	Health Literacy	-	3	1	18. Quaglio, Sörensen, Rübige, Bertinato, Brand, Karapiperis, Dinca, Peetso, Kadenbach & Dario (2016)
180906	CINAHL	"Specialist Nurse" AND "Health Literacy"	-	0	0	-
180906	CINAHL	"Nurse Practitioner" AND "Health Literacy"	-	1	0	-
180906	CINAHL	"District Nurse" AND "Health Literacy"	-	0	0	-
180906	CINAHL	"Community Health Nurse" AND "Health Literacy"	-	0	0	-
180906	CINAHL	"Nurse" AND "Health Literacy"	Peer Reviewed	21	0	-

180906	Scopus	"Health Literacy" AND "Primary Health Care" AND "Communication" AND "Qualitative"	-	133	0	-
180906	SveMed+	Hälsolitteracitet	Peer Reviewed	25	4	19. Mårtensson & Hensing (2011) 20. Terkildsen & Vinther-Jensen (2016) 21. Wångdahl & Mårtensson (2014) 22. Gabrielsen & Lundtrae (2014)
180906	PubMed	"Health Literacy" AND "Primary Health Care" AND Communication AND Qualitative AND Nursing	-	1	1	23. Zanchetta, Meireles Pinto, Galhego- Garcia, Da Cuncha, Cordeiro, Fagundes- Filho, Pinho, Voet, Talbot, Caldas, De Souza & Costa (2014)
180906	CINAHL	"Health Literacy" AND "Primary Care" AND Communication AND Qualitative AND Nursing	-	5	1	24. Bravo, Edwards, Barr, Scholl, Elwyn & McCallister (2015)
180906	CINAHL	"Health Literacy" AND Primary Care" AND "Patient Education"	-	121	0	-
180906	Google Scholar	"Health Literacy" AND "Primary Health Care" AND "Patient Education"	Full text, Human, English, Nursing journals, 18+ år	18	1	25. Wolf, Davis, Shrank, Rapp, Bass, Connor, Clayman & Parker (2007)
180906	PsycINFO	"Health Literacy" AND "Primary Care" AND Nursing	Peer Reviewed	33	4	26. Heinrich (2010) 27. Osborn, Cavanaugh, Wallston & Rothman (2010) 28. Negarandeh, Mahmoodi, Noktehdan, Heshmat & Shakibazadeh (2012) 29. Weiss, Mays, Martz, Merriam

						Castro, DeWalt, Pignone, Mockbee & Hale (2005)
180907	Embase	“Health Literacy” AND “Specialist Nurse”	-	2	0	-
180907	Embase	“Health Literacy” AND “Primary Health care” AND Nursing	Article	34	3	30. Cawthon, Mion, Willens, Roumie & Kripalani (2014) 31. Nakayama, Osaka, Togari, Ishikawa, Yonekura, Sekido & Matsumoto (2015) 32. Joshi, Jayasinghe, Parker, Del Mar, Russel, Lloyd, Mazza, Denney-Wilson, van Driel, Taylor & Harris (2014)
180907	Wiley	“Health Literacy” AND “Primary Care” AND Nursing AND “Patient Education”	-	6	2	33. Edwards, Wood, Davies & Edwards (2013)
180907	Manuell sökning i artikel nr 1	-	-	41	1	34. Macabasco-O’Connel & Fry-Bowers (2011)
180911	Supersök	“Primary Care” AND “Health Literacy”	Vuxna 19-44 år, Engelska, 2009-2018, Peer Reviewed, Academic journal	22	1	35. Lubestkin, Zabor, Isaac, Brennessel, Kemeny & Hay (2015)
180912	Cochrane Library	“Health Literacy”	-	3	0	-
180912	AgeLine	“Health Literacy” AND “Primary Care”	-	10	0	-
180919	CINAHL	“Health Literacy” AND “Primary Health Care” AND “Patient education” AND Nurse	-	0	0	-
180919	CINAHL	“Health Literacy” AND “Primary Health Care” AND “Patient Education”	-	0	0	-

180919	CINAHL	“Health Literacy” AND “Primary Health Care”	-	2	2	36. Chinn & McCarthy (2013) 37. Von Wühlisch, Schmidt & Pascoe (2011)
180919	CINAHL	“Health Literacy” AND “Primary Health Care” AND “Patient Education”	-	11	1	38. Schlichting, Quinn, Heuer, Schaefer, Drum & Chin (2007)
180919	CINAHL	„Health Literacy“ AND „Primary Care“ AND „Patient Education“	-	11	0	-
180919	CINAHL	“Health Literacy” AND “Primary Care” AND “Education of Patients”	-	0	0	-
180919	CINAHL	“Health Literacy” AND “Primary Healthcare” AND “Education of Patients”	-	0	0	-
180919	CINAHL	“Health Literacy” AND “Primary Health Care” AND “Education of Patients”	-	0	0	-
180919	Supersök	“Health Literacy” AND “Primary Health Care” AND “Patient Education” AND Nurse	-	29	1	39. Heinrich (2012)
180919	Supersök	“Health Literacy” AND “Primary Health Care” AND “Patient Education” AND “Nurse Practitioner”	-	8	0	-
180919	Supersök	“Health Literacy” AND “Primary Health Care” AND “Patient Education” AND “Community Nurse”	-	22	0	-
180919	Supersök	“Health Literacy” AND “Primary Healthcare” AND “Patient Education” AND “Specialist Nurse”	-	6	0	-
180919	Supersök	“Health Literacy” AND “Primary Healthcare” AND	Artiklar, Engelska	19	1	-

		“Education of Patients” AND Nurse				
180919	Supersök	“Health Literacy” AND “Primary Health Care” AND “Education of Patients” AND Nurse	Artiklar, Engelska	59	4	40. Scheckel, Emery & Nosek (2010) 41. McCune, Lee & Pohl (2016) 42. Fransen, Beune, Baim-Lance, Bruessing & Essink-Bot (2015)
180919	CINAHL	“Sense of Coherence” AND Health	Peer Reviewed, Research Article, 2015-2018	24	1	43. Verouli, Saiafaka & Ageli (2016)
180920	CINAHL	“Health Literacy” AND “Primary Care” AND “Education of Patients” AND Nurse	Artiklar, Engelska	59	4	-
181008	Svensk MeSH	Health education				
181008	Svensk MeSH	Community health education				
181008	Svensk MeSH	Health promotion				
181008	CINAHL	“Health Literacy” AND “Teach Back”	-	14	1	44. Badaczewski, Bauman, Blank, Dreyer, Abrams, Stein, Roter, Hossain, Byck & Sharif (2017)
181008	CINAHL	“Health Literacy” AND “Primary Care”	-	1	0	-
181008	PubMed	“Teach Back” AND “Health Literacy” AND “Primary care”	-	1	0	-
181008	PubMed	“Teach back” AND “Health Literacy” AND “Primary healthcare”	-	0	0	-
181008	PubMed	“Teach Back” AND “Health Literacy” AND “Primary Health Care”	-	3	0	-
181008	PubMed	“Bring a friend” AND “Health literacy” AND “Primary health care”	-	0	0	-

181008	PubMed	“Bring a friend” AND “Health Literacy” AND “Primary care”	-	0	0	-
181008	PubMed	“Bring a friend” AND “Health literacy” AND Primary healthcare”	-	0	0	-
181008	PubMed	“Social network” AND “Health Literacy” AND Primary care”	-	3	0	-
181008	PubMed	“Social network” AND “Health Literacy” AND “Primary healthcare”	-	0	0	-
181008	PubMed	“Social network” AND “Health literacy” AND “Primary health care”	-	0	0	-
181008	Supersök	“Bring a friend” AND “Health literacy” AND “Primary health care” -	-	0	0	-
181008	Supersök	“Bring a friend” AND “Health literacy” AND “Primary healthcare”	-	0	0	-
181008	Supersök	“Bring a friend” AND “Health literacy” AND “Primary care”	-	0	0	-
181008	PubMed	Ask AND “Health Literacy” AND “Primary health care”	-	6	0	-
181008	PubMed	Ask AND Health literacy” AND “Primary care”	-	8	0	-
181008	PubMed	Ask AND “Health literacy” AND “Primary healthcare”	-	0	0	-
181008	Supersök	“Health Literacy” AND “Nurs*” AND “Primary care” AND “Health education”	-	111	1	45. Winder Davis, Jones, Logsdon, Ryan & Wilkerson- McMahon (2013)

181008	CINAHL	Communication AND Nursing AND Theory	-	136	1	46. Sumner (2012)
181008	CINAHL	“Health Literacy” AND Nurs* AND “Primary care” AND “Health education”	-	24	0	-
181009	CINAHL	“Health Literacy” AND “Primary health care” AND communication	-	6	0	-
181009	CINAHL	“Health Literacy” AND “Primary healthcare” AND communication	-	1	0	-
181009	CINAHL	“Health Literacy” AND “Primary health care” AND “Bring a friend”	-	0	0	-
181009	CINAHL	“Health Literacy” AND “Primary health care” AND “Teach back”	-	1	0	-
181009	CINAHL	“Health Literacy” AND “Primary care” AND “Teach back”	-	1	0	-
181009	CINAHL	“Health Literacy” AND “Primary care”	-	46	1	47. Toibin, Pender & Cusack (2017)
181009	PubMed	“Health Literacy” AND “Primary care”	-	583	0	-
181009	PubMed	“Health Literacy” AND “Primary care” AND Communication	-	358	0	-
181009	PubMed	“Health Literacy” AND “Primary care” AND “Teach Back”	-	2	0	-

Bilaga 2 – Valda artiklar

Författare och titel	Syfte, metod och resultat
<p>Al Sayah, Williams, Pederson, Majumdar & Johnson (2014) “<i>Health Literacy and Nurses’ Communication With Type 2 Diabetes Patients in Primary care settings</i>”</p>	<p>Syfte: Att undersöka användandet av kommunikativa loopar, lekmanamässigt tal och hur HL påverkar sjuksköterskeledda patientundervisningar om diabetes. Metod: Ljudinspelade intervjuer och patientenkäter. Deltagare: n=45; nio sjuksköterskor och 36 patienter. Resultat: Kommunikativa loopar användes endast i drygt en tiondel av samtalen. Det vanligaste arbetssättet var att förtydliga hälsoinformation samt att be patienten repeterat vad som sagts under besöket. Minst använda metoder var att undersöka om patienten verkligen förstått och att be patienten berätta om hen förstått. Ofta användes medicinska termer och för patienten svårt språk.</p>
<p>Badaczewski, Bauman, Blank, Dreyer, Abrams, Stein, Roter, Hossain, Byck & Sharif (2017) “<i>Relationship between Teach-back and patient-centered communication in primary care pediatric encounters</i>”</p>	<p>Syfte: Författarna testade ett teoretiskt perspektiv på hur <i>Teach back</i> skulle kunna påverka kommunikationen vid barnhälsovårdsbesök. Metod: Ljudinspelade intervjuer och testande av en kommunikativ loop samt fokusgrupper. Deltagare: n=44 patienter. Resultat: <i>Teach back</i> användes i cirka två femtedelar av samtalen. De besök som använde <i>Teach back</i> uppvisade mer personcentrerad kommunikation och ökade sannolikheten för både personcentrering och negativa känslor hos patienterna.</p>
<p>Bayldon, Glusman, Foruna, Ariza & Binns (2013) “<i>Exploring caregiver understanding of medications immediately after a pediatric primary care visit</i>”</p>	<p>Syfte: Att bedöma vårdnadshavares förståelse av deras barns läkemedelsordinationer och undersöka faktorer som påverkade deras förmåga att komma ihåg behandlingen. Metod: Observationsbaserad tvärsnittstudie där vårdnadshavarnas HL-nivå genom frågeformulär. Deltagare: n=68 vårdnadshavare. Resultat: Samtliga intervjupersoner upplevde att behandlaren hade givit tydliga medicinska instruktioner, men ändå klarade få att korrekt</p>

	återge läkemedelsnamnen och doseringarna trots att de hade fått både muntlig och skriftlig information.
Chinn & McCarthy (2012) <i>“All Aspects of Health Literacy Scale (AAHLS): Developing a tool to measure functional, communicative and critical health literacy in primary healthcare settings”</i>	Syfte: Att utveckla och testa ett instrument och metod för att mäta HL inom primärvården, som inriktade sig på funktionell, kommunikativ och kritisk HL. Metod: Instrumentet bestod av en självskattande patientenkät. Deltagare: n=146 patienter. Resultat: Skalan var tillräckligt tillförlitlig, men själva delskalorna var mindre sammanhängande. Resultaten av skalorna påverkades ofta av etnisk minoritet/majoritet, utbildningsnivå och självrapporterad hälsa.
Edwards, Wood, Davies & Edwards (2013) <i>“‘Distributed health literacy’: longitudinal qualitative analysis of the roles of health literacy mediators and social networks of people living with a long-term health condition”</i>	Syfte: Att förklara den distribuerade naturen av HL och hur personer som lever med långvariga sjukdomstillstånd kan på ett aktivt sätt använda sig av sitt sociala nätverk för att få stöd med HL-relaterade uppgifter. Metod: Longitudinell kvalitativ intervjustudie. Deltagare: n=18 patienter. Resultat: HL fördelades genom familj och andra sociala nätverk. Studiedeltagarna använde sig ofta av sina närstående för att söka, förstå och använda hälsoinformation.
Fransen, Beune, Baim-Lance, Bruessing & Essink-Bot (2014) <i>“Diabetes self-management support for patients with low health literacy: Perceptions of patients and providers”</i>	Syfte: Att utforska uppfattningar och strategier hos vårdgivare angående egenvård- och självständighetsstöd till patienter med diabetes och låg HL. Metod: Kvalitativ djupgående intervjustudie med allmänläkare, specialistsjuksköterskor och patienter med låg HL-nivå. Dessutom genomförde tio kliniska observationer. Deltagare: n=40; fyra allmänläkare, fem specialistsjuksköterskor och 31 patienter. Resultat: Vårdgivare beskrev ofta patienter med låg HL som mindre motiverade och oengagerade samt att de inte förstod egenvård. Den huvudsakliga strategin för att öka självständigheten hos patienten var att erbjuda standardinformation som repeterades. Patienterna å sin sida hade ofta en annorlunda syn på egenvården kring diabetes än deras vårdgivare och uppvisade en låg medvetenhet av vad egenvård faktiskt innebär men önskade ändå

	<p>inte mer information och tyckte inte heller att <i>Teach back</i> var en bra metod.</p>
<p>Macabasco-O'Connell & Fry-Bowers (2011) "<i>Knowledge and Perceptions of Health Literacy Among Nursing Professionals</i>"</p>	<p>Syfte: Att beskriva sjuksköterskors kunskaper och uppfattningar om låg HL hos patienter inom deras primärvårdsklinik och allmänt inom hälso- och sjukvårdssystemet. Metod: Beskrivande tvärsnittsstudie via webbaserad enkät riktade till slumpmässiga sjuksköterskor i Kalifornien. Deltagare: n=76 sjuksköterskor och specialistsjuksköterskor. Resultat: De deltagande sjuksköterskornas kunskap om HL och deras förståelse av dess betydelse var låg. HL rapporterades ha låg prioritet hos vårdgivare och den omgivande organisationen.</p>
<p>McCune, Lee & Pohl (2016) "<i>Assessing health literacy in safety net primary care practices</i>"</p>	<p>Syfte: Att testa ett nytt mätinstrument och metod i klinisk verksamhet, undersöka primärvårdspersonalens medvetande av HL-status och uppfattning om användandet av särskilda metoder. Metod: Tvärsnittsstudie med ett utforskande utgångsläge. Deltagare: n=282 patienter. Resultat: NVS som instrument och metod är tidseffektiv, lättanvänd och bedömer HL på ett förståeligt sätt. NVS mäter både läs- och sifferkunnighet.</p>
<p>Schlichting, Quinn, Heuer, Schaefer, Drum & Chin (2007) "<i>Provider perceptions of limited health literacy in community health centers</i>"</p>	<p>Syfte: Att utforska tekniker som användes inom vårdcentraler för att anpassa vården till de med låg HL. Metod: Enkäter mailades ut till 701 vårdcentraler inom tolv nordvästra stater i USA. Deltagare: n=333 läkare och specialistsjuksköterskor. Resultat: Under hälften av de tillfrågade klinikerna svarade på enkäten. Hos de som svarade uppvisades att de som hade HL-utbildad personal hade en högre sannolikhet att använda sig av metoder som <i>Teach back</i> och <i>Bring a Friend</i> än de vårdcentraler som arbetade mer traditionellt.</p>
<p>Toibin, Pender & Cusack (2017) "<i>The effect of a healthcare communication intervention – ask me 3; on health literacy and participation in patients attending physiotherapy</i>"</p>	<p>Syfte: Att undersöka grundnivån av HL hos patienter inom primärvårdsfysioterapi och jämföra betydelsen av införandet av metoden <i>ask me 3</i> och om detta kan återspeglas på patienternas HL och deltagande. Metod: Utforskande interventionsstudie vid två</p>

	<p>vårdcentraler under fem veckor. Deltagare: n=34; fem fysioterapeuter och 29 fysioterapipatienter. Resultat: Ask me 3 var en enkel metod att använda och underlättade förutsättningarna för mer avslappnat och ett språk att följa med i för patienterna. Patienterna upplevde att hindren för att ställa frågor minskades och att det blev en bättre stämning under behandlingarna. Hos fysioterapeuterna fanns upplevelsen att deras jobb blev lättare och att de kände att patienterna blev stärkta.</p>
<p>Winder Davis, Jones, Logsdon, Ryan & Wilkerson-McMahon (2013) “<i>Health Promotion in Pediatric Primary Care: Importance of Health Literacy and Communication Practices</i>”</p>	<p>Syfte: Att undersöka hälsokommunikationsbehoven och HL-indikatorer hos ett brett spektrum av patienter för att identifiera möjliga framtida interventioner. Metod: Vårdnadshavare till barn i åldrarna 18-36 månader som besökte någon av tre utvalda barnvårdscentraler fick svara på en enkät bestående av 19 frågor. Deltagare: n=75 vårdnadshavare. Resultat: De största variationerna hos hög och låg HL var utbildningsnivå och socioekonomisk status. Vårdnadshavarna föredrog att få hälsoinformation från vårdgivare snarare än via närstående, men inte från psykiatrisk personal.</p>

Bilaga 3 – Bedömning av valda artiklar

Författare	Kvalitetsbedömning enligt Consort Statement
Al Sayah et al. (2014)	4/5 poäng. Välbeskriven metod. Tar upp och diskuterar styrkor och svagheter. Totalt 45 deltagare. Beskriver på ett bra sätt studiens begränsningar. Inget etiskt ställningstagande samt kvalitativ studie vilket gör att studien inte får 5 poäng.
Badaczewski et al. (2017)	4/5 poäng. Välskriven artikel. Väldigt väl beskriven i alla steg, tydliga modeller och tabeller. Mycket relevant slutsats. Saknar dock etiskt ställningstagande. Är en kvalitativ studie och får därför inte 5 poäng.
Bayldon et al. (2012)	4/5 poäng. Välbeskriven. Har använt sig av validerade mätinstrument. Bra tabeller. Diskuterar styrkor och svagheter. Diskuterar bias. Relevant slutsats. Har etiskt godkännande. Inget etiskt ställningstagande vilket motiverar lägre poäng.
Chinn & McCarthy (2012)	4/5 poäng. Välbeskriven, välanpassad efter den demografiska gruppen som avses studeras. Bra tabeller. Använt sig av relevanta metoder och instrument. Slutsats som knyter an till tidigare forskning och framtida forskning. Diskuterar styrkor och svagheter. Använt pilotstudie. Inget etiskt ställningstagande eller godkännande nämns.
Davis et al. (2013)	5/5 poäng. Välbeskriven och välmotiverad i alla steg. Har etiskt ställningstagande. Tydliga tabeller och modeller.
Edwards et al. (2013)	3/5 poäng. Longitudinell studie. Har etiskt godkännande men ej etiskt ställningstagande.

	Bakgrundsbeskrivning av deltagare lite svagt. Endast 18 deltagare som aktivt själva sökt sig till studien vilket kan leda till bias.
Fransen et al. (2014)	4/5 poäng. Välbeskriven metod. Har etiskt ställningstagande. Lågt deltagande, men bra spridning på deltagare gällande utbildning, HL, ålder och kön. Lyfter kort om begränsningar. Slutsatsen något överskattad i relation till resultatet.
Macabasco-O'Connell & Fry-Bowers (2011)	3/5 poäng. Saknar etiskt ställningstagande. En tydlig tabell, använt sig av flera validerade instrument. Diskuterar styrkor och svagheter. Webbenkät med lågt svarsdeltagande (76/270) vilket kan leda till bias och motiverar lägre poäng. I övrigt väl skriven.
McCune et al. (2016)	5/5 poäng. Välbeskrivet etiskt ställningstagande. Väl sammanfattad. Bra figurer och tabeller. Diskuterar styrkor och svagheter. Relevant slutsats.
Schlichting et al. (2007)	3/5 poäng. Använt sig av pilotstudier. Relevanta referenser. Bra och överskådliga tabeller. Lågt svarsdeltagande, 47,5% svarade. Äldre studie vilket motiverar lägre poäng eftersom trovärdigheten blir lägre.
Toibin et al. (2017)	2/5 poäng. Pilotstudie, mindre välbeskriven metod. Ingen diskussion av styrkor och svagheter. Har uttryckligen etiskt godkännande. Saknar etiskt ställningstagande. Tydligt resultat därför anses ändå relevant.

Ovan nämnda artiklar har bedömts enligt SBU-mallen Consort Statement. Författarna till uppsatsen har sedan rangordnat artiklarna med poängen 1–5, där 1 poäng är mycket svag studie, och 5 poäng är mycket stark studie.

Bilaga 4 – Sammanfattning av artiklarna

Författare	Titel	Kvantitativ/ Kvalitativ	Teach Back	Bring a friend	Layman Terms	ASK	Gut Feeling
Al Sayha et al. (2014)	Health Literacy and Nurses' Communication With Type 2 Diabetes Patients in Primary Care Settings	Kvalitativ	X		X	X	
Badaczewski et al. (2017)	Relationship between Teach-back and patient-centered communication in primary care pediatric encounters	Kvalitativ	X				
Bayldon et al. (2013)	Exploring caregiver understanding of medications immediately after a pediatric primary care visit	Kvantitativ	X			X	
Chinn & McCarthy (2013)	All Aspects of Health Literacy Scale (AAHLS): developing a tool to measure functional, communicative and critical health literacy in primary healthcare settings	Kvantitativ		X			
Davis et al. (2013)	Health Promotion in Pediatric Primary Care: Importance of Health Literacy and Communication Practices	Kvalitativ		X			
Edwards et al. (2015)	'Distributed health literacy': longitudinal qualitative analysis of the roles of health literacy mediators and social networks of people living with a long-term health condition	Kvalitativ		X			
Fransen et al. (2015)	Diabetes self-management support for patients with low health literacy: Perceptions of patients and providers	Kvalitativ	X		X		X
Macabasco-O'Connell and Fry-Bowers (2011)	Knowledge and Perceptions of Health Literacy Among Nursing Professionals	Kvantitativ	X			X	X
McCune et al. (2016)	Assessing health literacy in safety net primary care practices	Kvantitativ				X	X
Schlichting et al. (2007)	Provider perceptions of limited health literacy in community health centers	Kvantitativ	X	X	X		
Toibin et al. (2017)	The effect of a healthcare communication intervention — ask me 3 on health literacy and participation in patients attending physiotherapy	Kvalitativ			X	X	