

Beteckning: _____



Akademien för hälsa och arbetsliv

Hälsöfrämjande ur ett folkhälsoperspektiv - en litteraturstudie

*Lina Witasp
Januari 2011*

C-uppsats 15 hp
Folkhälsovetenskap

**Hälsopedagogiska programmet
Teori och metod för tillämpning och examensarbete C
Examinator: Birgitta Wiitavaara
Handledare: Per Lindberg**

SAMMANFATTNING

Folkhälsans historia i Sverige präglas av epidemier, missväxt, krig och sanitära olägenheter som efter krigstiden kom att utvecklas till ett välfärdsamhälle. Idag är ett av skälen till att Sverige arbetar för en förbättrad folkhälsa för att minska förekomsten av de vanligaste folksjukdomarna (hjärt- och kärlsjukdomar, cancer, skador och psykisk ohälsa). De elva målområdena utgör de centrala bestämningsfaktorerna för folkhälsoarbetet och har således fått utgöra de gemensamma ståndpunkterna för att aktörerna ska sträva mot samma mål. Syftet med denna litteraturstudie var att undersöka vilka aspekter av hälsofrämjande arbete i Sverige som granskas i de vetenskapliga artiklarna. Metoden är en litteraturstudie som baserats på vetenskapliga artiklar varav sökningar har genomförts i databaserna SAGE journals online, ASSIA och Cinahl. Vid exklusion och inklusion av artiklar har en frågemall fått utgöra grunden för bedömningen av kvaliteten på de vetenskapliga artiklarna. Denna studie syftade till att undersöka vilka aspekter av hälsofrämjande arbete i Sverige som beskrivs i de vetenskapliga artiklarna. Ingen aspekt som presenterades i litteraturen kan anses som sensationellt förutom aspekten humor som ansågs skulle kunna komma att betraktas som en möjlig faktor i det hälsofrämjande arbetet. De granskade artiklarna behandlar framför allt hälsofrämjande på skolan, arbetsplatsen och inom vården. Skolan, arbetsplatsen och vården ses alla som arenor, där det är möjligt att bedriva hälsoarbete och samtidigt nå ut till en stor kontaktyta. Resultatet visade även på att faktorerna självkänsla, självförtroende och empowerment är viktiga för arbetet inom hälsofrämjande insatser. Det är givetvis svårt att utifrån det ringa utfallet av litteratur att dra några generaliserbara slutsatser. Att artiklarna således gick att rubriceras under fyra olika teman trots de få resultaten kan tolkas på flera olika sätt. Enligt författaren skulle det kunna tyda på att hälsofrämjande är, eller är på god väg att etableras inom flera områden eller att hälsofrämjande rent utav är en ett erkänt arbetssätt inom folkhälsoarbetet idag.

ABSTRACT

Witasp, L. (2011) *Health promotion from a public health perspective – a literature review* C-level Public Health, 15 credits. Academy of health and working life. University of Gävle.

Today is one of the reasons that Sweden works for improved public health to reduce the incidence of the most common diseases. The eleven objectives are the key determinants of public health work and are thus assigned as the common positions for players to work towards the same goal. The purpose of this study was to examine which aspects of health promotion in Sweden examined in the scientific articles. The method is a literature review based on scientific articles. Searches have been conducted in the databases SAGE Journals Online, ASSIA and Cinahl. The exclusion and inclusion of the articles have a query template obtained from the basis for assessing the quality of scientific articles. This study aimed to investigate which aspects of health promotion in Sweden as described in the scientific articles. None of the aspect that was presented in the literature can be regarded as sensational addition to the aspect of humor that was considered could be regarded as a possible factor in health promotion. The reviewed articles shows that school, workplace and health care seen as arenas where it is possible to carry out work on health while reach out to many people. The results also showed that the factors self-esteem, confidence and empowerment are important to the work of health promotion.

Keywords: health promotion, public health, Sweden

INNEHÅLLSFÖRTECKNING

INTRODUKTION.....	1
Folkhälsa ur ett historiskt perspektiv	1
Folkhälsoarbete	2
De nationella målen	4
<i>Samverkan mellan olika aktörer</i>	5
Hälsofrämjande och folkhälsa - prevention och främjande	6
SYFTE	8
Frågeställningar	8
METOD	8
Design	8
Urval och avgränsning	8
Val av sökord	9
Bearbetning av material	10
Forskningsetiska principer	10
RESULTAT	10
Hälsofrämjande vård.....	14
Hälsofrämjande arbetsplatser	15
Hälsofrämjande i skolan	16
Hälsofrämjande för individen.....	16
DISKUSSION.....	17
Resultatdiskussion	18
<i>Hälsofrämjande vård</i>	18
<i>Hälsofrämjande arbetsplatser</i>	19
<i>Hälsofrämjande i skolan</i>	19

<i>Hälsofrämjande för individen</i>	20
Metoddiskussion.....	21
REFERENSER.....	23
BILAGA 1	26
BILAGA 2	31

INTRODUKTION

Folkhälsa ur ett historiskt perspektiv

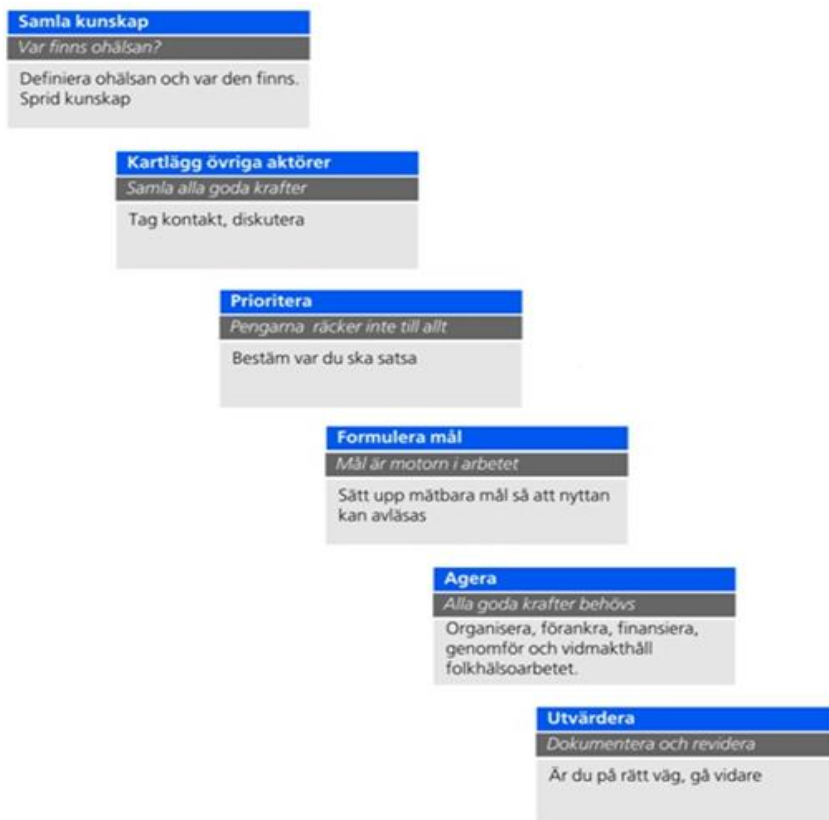
Sverige blev det första landet i världen med befolkningsstatistik när tabellverket bildades år 1749. I och med statistiken är det möjligt att följa folkhälsan i Sverige under cirka 250 år. Befolkningsstatistiken kan påvisa att det skett en enorm utveckling från 1700-talet som präglades av hög dödlighet med växlande dödlighetstoppar, oftast på grund av krig, missväxt samt infektionssjukdomar. På 70 år ökade Sveriges befolkning från 2 miljoner till 4 miljoner människor därav präglas 1800-talet av en väldig folkökning. Denna massiva ökning torde bero på att det förekom en längre period av fred, att obligatorisk vaccination av smittkoppor infördes samt att potatisen introducerades och således förefall dödlighetstopparna under denna tid inte att bli lika extrema. Vid industrialiseringen, som inleddes omkring 1870, fick befolkningen bättre ekonomi och den materiella standarden ökade. Under denna period växte det också fram ett slags skötsamhetsideal och till följd av detta tros alkoholkonsumtionen ha minskat och människor kom att bli mer angelägna om sin hälsa. Efter krigstiden kom samhället att utvecklas till ett välfärdsamhälle. Under den senare delen av 1900-talet minskade den förtida dödligheten och människor lever allt längre. Under denna period, och än i dag, har män en högre dödlighetsnivå och kortare medellivslängd än kvinnor, vilket antas bero på livsstilsbeteenden som är förknippade med den ”traditionella mansrollen”. Likaså hade fattiga generellt en högre dödlighet men i och med att den allmänna levnadsstandarderna i Sverige har förbättrats är numer materiella skillnader inte lika påtagliga. Idag är det snarare aspekter som psykosocial stress, utbildningsnivå och sociokulturellt betingade levnadsvanor faktorer som påverkar hälsan i större utsträckning (Sundin, Hogstedt, Lindberg, Moberg, 2005).

Det som skett historiskt för folkhälsan bör ses i relation till människans och samhällets utveckling i ett större perspektiv. Ingen enskild faktor eller insats har lett till en avsevärd hälsoförbättring för befolkningen. Det viktigaste folkhälsoarbetet har historiskt sett generellt varit att förbättra folkhälsan genom att förhindra sanitära olägenheter, olika epidemier och missväxtförhållanden. En påfallande utveckling inom folkhälsan under dessa 250 år att det finns en återkommande trend där materiell välfärd kopplas samman med en god hälsa. En påtaglig förbättring av folkhälsan i det moderna välfärdsamhället och efter krigstiden har

skildrats varav trygga ekonomiska och sociala förhållanden tycks ha utgjort en viktig förutsättning för en god folkhälsa (Sundin et al. 2005).

Folkhälsoarbete

Det finns flera skäl till att Sverige arbetar för en bättre folkhälsa. Dels har Sverige genom policybeslut åtagit sig på nationell och internationell nivå att arbeta för en förbättrad folkhälsa och dels för att minska förekomsten av de vanligaste folksjukdomarna (hjärt- och kärlsjukdomar, cancer, skador och psykisk ohälsa) i Sverige. Ett ytterligare motiv till att Sverige arbetar med folkhälsa är samhällskostnader. Att skapa gynnsamma förutsättningar för befolkningen så som sundare matvanor, ökad fysisk aktivitet och minskat nyttjande av alkohol och tobak samt minska förekomsten av olycksfall kan minska samhällets kostnader. Likväl har det visat sig att det finns ett samband mellan hälsa och ekonomisk tillväxt (Statens Folkhälsoinstitut, 2010). För att få en överskådligare bild av hur en aktör kan gå tillväga för att arbeta inom folkhälsa illustreras detta med en hjälp av en modell (figur 1) som beskriver olika steg inom folkhälsoarbetet (Stockholms läns landsting, 1998).



Figur 1: Olika steg i folkhälsoarbetet (Stockholms läns landsting, 1998).

Steg 1- Var finns ohälsan? Första steget handlar om att identifiera problemet samt kartlägga området. Detta innebär att det berörda området utforskas genom exempelvis en samhällsanalys eller samhällsdiagnos.

Steg 2 – Samla alla goda krafter. När området är identifierat kartläggs de aktörer och resurser som finns samt vilka som skulle kunna vara potentiella medarbetare inom området.

Steg 3- Pengarna räcker inte till allt. Nästa steg är att prioritera vad som är viktigast eftersom resurser sällan är tillräckliga för att alla insatser ska kunna genomföras på en och samma gång. Prioriteringar kan ske ur olika perspektiv exempelvis sjukdomsförebyggande eller hälsofrämjande.

Steg 4 – Formulera mål. När ett prioriterat område är valt är nästa steg att formulera ett mål. Mål sätter man upp dels för att kunna mäta om resultat uppnås och dels för att kunna se om insatsen var rimlig. Inom folkhälsoarbete är ett mål högst relevant då det ofta är många aktörer inblandade och målet ska hjälpa till att effektivisera samt vara en vägledning vid arbetet.

Steg 5 – Agera. Här förenas teori med praktik förutsatt att specifika resurser har avsatts för ändamålet, roller och ansvar har tydliggjorts och att samarbetet mellan olika samhällssektorer har etableras.

Steg 6 – Utvärdera. Efter att ha utfört ett uppdrag bör insatsen utvärderas. Detta görs för att se vilken effekt insatsen har haft och om något skulle kunna göras annorlunda eller bättre, allt för att uppnå bästa möjliga effekt (Stockholms läns landsting, 1998).

De nationella målen

I riksdagen beslutades det om en ny folkhälsopolitik år 2003. Den nya folkhälsopolitiken innebar ett allomfattande mål som lyder ”skapa samhälleliga förutsättningar för en god hälsa på lika villkor inom hela befolkningen” och de elva målområdena (Statens Folkhälsoinstitut, 2004. s. 5).

1. Delaktighet och inflytande i samhället
2. Ekonomiska och sociala förutsättningar
3. Barn och ungas uppväxtvillkor
4. Hälsa i arbetslivet
5. Miljöer och produkter
6. Hälsöfrämjande hälso- och sjukvård
7. Skydd mot smittspridning
8. Sexualitet och reproduktiv hälsa
9. Fysisk aktivitet
10. Matvanor och livsmedel
11. Tobak, alkohol, narkotika, dopning och spel

De elva målområdena anses vara de centrala bestämningsfaktorerna för hälsan och dessa faktorer är således de livsvillkor och vanor som har störst betydelse för människors hälsa (Regeringen prop. 2007/08:110). I den Folkhälsopolitiska rapporten från 2010 (Statens Folkhälsoinstitut, 2010) har folkhälsans elva målområden grupperats i tre strategiska områden för att skapa en helhet och ge en överblick för beslutsunderlag. Områdena är indelade enligt följande:

- Goda livsvillkor
- Hälsöfrämjande livsmiljöer och levnadsvanor
- Alkohol, narkotika, dopning, tobak och spel.

Det strategiska området *Goda livsvillkor* innefattar målområde 1–3 och delar av målområde 6. Syftet är att skapa möjligheter till en bra start i livet vilket kan främjas av miljön i hemmet och miljön i förskolan och skolan. *Goda livsvillkor* innefattar också möjligheten till utbildningsnivå som ger arbete, ekonomiska villkor för att kunna försörja sig och tillgång till

boende. *Goda livsvillkor* består också av möjligheten att vara delaktig och ha inflytande i samhället samt lika villkor på tillgången av hälso- och sjukvård (Statens Folkhälsoinstitut, 2010).

Hälsofrämjande livsmiljöer och levnadsvanor inrymmer målområde 4-10 där målområde 6 genomsyrar alla. De hälsofrämjande livsmiljöerna innefattar arbetsmiljön medan den fysiska och sociala miljön omfattar den miljö där vi vistas samt spenderar vår fritid. Vidare redogör de för att dessa ”kan fungera som stödjande miljöer för att främja goda levnadsvanor” samt att livsmiljöerna kan minska riskerna för smittspridning, olycksfall och våld (Statens Folkhälsoinstitut, 2010) .

Det strategiska området *Alkohol, narkotika, dopning, tobak och spel* består av målområde 11 och delar av målområde 6. Syftet är att samhället ska vidta åtgärder som ska minska användningen av alkohol och tobak samt vara fritt från narkotika och dopning. Samhället ska även arbeta för att minska skadeverkningarna av överdrivet spelande. Hälso- och sjukvården har en betydelsefull del i det förebyggande arbetet eftersom de kan upptäcka olika slag av skadliga vanor och beroenden (Statens Folkhälsoinstitut, 2010).

Samverkan mellan olika aktörer

Inom folkhälsoarbete samverkar flera olika aktörer och det krävs således en samverkan för att det ska vara möjligt att arbeta med hälsa I och med att folkhälsoarbetet berör ett flertal områden och aktörer har dessa punkter fått utgöra de unisona ståndpunkterna för att uppnå de gemensamma målen (Statens Folkhälsoinstitut, 2010).

Statens Folkhälsoinstitut är en statlig myndighet vars primära uppgift är att tillsammans med Socialstyrelsen och Smittskyddsinstitutet att arbeta med folkhälsa samt ”ansvarar för att följa upp och utvärdera folkhälsans utveckling och åtgärder inom folkhälsoområdet och de bedriver tillsyn och epidemiologisk bevakning” (Statens Folkhälsoinstitut, 2010. s. 29). Vilket innebär att Statens folkhälsoinstitut uppgift är att följa upp och utvärdera åtgärder inom folkhälsoområdet medan Socialstyrelsens och Smittskyddsinstitutets uppgifter är att rapportera de åtgärder de vidtagit samt statistik inom folkhälsoområdet. På nationell nivå tas de politiska besluten av departementen. På regional nivå är det länsstyrelsen som representerar staten. Deras huvuduppgift är att se till så att verksamheterna inom respektive

län följer nationella lagar och riktlinjer. Länsstyrelsen har en direkt eller indirekt anknytning till alla målområden (undantag målområde 6 – Hälsofrämjande hälso- och sjukvård som återfinns inom landstinget och regionernas ansvarsområde). Landstingens och regionernas ansvar skiljer sig åt i olika delar av Sverige, detta på grund av att vissa slagit sig samman med kommunen. Dock är landstingets och regionernas huvudansvar hälso- och sjukvård, tandvård samt ansvarar för frågor rörande trafik, kultur och utbildning. På lokal nivå föreligger ansvaret hos kommunen som ofta har ett stöd utav landsting och region. Kommunen ansvarar och arbetar även med skol- och barnomsorg, äldreomsorg, miljön etc. De flesta kommuner i Sverige har numer ett folkhälsoråd och folkhälsosamordnare och det genomförs flera lokala insatser än tidigare. Ideella organisationer och arbetsplatser kan också utgöra en plattform för utvecklande av hälsofrämjande insatser, i synnerhet arbetsplatsen då arbetslivet har en stor betydelse för folkhälsan och kan utgöra en arena för insatser som främjar hälsan. Slutligen förekommer också ett stort ansvar på den enskilda individen som kan dra sitt strå till stacken genom att bidra med att göra hälsosamma val (Statens folkhälsoinstitut, 2010).

Hälsofrämjande och folkhälsa - prevention och främjande

Enligt Regeringen (prop. 2007/08:110) bör folkhälsoarbete främst syfta till att främja hälsa, vidare menar Regeringen att den hälsofrämjande delen i det förebyggande folkhälsoarbetet bör framhållas ytterligare. För att förstå och kunna operationalisera dessa intentioner finns det skäl att definiera olika begreppen.

Definitionen av *folkhälsa* beskrivs som "*Hälsa är en resurs för individen medan folkhälsa är ett mål för samhället*" (Folkhälsoguiden, 2010). Folkhälsoarbete skildras enligt följande i det Folkhälsovetenskapliga lexikonet "**folkhälsoarbete** (health promotion) systematiska och målinriktade hälsofrämjande och sjukdomsförebyggande insatser för att åstadkomma en god och jämlik hälsa för hela befolkningen" (Janlert, 2000. s. 98). Vidare beskrivs folkhälsoarbete som ett arbete riktade mot individer, grupper eller institutioner för att skapa fördelaktiga miljöer och förutsättningar för en god hälsa genom att förmedla kunskap samt öka befolkningens medvetenhet kring levnadsvanor och hälsa (Janlert, 2000).

Inom folkhälsoarbete återfinns begreppen *förebyggande* och *främjande* och dessa två begrepp används ofta synonymt, framförallt inom hälso- och sjukvården (Statens Folkhälsoinstitut, 2006). Enligt Nationalencyklopedin (2010) definieras förebygga samt främja enligt följande:

”**fö`rebygga** vidta åtgärder i förväg för att förhindra (viss skadlig utveckling) ofta med avs. på hälsotillstånd {→**förekomma 2, förhindra**}: ~ beroende av alkohol; den ~nde vården; ~nde behandling”

”**främ`ja** skapa gynnsamma förutsättningar för {→**befordra 3, gynna, understödja 1**}: resurser för att ~ samarbete över gränserna; ~ sin egen sak; ~ sina intressen; järnvägarna ~de samhällenas tillväxt”

Skillnaden begreppen emellan är följaktligen att förbygga är att vidta åtgärder för att *förhindra ohälsa* medan främja är att *skapa gynnsamma förutsättningar för hälsa*. Vid hälsofrämjande arbete är det hälsans bestämningsfaktorer som är centrala och utgångspunkten vid hälsofrämjande arbete är därför vilka insatser som genomförs för att individen ska ha möjlighet att förbättra sin egenupplevda hälsa (Statens Folkhälsoinstitut, 2004).

Korp (2002) har å andra sidan anammat begreppet *hälsopromotion* och anser att detta är ett mer användbart begrepp än hälsofrämjande. Hälsopromotion är en översättning och försvenskning av engelskans ”health promotion” och används synonymt med hälsofrämjande men Korp (2002) hävdar att det finns en skillnad begreppen emellan. Han anser att hälsopromotion i den internationella debatten fått stå för en ny syn på hälsa. I och med det ”nya” begreppet har det fötts ett nytänkande som följaktligen kan komma att öppna upp för ett nytt sätt att arbeta inom folkhälsan.

Hälsofrämjande beskrivs ofta som ”den process som ger människor möjlighet att öka kontrollen över sin hälsa och förbättra den” (Statens Folkhälsoinstitut, 2004. s. 22). Denna beskrivning kommer utav att ett främjande arbetssätt sägs lägga större ansvar på individen, det vill säga att det kräver mer delaktighet av individen själv för att främja sin egen hälsa (Statens Folkhälsoinstitut, 2004). I november 1986 ägde den första internationella konferensen om hälsofrämjande rum i Ottawa. World Health Organization, WHO definierar hälsofrämjande verksamhet som en process som är till för att göra människor kapabla att öka sin kontroll över och förbättra sin egen hälsa (WHO, 2009). Hälsofrämjande kommer således i denna uppsats innebära att främja hälsan, att skapa gynnsamma förutsättningar, för såväl individ som på befolkningsnivå. Refererande till folkhälsoinstitutets och regeringens visioner och handlingsplaner hur ser folkhälsoarbetet ut i Sverige? Spelar hälsofrämjande aktiviteter en

roll i folkhälsoarbetet? Vilken sorts aktiviteter handlar det om, och utvärderas detta vetenskapligt?

SYFTE

Syftet är att undersöka vilka aspekter av hälsofrämjande arbete i Sverige som rapporterats i vetenskapliga artiklarna.

Frågeställningar

- Hur relaterar det som återfinns i artiklarna hälsofrämjande arbete till Folkhälsoinstitutets målområden?
- Vilka aspekter av hälsofrämjande faktorer beskrivs i den funna litteraturen?

METOD

Design

Den valda metoden för uppsatsen är litteraturstudie. Det finns olika modeller utav litteraturstudier och till denna uppsats har valet varit att göra en så kallad litteraturöversikt. En litteraturöversikt innebär ett strukturerat arbetssätt för att skapa en bild över ett valt område. En litteraturöversikt kräver inte en lika omfattande analys som systematisk litteraturstudie, och är därför inte lika omfattande (Friberg, 2006).

Urval och avgränsning

I denna litteraturstudie har granskade vetenskapliga artiklar legat till grund för resultatet och såväl kvalitativa som kvantitativa forskningsrapporter har nyttjats. För att syfte och frågeställningar skall kunna besvaras har enbart aktuell forskning använts. Därmed genomfördes en tidsbegränsning vid sökandet så att endast artiklar från januari 2000 och framåt använts. Även en språklig begränsning gjordes till svenska och engelska.

Sökningarna genomfördes under november och december 2010. Litteratursökningen utfördes i databaserna SAGE journals online, Cinahl och ASSIA. SAGE databas har tyngdpunkten inom ämnesområdena ekonomi, hälsovetenskap, pedagogik, psykologi och sociologi. Databasen Cinahl (Cumulative Index to Nursing and Allied Health) behandlar främst

områdena omvårdnad och vårdvetenskap (Backman, 2008). ASSIA, Applied Social Sciences Index and Abstracts, är en databas över tidskriftsartiklar inom socialtjänst, sociologi, psykologi och hälsoinformation.

Tabell 1: Utfall av litteratursökningen

Databas	Sökord	Utfall
SAGE Journals Online	“health promotion” AND “Sweden”	634
SAGE journals online	“health promotion” in Abstract AND “Sweden” in all fields	68
SAGE journals online	“health promotion” in Keywords AND “Sweden” in Keywords	0
SAGE journals online	“health promotion” in Keywords AND “Sweden” in Abstract	3
ASSIA	“health promotion” AND “Sweden”	74
ASSIA	“health promotion” in Keywords AND “Sweden” in Keywords	33
Cinahl	“health promotion” AND “Sweden”	168
Cinahl	“health promotion” in MJ, Word in major subject heading AND “Sweden” in MJ, Word in major subject heading	23

Totalt: 59 varav 6 identiska artiklar så totalt 53 artiklar

Val av sökord

De sökord som användes var hälsofrämjande som på engelska översätts till ”health promotion” och Sverige ”Sweden”. För att sökningen skulle falla väl med syftet så gjordes en avgränsning med att bara få fram undersökningar/forskning som utgick/relaterades till Sverige och/eller hälsofrämjande under svenska förhållanden. Att utläsa i tabell 1 valdes sökorden att begränsas som ord som skulle återfinnas som ”keywords” (nyckelord) eller som de

benämndes i Cinahls databas MJ - Word in Major Subject Heading. I SAGE blev dock utfallet 0 om jag valde att söka på orden "health promotion" AND "Sweden" in Keywords och därmed justerades detta till "health promotion" in Keywords AND "Sweden" in Abstract (se tabell 1). Att dessa begränsningar (sökorden i Keyword och Abstract) gjordes var dels för att utfallet annars blev för omfattande och dels på grund av upptäckten att sökordet "Sweden" annars kunde återfinnas var som helst i texten exempelvis att författaren härrörde från Sverige.

Bearbetning av material

Ifrån databasen SAGE Journals Online blev utfallet 3 träffar, Cinahl 23 träffar samt ASSIA 33 träffar. Först och främst jämfördes resultaten i databaserna med varandra varav sex artiklar var identiska vilket gjorde att antalet artiklar reducerades från 59 stycken till 53. Nio artiklar exkluderas på grund utav att det inte gick att få fram full text och fyra exkluderas för att studierna baserats på hälsointerventioner genomförda på 90-talet . Vid granskningen av studiernas kvalitet utgick författaren från en frågemall (Friberg, 2006. s. 119). Frågemallen var uppdelad i två olika mallar där den ena mallen tillämpades på kvalitativa studier och den andra frågemallen användes på kvantitativa studier. Mallen behandlade frågor som syfte, metod, eventuella teoretiska utgångspunkter, urvalskriterier, hur data analyserats etc. (se Bilaga 2). De studier som inte var i linje med inklusionskriterierna exkluderades. Exkluderade artiklar återfinns i bilaga 1. Av totalt 53 artiklar har 9 stycken inkluderats i studien och 44 exkluderats. Efter urvalsprocessen lästes artiklarna igenom flertalet gånger och således tyckte författaren att fyra olika teman kunde utkristalliseras, se resultatdelen.

Forskningsetiska principer

Vid en litteraturstudie förefaller ej forskningsetiska principer att vara relevant då studien baseras på publicerade artiklar som således redan är granskade. Dock har författaren haft i åtanke att granska artiklarna genom ett objektiva förhållningssätt.

RESULTAT

Resultatet av litteratursökningen presenteras i tabell 2 samt i löpande text. Vid bearbetning av materialet delades resultatet upp varav den löpande texten presenteras uppdelad på fyra olika teman för att få en mer överskådlig bild av vad som framkom i litteraturen. De fyra teman

som redovisas är; hälsofrämjande vård, hälsofrämjande arbetsplatser, hälsofrämjande inom skolan och hälsofrämjande för individen.

Tabell 3: Resultatbeskrivning av källor

Hälsofrämjande vård

	Författare & titel	Syfte	Resultat/diskussion
1.	Samarasinghe, K., Fridlund, B., & Arvidsson, B. (2010). <i>Primary Health care nurses promotion of involuntary migrant families health.</i>	Syftet var att beskriva <i>främjande av hälsa</i> hos ofrivilliga invandrarfamiljer i kulturell övergång som utvecklas av sjuksköterskor.	Resultat visade på att sjuksköterskorna behövde anta en helhetssyn. Ett sådant tillvägagångssätt krävde att sjuksköterskor behövde samarbeta med andra hälso- och sjukvård yrkesverksamma myndigheter, samt att det hos sjuksköterskan krävdes kunskaper i interkulturell kommunikation ihop med kulturell självmedvetenhet i interaktionen med dessa familjer. Vidare visade studien att dagens sjuksköterskor inte var förberedd på en mångkulturell kundkrets, varav ett förslag i studien var att sjuksköterskors utbildning fortsättningsvis skulle komma att inkludera någon form av en kulturell kommunikation.
2.	Jerdén, L., Hillervik, C., Hansson, A-C., Flacking, R., & Weinehall, L. (2006). <i>Experiences of Swedish community health nurses working with health promotion and a patient-held health record.</i>	Syftet med studien var att beskriva svenska sjuksköterskors erfarenheter av att arbeta med <i>hälsofrämjande</i> arbete med patientens journal som ett integrerat verktyg i deras hälsofrämjande arbetet.	Resultaten visade att den strukturella organisationen på hälsocentralen var viktigt för sjuksköterskorna eftersom verktyget för att arbeta hälsofrämjande utgick från patientens journal. Resultatet visade också att det fanns svårigheter med att hitta en balans i att vara både en ”doer” och en hälsofrämjande kommunikatör. Att vara en ”doer” bestod av sjukdomsorienterade arbete som praktiska uppgifter såsom distribuera läkemedel, mätning av blodtryck, ta bort stygn eller ge injektioner. I allmänhet betraktades hälsofrämjandet mer som en kommunikationsprocess där patientens föreställningar om sin egen hälsa och behov var inriktade på att diskuteras på ett stödjande sätt, med hjälp av patientens journal som ett kommunikationsverktyg. Vidare visade resultatet att hälsofrämjande insatser inom primärvården behöver ett aktivt stöd från ledare samt ett adekvat stödsystem. Den aktuella studien indikerar att det inte räcker att utveckla hälsofrämjande metoder som godtas utav sköterskorna.

3.	Svedberg, P., Hansson, L., & Svensson, B. (2009). <i>The attitudes of patients and staff towards aspects of health promotions interventions in mental health services in Sweden.</i>	Syftet med studien var att undersöka likheter och skillnader i attityder till hälsofrämjande interventioner bland patienter och personal inom psykiatri med hjälp av ett nyutvecklat frågeformulär.	Resultatet visade att personal och patienter hade lika attityd i vissa avseenden. Båda grupperna ansåg att empowerment var högst relevant vid hälsofrämjande. Patienter rangordnade gemensamma överenskommelser och utbildningsstöd signifikant högre medan personalen rangordnade empowerment och praktiskt stöd signifikant högre.
----	--	---	--

Hälsofrämjande arbetsplatser

	Författare & titel	Syfte	Resultat/diskussion
4.	Eriksson, A., Axelsson, A., & Axelsson, B. S. (2010). <i>Development of health promoting leadership – experiences of a training program.</i>	Syftet var att beskriva och analysera erfarenheter av ett interventionsprogram för utvecklingen av hälsofrämjande ledarskap i Göteborg i Sverige.	Resultatet visade på vikten av utveckling av hälsofrämjande ledarskap som ett bidrag till uppbyggnaden av organisatorisk kapacitet på hälsofrämjande arbetsplatser. Detta krävde en övergripande strategi, både individuella och strukturella aspekter, liksom en integrering av program och idéer i praktiken av förvaltningen. Dessutom visade det sig att ett brett deltagande i planeringen och utformningen av programmet var eftersträvansvärt. Det konkreta resultatet av detta program var att handlingsplaner för hälsofrämjande arbete utvecklades under programmets gång.
5.	Arneson, H., & Ekberg, K. (2005). <i>Evaluation of empowerment process in a workplace health promotion intervention based on learning in Sweden.</i>	Syftet med denna studie var att utvärdera en teoribaserad metod för hälsofrämjande arbete på arbetsplatsen med avseende på ett möjligt underlättande av empowerment processer.	Syftet med insatsen var att främja delaktighet och hälsa bland de anställda, och interventionen genomfördes i tre organisationer inom den offentliga sektorn i Sverige. Resultaten överensstämmer med etablerade teorier av komponenter av empowerment processer. Resultaten indikerade att systematisk förbättring av socialt stöd och samstämmighet bland medarbetare underlättades genom organisationen som en hälsofrämjande arena. Interventionen var ett problembaserat lärande (PBL) och visade sig att vara ett lönsamt och kraftfullt instrument med potential att möjliggöra empowerment.

Hälsofrämjande i skolan

	Författare & titel	Syfte	Resultat/diskussion
6.	Kimber, B., Sandell, R., & Bremberg, S. (2008). <i>Social and emotional training in Swedish classrooms for the promotion of mental health: results from an effectiveness study in Sweden.</i>	Syftet med studien var att visa hur användningen av ett program för social och emotionell träning i skolan fungerade (SET) vars syfte var att <i>främja</i> elevernas mentala <i>hälsa</i> .	Resultat visade att effekterna av programmet SET för psykisk hälsa var generellt gynnsamma, i synnerhet genom vid främjande av aspekter som en god självbild, inklusive välbefinnande och förhindrad av aggressivitet, mobbning, uppmärksamhetssökande och alkohol. Det fanns dock inga differentiella effekter på social kompetens. SET tros ha potential att fungera effektivt som en hälsofrämjande intervention under skoltiden men att den främsta effekten snarare var att den fungerade som en broms av försämringen i vissa aspekter av psykisk hälsa som är vanliga under tonåren.
7.	Guldbrandsson, K., & Bremberg, S. (2006). <i>Two approaches to school health promotion – A focus on health- related behaviors and general competencies. An ecological study of 25 Swedish municipalities.</i>	Syftet med studien var att belysa två huvudsakliga perspektiv i skolans <i>hälsofrämjande</i> insatser, det ena var att ta itu med hälsorelaterade beteenden och det andra betonar utvecklingen av allmänna färdigheter, samt fastställa om dessa var konkurrerande eller kompletterande av varandra i skolans <i>hälsofrämjande</i> arbete.	Resultatet visar att dessa två perspektiv snarare motarbetar än kompletterar varandra. Ur ett politiskt perspektiv anses det av författarna att vara viktigt att fastställa huruvida dessa två synsätt är kompletterande eller konkurrerande.

Hälsofrämjande för individen

	Författare & titel	Syfte	Resultat/diskussion
8.	Forssén, S. K. A., & Carlstedt, G. (2007). <i>Health promoting aspects of a paid job: findings in a quality interview study with elderly women in Sweden.</i>	Artikeln är en sammanställning av en kvalitativ intervjustudie som handlade om <i>hälsofrämjande</i> aspekter av förvärvsarbetare som upplevd av äldre kvinnor.	Äldre svenska kvinnor fann att betalt arbete upplevdes som hälsofrämjande genom att ge mening, självkänsla, sociala relationer, och en grund för självbestämmande och självständighet (från män). Detta stämmer med fynd i modern forskning, men har sällan erkänts i publicerad forskning när dessa kvinnor var i arbetsför ålder.

			Resultatet visade också att en anställning erbjuder många kvinnor möjligheten till eget liv, frihet från konstant tillgänglighet till deras familjer och stärkte dem i olika relationer.
9.	Cernerud, L., & Olsson, H. (2004). <i>Humour seen from public health perspective.</i>	En litteratursammanställning där humor anses betraktas som en salutogen faktor i det hälsofrämjande arbetet.	Författarna poängterar att detta inte är evidensbaserat men redogör en diskussion om huruvida det skulle vara möjligt att integrera humor som en del i det hälsofrämjande arbetet genom att exemplifiera olika beteendemodeller där humor skulle kunna vara en relevant aspekt. Författarna menar att det åtminstone finns fyra huvudsakliga modeller där hälsofrämjande skulle kunna integreras. Beteendeförändring eller modifieringsmodellen som fokuserar på att uppmuntra individer till att ändra sitt beteende för att öka sina chanser att undvika ohälsa eller utveckla en bättre nivå av hälsa. Den fokuserar oftast om antagandet av en hälsosammare livsstil. Det underliggande antagandet av detta tillvägagångssätt är att individer kan välja att ändra sitt beteende och har resurser att göra det. Den informerade val modellen handlar om att öka kunskap och förståelse så att individer kan göra det bäst lämpade valet för deras situation. Den kundnära modellen ansvarar för vad en klient vill veta eller överväga. Den modellen har mycket gemensamt med strategier för vård det vill säga att en humoristisk attityd skulle vara framgångsrik, men inga större vetenskapliga utvärderingar av ett sådant tillvägagångssätt har presenteras. Den kollektiva eller samhällliga modellen rör sig bort från det individuella planet och tar på sig en samhälllig strategi till hälsoupplýsning, förebyggande och främjande. Det kan innebära politiska eller lagstiftande frågor, t.ex. säkerhetsbälte användning eller användning av cykelhjälm.

Hälsofrämjande vård

Sjuksköterskor har en lång tradition av förebyggande arbete och anses därför vara nyckelpersoner inom vården. Enbart sjuksköterskor försök till att implementera

hälsofrämjande metoder visades i Jerdén, Hillervik, Hansson, Flacking, Weinehall (2006) studie inte vara tillräckligt. För att detta skulle få genomslagskraft krävdes en omfattande granskning av deras arbetsförhållande för att garantera att det hade tid till att använda sig av en främjande metod då sjuksköterskorna generellt upplevde det som svårt att försöka hitta en balans mellan att vara en ”doer” och hälsofrämjande kommunikatör (Jerdén et al. 2006). En undersökning angående sjuksköterskors främjande av ofrivilliga immigranter (Samarasinghe, Fridlund, Arvidsson, 2010) visade på att det krävdes att sköterskornas samarbetade med andra myndigheter, och att det således krävdes kunskaper i interkulturell kommunikation samt att sköterskorna själva hade en kulturell självinsikt. Studien visar vidare att dagens sjuksköterskor inte var beredd på en mångkulturell kundkrets, varav ett förslag i studien var att sjuksköterskors utbildning fortsättningsvis skulle komma att inkludera någon form av en kulturell kommunikation (Samarasinghe et al. 2010). Enligt en undersökning (Svedberg, Hansson, Svensson, 2009) som gjordes beträffande patienter och personals attityder gentemot hälsofrämjande interventioner inom psykiatri så var båda grupperna överens om att empowerment var den mest betydande insatsen vid hälsofrämjande insatser (Svedberg et al. 2009).

Hälsofrämjande arbetsplatser

Enligt Eriksson, Axelsson och Axelsson (2010) är det viktigt att investera i utvecklingen av ett hälsofrämjande ledarskap för att skapa och upprätthålla en hälsofrämjande arbetsplats. I deras studie (Eriksson et al. 2010) var syftet med insatsen att stödja enhetscheferna i hälsofrämjande ledarskap med det långsiktiga målet att reducera ohälsotalet och öka frisknärvaron hos de anställda. Interventionen var utformad som en ledarutveckling och var inriktad mot enhetschefer i fyra distrikt, till exempel rektorer på skolor och chefer för vårdhem och sociala serviceenheter. De chefer som valdes ut baserades på urvalskriterier som att de hade ett formellt ansvar för arbetsmiljön för sina respektive institutioner, inklusive sina medarbetares hälsa och ansågs kunna påverka värderingar och normer vid sina institutioner. Målet för ledarutveckling var att förbättra chefernas kunskap om hälsa och hälsofrämjande samt påverka deras attityder och beteende i en hälsofrämjande riktning. Resultatet av studien visade att om ett hälsofrämjande ledarskap ska ha möjlighet att utvecklas är det nödvändigt att integrera hälsofrämjande aktiviteter i chefens dagliga arbete och ge dem möjligheter att påverka organisatoriska och miljömässiga förhållanden som har betydelse. Resultaten visade

också att cheferna generellt upplevde det som ett problem att få tid till att organisera och planera hälsofrämjande insatser och en svårighet att genomföra det på grund av bristande stöd från högre chefer. Det som också upplevdes som en svårighet med hälsofrämjande insatser var att det inte var möjligt att se några konkreta resultat omgående utan effekterna av insatserna visade sig först efter en längre tid (Eriksson et al. 2010). Enligt Arneson och Ekberg (2005) visade deras resultat att ett problembaserat lärande (PBL) kunde tillämpas som ett hälsofrämjande verktyg för yrkesverksamma genom olika empowerment processer. Denna metod gjorde att arbetarna antog en annan inställning till sig själva och gentemot sin arbetsplats. De anställda rapporterade samtidigt att deras självmedvetenhet, självinsikt samt självkänsla förbättrades vilket gav dem en upplevd förbättrad hälsa samtidigt som de lärde sig att prioritera sin egen hälsa. PBL visade sig således att vara ett lönsamt och kraftfullt instrument med potential att möjliggöra empowerment (Arneson & Ekberg, 2005).

Hälsofrämjande i skolan

En studie (Guldbransson & Bremberg, 2005) identifierade två synsätt inom skolomsorgen varav det ena syftade till att framförallt förbättra elevernas hälsobeteende genom att främja fysisk aktivitet i skolan och det andra var att främja de allmänna kompetenserna i skolan. Verksamheter som syftade till att stödja elevernas kompetenser förkom oftare än åtgärder för att främja studenternas hälsorelaterade beteenden och dessa två synsätt visade sig dessutom motarbeta varandra (Guldbransson & Bremberg, 2005). Ett försök att inrätta ett socialt- och emotionellt träningsprogram (SET) vid en skola för att främja den psykiska hälsan visade på positiva resultat (Kimber, Sandell & Bremberg, 2008). Det var i synnerhet gynnsamt i avseende att stärka elevernas självbild, främja välbefinnande samt förhindra aggressivitet, mobbing etc. SET ansågs ha potential att fortsättningsvis kunna användas som en hälsofrämjande intervention i skolan (Kimber et al. 2008).

Hälsofrämjande för individen

Forssén och Carlstedt (2007) visade i deras studie på de positiva aspekterna av ett betalt arbete hos äldre kvinnor. Dessa kvinnor upplevde att deras arbeten hade god inverkan på deras hälsa och upplevdes rent utav hälsofrämjande. Vidare menar de att genom att kvinnorna på egen hand tjänade pengar ökade deras känsla för frihet samt att de upplevde högre självkänsla och självförtroende. Huruvida humor skulle kunna betraktas som en

hälsofrämjande faktor presenterar Cernerud och Olsson (2004) i en studie där de tillämpar humor i olika beteendemodeller. Trots att detta ej är evidensbaserat visar ändå Cernerud och Olsson (2004) i teorin att detta skulle kunna vara en relevant infallsvinkel vid hälsofrämjande insatser.

DISKUSSION

Denna studie syftade till att undersöka vilka aspekter av hälsofrämjande arbete i Sverige som beskrivs i de vetenskapliga artiklarna. Ingen aspekt som presenterades i litteraturen kan anses som sensationellt förutom aspekten humor som ansågs skulle kunna komma att betraktas som en möjlig faktor i det hälsofrämjande arbetet (Cernerud & Olsson, 2004). Detta verkar synnerligen intressant eftersom alla människor med säkerhet har hört talesättet ”ett gott skratt förlänger livet”.

De granskade artiklarna behandlar framför allt hälsofrämjande på skolan, arbetsplatsen och inom vården. Skolan, arbetsplatsen och vården ses alla som arenor, där det är möjligt att bedriva hälsoarbete och samtidigt nå ut till många personer. Resultatet visar på att faktorer självkänsla, självförtroende och empowerment är viktiga för arbetet inom hälsofrämjande insatser. Det är givetvis svårt att utifrån det ringa utfallet av litteratur att dra några generaliserbara slutsatser. Att artiklarna således gick att rubriceras under fyra olika teman trots de få resultaten kan tolkas på flera olika sätt. Enligt författaren skulle det kunna tyda på att hälsofrämjande är, eller är på god väg att etableras inom flera områden eller att hälsofrämjande rent utav är en ett erkänt arbetssätt inom folkhälsoarbetet idag.

Det förekommer en ökad kännedom om människors hälsa i dag varav det har blivit tydligare att hälsan inte kan ses som en fristående faktor utan är en del av människors totala livssituation (Källestål et al. 2005). Enligt Statens Folkhälsoinstitut (2004) beskrivs hälsofrämjande som ”den process som ger människor möjlighet att öka kontrollen över sin hälsa och förbättra den”.

Resultaten från studierna visade att empowerment betraktas som en hälsofrämjande faktor i litteraturen. Begreppet förekom i tre olika studier (Arneson & Ekberg, 2005; Kimber, Sandell, Bremberg, 2008; Svedberg, Hansson, Svensson, 2009) varav alla studierna representerade olika områden: skola, arbetsplats och vård. Empowerment är ett begrepp som ofta används i

hälsofrämjande sammanhang och innebär processen och möjligheten för människor att ha inflytande över den egna livssituationen. För att underlätta för den enskilda människans val av hälsosamma alternativ kan olika former av hälsofrämjande insatser underlätta.

Hälsofrämjande insatser innebär således att underlätta och göra individen kapabel till att ta kontroll över sin egen hälsa och därmed kunna förbättra den. Detta kan exempelvis göras i form av undervisning eller skapandet av hälsofrämjande stödjande strukturer och miljöer i samhället (Statens Folkhälsoinstitut, 2006).

Resultatdiskussion

Hälsofrämjande vård

Hälso- och sjukvården anses vara en viktig bestämningsfaktor för folkhälsan och har således fått utgöra *Målområde 6 En mer hälsofrämjande hälso- och sjukvård*. Vårdens insatser leder både till minskad sjukdom och längre livslängd hos människor. Hälso- och sjukvårdens insatser anses inte heller vara möjliga att ersättas av andra aktörer inom folkhälsoarbetet (Statens Folkhälsoinstitut, 2005c). Att studier inom vården (Jerdén et al. 2006; Samarasinghe et al. 2010) återfanns bland litteraturen var inte särskilt uppseendeväckande då man uteslutande kan anta att hälsoarbete trots allt har sin grogrund inom vården. Statens Folkhälsoinstitut (2005d) att vårdpersonalen inom hälso- och sjukvården har en stor kontaktyta i och med mötena med patienter. Det som är grundläggande vid patientmötena är att vårdpersonalen har kompetens vad gällande kommunikation, eftersom det är vid dessa tillfällen som vården har möjlighet stödja patienten genom att ge dem kunskap och förmåga till att hantera sina hälsoproblem (Statens Folkhälsoinstitut, 2005d). I Samarasinghe et al. (2010) studie visade det sig att det var just bristande kommunikation som var problemet vid främjande av ofrivilliga emigranter. Sjukvårdspersonalen var inte tillräckligt kunniga och således betonades att ett samarbete med andra hälso- och sjukvård yrkesverksamma myndigheter var av stor vikt.

En tanke av resultaten kan vara att hälso- och sjukvården kanske inte är den ultimata utgångspunkten för hälsofrämjande arbete eftersom som Jerden et al. (2006) visade i sin studie att vid försöket att implementera hälsofrämjande insatser inte fungerade med enbart sjuksköterskor arbete. Hälso- och sjukvården är möjligen väldigt stark förknippat med att enbart bli frisk från sjukdom så att patienter vid besöket inte är mottagliga för ett

hälsofrämjande förhållningssätt. Resultatet visade även att psykiatrin representerades i en studie (Svedberg, P. Hansson, L. Svensson, B. 2009). Detta fynd uppfattas kanske vid första anblick inte som självklart men då psykiatrin också utgör en del inom vården är det inget unikt att det tas upp som ett hälsofrämjande område.

Hälsofrämjande arbetsplatser

Statens Folkhälsoinstitut (2010) menar att syftet med det strategiska området Goda livsvillkor är att skapa möjligheter till en bra grund i livet som delvis kan främjas av miljön i skolan och inom arbetet. Statens Folkhälsoinstitut (2010) belyser också att det i det strategiska målområdet De hälsofrämjande livsmiljöerna att såväl arbetsplatsen som skolan kan fungera som en stödjande miljö för att främja goda levnadsvanor. Idag anses arbetslivet ha en väsentlig betydelse för folkhälsan eftersom en ansevärd del av människans livstid spenderas där, arbetsplatsen kan dock enbart utgöra en del av människors möjlighet till förbättring av hälsan (Källestål, Bjurvald, Menckel, Schærström, Schelp, & Unge, 2004). Idag finns ett ökat intresse för hälsofrämjande insatser på arbetsplatsen men en viss osäkerhet på vad hälsofrämjande insatser innebär i praktiken har deklarerats. Hälsofrämjande insatser på en arbetsplats kan medföra att ett omfattande ansvar läggs på den anställda, det vill säga den enskilda individen, men kan också innebära förändringar i miljön på arbetsplatsen som inte kräver någon insats alls av individen (Källestål et al. 2004). I resultaten kunde det utläsas att de genomfördes hälsofrämjande interventioner inom skolan (Kimber, Sandell, Bremberg, 2008; (Guldbransson & Bremberg, 2005) och arbetslivet (Arneson & Ekberg, 2005). Dessa hälsofrämjande insatser var främst riktade mot individen då programmen hade tyngdpunkten på empowerment.

Hälsofrämjande i skolan

Målområde 3 Trygga och goda uppväxtvillkor är det enda området som är inriktat på en specifik åldersgrupp det vill säga barn och unga. Skolan kan betraktas som barn och ungdomars arbetsplats och det är därför av stor vikt att de redan där känner att de har ett inflytande och en möjlighet att påverka sin miljö. En skolmiljö som främjar goda prestationer i skolan är lärare med tydliga instruktioner, som ger feedback till eleverna och att det förekommer ett allmänt positivt klimat vilket i sin tur gynnar barnens hälsa (Statens Folkhälsoinstitut, 2005b). Guldbransson och Bremberg, (2005) studerade två synsätt inom skolomsorgen varav det ena syftade till att framför allt förbättra elevernas hälsobeteende

genom att främja fysisk aktivitet i skolan och det andra var att främja de allmänna kompetenserna i skolan. Statens Folkhälsoinstitut (2005b) menar att barn och ungas kompetenser som de utvecklar under skoltiden påverkar deras hälsa såväl under uppväxten som senare i livet. Om man ska hårddra det så är det möjligt att skolor inte nödvändigtvis behöver satsa på fysisk aktivitet i någon bredare omfattning utan snarare på en bättre utveckling av deras kompetenser som följaktligen kommer leda till en god hälsa. Det som inte framkom i Guldbransson och Bremberg (2005) var på vilket sätt de två synsätten inom skolomsorgen motarbetar varandra, vilket hade varit intressant att veta för det borde, enligt författaren, vara högst angeläget att försöka se över möjligheten av försöka komplettera dem med varandra.

Kimber et al. (2008) gjorde i deras studie ett försök att inrätta ett socialt- och emotionellt träningsprogram (SET) vid en skola för att främja den psykiska hälsan och resultatet visade sig vara positivt. Även Statens Folkhälsoinstitut (2005b) förespråkar intellektuella, sociala och emotionella kompetenser hos barn och unga. Dessa kompetenser påverkar deras anpassning till skolan och på lång sikt kan det även leda till en förbättrad hälsa senare i livet. Statens Folkhälsoinstitut (2005b) menar också att såväl goda allmänna kompetenser som sociala och emotionella kunskaper ökar deras chanser inom arbetslivet vilket också har visat sig gynna människors hälsa.

Hälsofrämjande för individen

I Forssén och Carlstedts (2007) studie upplevde kvinnorna att deras arbeten var hälsofrämjande dels genom att de fick en förbättrad ekonomi och dels för att de upplevde att de fick en högre självkänsla och självförtroende. Statens Folkhälsoinstitut (2005a) menar att människors hälsa, såväl den fysiska som den psykiska, påverkas av ekonomiska förutsättningar. Generellt kan man säga att goda ekonomiska tillgångar i regel är bättre för människors hälsa än en ekonomiskt utsatt situation. Det har även visats att det finns ett samband mellan en försämrad psykisk hälsa och ökad risk för hjärt- och kärlsjukdomar vid låga inkomster och personer med ekonomiskt utsatta situationer (Statens Folkhälsoinstitut, 2005a). I och med att ekonomin är en bestämmandefaktor för hälsan är således *Målområde 2 Ekonomisk och social trygghet*.

I Sverige idag är materiella skillnader numer inte lika påtagliga (Sundin et al. 2005). En fundering är därför om det är ekonomin som gör att människors hälsa blir sämre eller bättre eller om det är stressen av att inte få ekonomi att gå runt som gör människor sjuka? Sundin et al. (2005) nämner att det snarare är aspekter som psykosocial stress, utbildningsnivå och sociokulturellt betingade levnadsvanor faktorer som påverkar hälsan i större utsträckning än ekonomin idag.

De målområden som inte representeras i denna studie är *Målområde - 1 Delaktighet och inflytande i området*. *Målområde 5 - Miljöer och produkter*, som handlar om den fysiska omgivningen så väl den yttre miljön som den byggda miljön (Statens Folkhälsoinstitut, 2005c) . *Målområde 7- Skydd mot smittspridning*. *Målområde 8 - Sexualitet och reproduktiv hälsa*, som innebär trygg och säker sexualitet som är fri från negativa konsekvenser (Statens Folkhälsoinstitut, 2005e). *Målområde 9 - Fysisk aktivitet*. *Målområde 10 - Matvanor och livsmedel* samt *Målområde 11 - Tobak, alkohol, narkotika, doping och spel*. Att dessa målområden inte representeras kan bero på hur författaren valt att tolka resultatet. Exempelvis skulle skola och arbetsplats kunna rubriceras under Målområde 5 då det handlar om den byggda miljön men å andra sidan går de flesta målområden in i varandra så det är egentligen svårt att särskilja dem. Att målområde 7, 8 och 11 inte representeras i artiklarna anser författaren däremot inte vara överraskande, dessa områden torde ha fokus på att förebygga snarare än främja då dessa målområden handlar främst om att undvika sjukdom och hindra intagande av giftiga substanser.

Metoddiskussion

Litteraturstudiens omfattning är inte tillräckligt stor för att några egentliga slutsatser kan dras. Detta kan delvis bero på begränsningar i databasen och delvis på bristen av sökord. Friberg (2006) påvisar just att en litteraturoversikts svaghet kan vara att urvalet inte blir tillräckligt omfattande på grund av begränsad mängd relevant forskning. Han menar också att det föreligger en viss risk att för ett selektivt urval exempelvis att författaren väljer litteratur som stödjer den egna utgångspunkten.

Vid valet av databas var svårigheten att det inte finns en bas som enbart är inriktad på folkhälsovetenskap vilket antagligen beror på att folkhälsovetenskap är ett tvärvetenskapligt ämne. Visserligen är både folkhälsa och hälsofrämjande multidisciplinära områden varav

sökandet ändå kanske varit tvunget att ske i olika databaser med olika ämnen för att motsvara hela området. Valet föll på att söka i tre databaser i ett försök att täcka in en större del av alla ämnen. I samråd med Högskolans sökhjälp ansågs det inte vara nödvändigt att genomföra sökning i PubMed.

Ett dilemma som uppstod under uppsatsens gång var valet av begrepp, hälsofrämjande eller hälsopromotion. Den främsta anledningen till att valet föll på begreppet hälsofrämjande i stället för hälsopromotion är att begreppet hälsofrämjande enligt författarens uppfattning, är i hög grad mer förankrat i det svenska folkhälsoarbetet och i den svenska litteraturen. Dock översätts såväl hälsofrämjande som hälsopromotion till ”health promotion” på engelska och då de vetenskapliga artiklarna har varit på engelska bör man ha i åtanke att litteraturen omfattar bägge begreppen. Andra söktermer hade givetvis kunna tillämpats vid sökandet för att få ett mer omfattande utfall, eventuellt kan vissa hälsofrämjande faktorer och målområden blivit underrepresenterade i denna studie på grund av söktermerna. Ett alternativ hade varit att inte exkludera någon artikel alls eftersom begreppsdefinition av hälsofrämjande är diffus och detta hade lett till ett mer omfattande resultat. Detta hade kunna varit intressant ur den synvinkel att studien då skulle visa på resultat om vad som uppfattas som hälsofrämjande i vetenskapliga artiklar.

Allmän diskussion

Förslag på fortsatt forskning

I denna uppsats innebär ett hälsofrämjande arbete att människor bibehåller sin hälsa eller främjar den ytterligare. Flera av de artiklar som presenteras i denna litteraturstudie åskådliggör att ett stärkt självförtroende, självinsikt samt ytterligare positiva psykiska aspekter visade på en högre uppskattning av den upplevda hälsan. Således väcktes funderingen om hälsofrämjande snarare är en fråga om psykiska aspekter? Har det psykiskt välmående egentligen en större inverkan på människors hälsa än de fysiska aspekterna? Hälsa inkluderar visserligen båda aspekterna men vid främjandet av hälsa kanske de psykiska aspekterna är mer centrala. Vidare forskning om huruvida fysiska kontra psykiska aspekter är av vikt vid ett främjande arbete är av intresse för att ge bästa möjliga effekt av folkhälsoarbete.

REFERENSER

Arneson, H., Ekberg, K. (2005). *Evaluation of empowerment process in a workplace health promotion intervention based on learning in Sweden*. Health Promotion International, Vol. 20 No. 4

Stockholms läns landsting. (1998). *Att folkhälsoarbeta - om metoder och organisation*.

Backman, J. (2008). *Rapporter och uppsatser (2 uppl.)* Lund: Studentlitteratur.

Cernerud, L., Olsson, H. (2004). *Humour seen from public health perspective*. Scandinavian Journal of Public Health 2004; 32: 396–398

En förnyad folkhälsopolitik. (2008). (Regeringens proposition 2007/08/:110) Stockholm: Socialdepartementet

Eriksson, A., Axelsson, A., & Axelsson B. S. (2010). *Development of health promoting leadership – experiences of a training program*. Scandinavian Journal of Public Health, Vol. 38 No 2.

Friberg, F. (red.). (2006). *Dags för uppsats – vägledning för litteraturbaserade examensarbeten*. Lund: Studentlitteratur.

Forssén, S. K. A., Carlstedt, G. (2007). *Health promoting aspects of a paid job: findings in a quality interview study with elderly women in Sweden*. Health Care for Women International, 28:909–929, 2007

Folkhälsoguiden <http://www.folkhalsoguiden.se/Informationsmaterial.aspx?id=689>, hämtad 2010-11-23

Guldbrandsson, K., Bremberg, S. (2006). *Two approaches to school health promotion – A focus on health-related behaviors and general competencies. An ecological study of 25 Swedish municipalities*. Health Promotion International, Vol. 21 No. 1

Janlert, U. (2000). *Folkhälsovetenskapligt lexikon*. Natur och kultur: Stockholm

Jerdén, L., Hillervik, C., Hansson, A-C., Flacking, R., & Weinehall, L. (2006). *Experiences of Swedish community health nurses working with health promotion and a patient-held health record*. *Scandinavian Journal of Caring Sciences* 2006:20

Kimber, B., Sandell, R., & Bremberg, S. (2008). *Social and emotional training in Swedish classrooms for the promotion of mental health: results from an effectiveness study in Sweden*. *Health Promotion International*, Vol. 23 No. 2

Korp, P. (2002). *Hälsopromotion – en sociologisk studie av hälsofrämjandets institutionalisering*. Department of Sociology, Göteborg University

Källestål, C. (red.), Bjurvald, M., Menckel, E., Schærström, Schelp, L., & Unge, C. (2004). *Hälsofrämjande på arbetsplatser – Effekter av interventioner refererade av systematiska kunskapsöversikter och i svenska rapporter*. Statens Folkhälsoinstitut.

Nationalencyklopedin (2010) Främja. Hämtad 2010-11-15 från <http://www.ne.se/sve/främja>.

Nationalencyklopedin (2010) Förebygga. Hämtad 2010-11-25 från <http://www.ne.se/sve/förebygga>

Samarasinghe, K., Fridlund, B., & Arvidsson, B. (2010). *Primary Health care nurses promotion of involuntary migrant families health*. *International Nursing Review* **57**, 224–231

Socialstyrelsen. (2005). *Hälsofrämjande hälso- och sjukvård? En kartläggning av hälsofrämjande och sjukdomsförebyggande insatser*. Socialstyrelsen, 2005

Statens Folkhälsoinstitut. (2004). *På väg mot en mer hälsofrämjande hälso- och sjukvård. Sammanfattning av utredningsunderlag, proposition, riksdagsbeslut, indikatorförslag och exempel på tillämpning*.

Statens Folkhälsoinstitut. (2005a). *Kunskapsunderlag för folkhälsopolitisk rapport 2005. Målområde 2 Ekonomisk och social trygghet*. Stockholm: Statens Folkhälsoinstitut.

Statens Folkhälsoinstitut. (2005b). *Kunskapsunderlag för folkhälsopolitisk rapport 2005. Målområde 3 Trygga och goda uppväxtvillkor*. Stockholm: Statens Folkhälsoinstitut.

Statens Folkhälsoinstitut. (2005c). *Kunskapsunderlag för folkhälsopolitisk rapport 2005. Målområde 5 Sunda och säkra miljöer och produkter*. Stockholm: Statens Folkhälsoinstitut.

Statens Folkhälsoinstitut. (2005d). *Kunskapsunderlag för folkhälsopolitisk rapport 2005. Målområde 6 En mer hälsofrämjande hälso- och sjukvård*. Stockholm: Statens Folkhälsoinstitut.

Statens Folkhälsoinstitut. (2005e). *Kunskapsunderlag till folkhälsopolitisk rapport 2005. Målområde 8 Trygg och säker sexualitet*. Stockholm: Statens Folkhälsoinstitut.

Statens folkhälsoinstitut. (2006). *Fysisk aktivitet och folkhälsa r 2006:13*. Huskvarna: Nrs tryckeri AB.

Statens Folkhälsoinstitut. (2010). *Folkhälsopolitisk rapport 2010 Framtidens folkhälsa – allas ansvar*. Östersund R 2010:16

Sundin, J., Hogstedt, C., Lindberg, J., & Moberg, H (red.). (2005). *Svenska folkets hälsa i historiskt perspektiv*. Statens Folkhälsoinstitut R 2005:8

Svedberg, P., Hansson, L., & Svensson, B. (2009). *The attitudes of patients and staff towards aspects of health promotions interventions in mental health services in Sweden* Health Promotion International, Vol. 24 No. 3

World Health Organization. (2009). *Milestones in Health Promotion. Statements from Global Conference*.

BILAGA 1

Tabell 2: Exkluderade artiklar och orsak till exklusion

Artikel	Författare & titel	Syfte	Orsak till exklusion
1.	Kimber, B., Sandell, R., & Bremberg, S. (2008). <i>Social and emotional training in Swedish schools for the promotion of mental health: an effectiveness study of 5 years of intervention.</i>	Syftet med studie av är att utforska de långvariga effekterna av programmet SET (Social och emotionell träning) på olika aspekter av psykisk hälsa och hälsorelaterade beteenden senior elever (betyg 5-9 vid tidpunkten för mätning) baserat på 5 år av uppgiftsinsamling,	Ej relevant p.g.a. att artikeln är del 2 av artikel nr . se tabell 2.
2.	Svedberg, P., Svensson, B., Arvidsson B., & Hansson, L. (2007). <i>The construct validity of a self-report questionnaire focusing in health promotion interventions in mental health services.</i>	Syftet med studien var att undersöka validiteten av en nyutvecklad frågeformulär om Hälsofrämjande Intervention, som avser att mäta patientens subjektiva upplevelser av hälsofrämjande insatser inom psykiatrin.	Ej relevant p.g.a. att artikeln enbart mäter validiteten, en fortsättning av studien som återfinns i artikel nr se tabell 2.
3.	Romé, Å., Persson, U., Ekdahl, C., & Gard, G. (2010). <i>Willingness to pay for health improvements of physical activity on prescription.</i>	Syftet var att uppskatta vad människor var beredda att betala för att få en förbättrad hälsa när de deltog i Fysisk Aktivitet på recept, FAR.	Ej relevant
4.	Baggens, C. (2001). <i>What they talk about: conversations between child health centre nurses and parents.</i>	Syftet var att undersöka och analysera innehållet i samtalen med sköterskan och föräldrarna vid barnens besök på barnavårdscentralen.	Ej relevant
5.	Lundgren, B. (2008). <i>Experiences from the Swedish Determinants-Based public health policy.</i>	Artikeln sammanfattar och diskuterar den första etappen (2003-2005) av genomförandet, i den Svenska folkhälsopolitiken.	Ej relevant
6.	Berg-Kelly, K. (2003). <i>Adolescent school, school health activities, community contexts, and health surveys in Sweden.</i>	Syftet med studien var att lyfta fram skolans betydelse för ungdomars hälsa.	Ej relevant
7.	Håkansson, C., Svartvik, L., Lidfeldt, J., Nerbrand, C., Samsioe, G., Schersten, B., & Nilsson, M. P. (2003). <i>Self-rated health middle-aged women: associations with sense of coherence and socioeconomic and health related factors.</i>	Denna studie syftade till att beskriva och analysera självskattad hälsa i relation till känsla av sammanhang och socioekonomiska och hälsorelaterade faktorer och att undersöka sambandet mellan självskattad hälsa och dessa faktorer för att identifiera hälsoresurser och begränsningar i hälsan hos en grupp friska medelålders kvinnor.	Ej relevant
8.	Lindberg, M., & Wilhelmsson, S. (2007). <i>National public health target awareness of staff at two organizational levels in health care.</i>	Syftet var att undersöka medvetenheten om mål för allmänhälsan på två organisationsnivåer inom sjukvården, offentliganställda och distriktssköterskor (DS). Att avgöra	Ej relevant

		om dessa mål införlivats i länens hälsovårdspolicy och om dessa efterföljs av DS.	
9.	Lingfors, H., Persson, L-G., Lindström, K., Bengtsson, C., & Lissner, L. (2008). <i>Effects of a global health and risk assessments tool for prevention of ischemic heart diseases in an individual health dialogue compared with community health strategy only: Results from the "Live for life" health promotion programme.</i>	Syftet med studien var att utvärdera effekten av programmet "Live for Life" som var ett preventivt program för människor med ischemisk hjärtsjukdom.	Ej relevant
10.	Dellve, L., Samuelsson, L., Tallborn, A., Fash, A., & Hallberg, L. R.-M. (2006). <i>Stress and well-being among parents of children with rare diseases: a prospective intervention study.</i>	Syftet med denna studie var att utvärdera hur mammor och pappor till barn med ovanliga funktionshinder upplevde stress, välbefinnande och hur dessa variabler påverkade familjen.	Ej relevant
11.	Finer, D., Tillgren, P., Berensson, K., Guldbrandsson, K., & Haglund, J. A. B. (2005). <i>Implementation of a health impact assessment (HIA) Tool in a regional health organization in Sweden – A feasibility study.</i>	Artikeln är en förstudie av erfarenheter av genomförandet av ett så kallat HKB-verktyg på regional nivå i ett sjukvårdsområde i Stockholms län.	Ej relevant
12.	Devlin, E., Anderson, S., Hastings, G., & Macfadyen, L. (2005). <i>Targeting smokers via tobacco product labelling: opportunities and challenges for pan European health promotion.</i>	Syftet med studien var att utvärdera om varningstexten på cigarettpaket har effekt.	Ej relevant
13.	Nilsson, S., Allebeck, P., Marklund, B., Baigi, A., & Fridlund, B. (2004). <i>Evaluation of a health promotion programme to prevent the misuse of androgenic anabolic steroids among Swedish adolescents.</i>	Syftet med denna studie var att utforma ett förebyggande program i syfte att förhindra missbruk av androgena anabola steroider bland ungdomar och att utvärdera ungdomars uppfattning om detta program.	Ej relevant
14.	Lundqvist, G., & Weinehall, L. (2003). <i>Smokers in Vasterbotten Country, Sweden what contributes to increased cardiovascular risk among Swedish adolescents.</i>	Syftet med studien var att analysera riskfaktorer och riskmönster hos storrökare jämfört med icke rökare.	Ej relevant
15.	Lingfors, H., Lindström, K., Persson, L-G., Bengtsson, C., & Lissner, L. (2003). <i>Lifestyle changes after a health dialogue: results from the Live for life health promotion programme.</i>	Syftet var att utvärdera effekten av en hälsodialog om livsvanor relatera eventuella livsstilsförändringar till förändringar av biologiska riskmarkörer för ischemisk hjärtsjukdom.	Ej relevant
16.	Hillert, L., Savlin, P., Berg, A. L., Heidenberg, A., & Kolmodin-Hedman, B. (2002). <i>Environmental illness-effectiveness of a salutogenic group-intervention programme.</i>	Syftet med studien var att utvärdera ett salutogent gruppinterventionsprogram som riktar sig till personer som är överkänslig mot elektricitet.	Ej relevant
17.	Elo, L. S., & Calltorp, B. J. (2002). <i>Health promotive action and preventive action model (HPA</i>	Syftet med denna uppsats var att konstruera en teoretisk modell för sjukvården i området för folkhälsan	Ej relevant

	<i>model) for the classification of health care services in public health nursing.</i>	omvårdnad baseras på analys och klassificering av vårdtjänster som används i folkhälsoarbetet sjukvårdspraxis.	
18.	Larsson, L. C., Klock, S. K., Norderhaug Åstrøm, A., Haugejorden, O., & Johansson, G. (2002). <i>Lifestyle- related characteristics of young low-meat consumers and omnivores in Sweden and Norway.</i>	Syftet var att jämföra livsstilsrelaterade egenskaper hos vegetarianer och allätande ungdomar i Sverige och Norge.	Ej relevant
19.	Gustafsson, K., & Sidenvall, B. (2002). <i>Food-related health perceptions and food habits among older women.</i>	Syftet med denna studie var att undersöka livsmedelsrelaterade uppfattningar om hälsa och matvanor bland äldre kvinnor.	Ej relevant
20.	Arborelius, E., & Bremberg, S. (2001). <i>Child health-centre-based promotion of a tobacco-free environment – a Swedish case study.</i>	Syftet med artikeln var att utvärdera en metod som riktar sig mot rökare för att förhindra passiv rökning gentemot barn.	Ej relevant
21.	Gillander Gådin, K., & Hammarström, A. (2000). <i>“We won’t let them keep us quiet...”: gendered strategies in the negotiation of power – implications for pupils health and school health promotion.</i>	Syftet med denna kvalitativa studie var att analysera könsbundna strategier bland elever i förhandlingar om makten i skolan och att diskutera eventuella konsekvenser för hälsan.	Ej relevant
22.	Weinehall, L., Hellsten, G., Boman, K., Hallmans, G., Asplund, K., & Wall, S. (2001) <i>Can a sustainable community intervention reduce the health gap? 10 year evaluation of a Swedish community intervention program for the prevention of cardiovascular disease</i>	Syfte med studien var att utvärdera ett interventionsprogram mot hjärt- och kärlsjukdomar som pågått i 10 år.	Ej relevant
23.	Deogan, C. L., Hansson Bocangel, M. K., Wamala, S. P., & Månsdotter, A. M. (2010). <i>A cost-effectiveness analysis of the Chlamydia Monday – a community-based intervention to decrease the prevalence of Chlamydia in Sweden.</i>	Syftet med artikeln var att analysera kostnadseffektiviteten genom en uppskattning av kostnader, besparingar och effekter på hälsa i samband med interventionen ”Klamydia måndag 2007” samt avgöra om kostnadseffektiviteten varierade mellan män och kvinnor.	Ej relevant
24.	Roos, G., Lean, M., & Anderson, A. (2002). <i>Dietary interventions in Finland, Norway and Sweden: nutrition policies and strategies.</i>	Studiens syfte var att beskriva organisationerna och genomförandet av näringspolitik, och undersöka åtgärdsstrategier för kostförändring i tre nordiska länder.	Ej relevant
25.	Johansson, K., Bendtsen, P., & Åkerlind, I. (2005). <i>Advice to patients in Swedish primary care regarding alcohol and other lifestyle habits: how patients report the actions of GPs in relation to their own expectations and satisfaction with the consultation.</i>	Syftet med denna studie var att undersöka i vilken utsträckning allmänläkares patienter förväntar sig att få råd angående alkohol, tobak, motion och kost i förhållande till sociodemografiska karaktäristika, typ av besök och hur nöjd patienten varit med besöket.	Ej relevant

26.	Gustafsson Larsson, S., & Hammarström, A. (2000). <i>Can women's network activities lead to improved health?</i>	Syftet med studien var att fokusera på kvinnliga nätverk i Jämtland, och att analysera förhållandet mellan nätverksamheten och den upplevda hälsan bland deltagarna i nätverket, samt deltagande i gemenskap bland dess invånare.	Ej relevant
27.	Stafström, M., Östergren, P-O., Larsson, S., Lindgren, B., & Lundborg, P. (2006). <i>A community action programme for reducing harmful drinking behavior among adolescents: the Trelleborg Project.</i>	Syfte var att utvärdera ett samhällsbaserats åtgärdsprogram vars ändamål var att minska skadligt intag av alkohol hos ungdomar i åldrarna 15-16 år.	Ej relevant
28.	Emami, A., Benner, P., & Ekman, S-L. (2001). <i>A sociocultural health mode for late-in-life immigrants.</i>	Syftet med studien var att utveckla en sociokulturell hälsomodell för iranska invandrare, som immigrerat sent i livet till i Sverige, för att bidra med ytterligare förståelse på vilket sätt människor uppfattar, upplever, och förklarar deras hälsoläge.	Ej relevant
29.	Peltomäki, P., Johansson, M., Ahrens, W., Sala, M., Wesseling, C., Brenes, F., Font, C., Husman, K., Janer, G., Kallas Tarpila, T., Kogevinas, M., Loponen, M., Dolores Solé, M., Tempel, J., Vasama Neuvonen, K., & Partanen, T. (2003). <i>Social context for workplace health promotion feasibility considerations in Costa Rica, Finland, Germany, Spain and Sweden.</i>	Syftet med studien var att konstruerade en metod som underlättar bedömning av genomförbarheten av hälsofrämjande på arbetsplatser program (WHP). Den utvärderar cancer risker, arbetstagarnas behov av riskminskning acceptansen av WHP, och socialt sammanhang.	Ej relevant
30.	Guldbrandsson, K., & Fossum, B. (2010). <i>Reply to the letter to the editor.</i>	Inget syfte	Ej relevant – svar på tidigare forskningsfynd
31.	Breton, E., de Leeuw, E. (2010). <i>Multiple streams theory in Sweden: an error III.</i>	Inget syfte	Ej relevant – svar på tidigare forskningsfynd
32.	Johansson, P. M., Eriksson, L. S., Sadigh, S., Rehnberg, C., & Tillgren, P. E. (2009). <i>Participation resource mobilization and financial incentives in community based health promotion: an economic evaluation perspective from Sweden.</i>	Denna studie diskuterar finansieringen av hälso-säljfrämjande åtgärder från två synvinklar: folkhälsan - om det lokala samhällets deltagande mål har uppfyllts och ekonomiska - på ekonomiska incitament med dess konsekvenser för fördelningen av resurser.	Ej aktuell
33.	Hallberg, A-C., & Håkansson, A. (2003). <i>Training programme for parents of teenagers: active parental participation in development and implementation.</i>	Artikeln handlar om ett projekt vars syfte var att ge föräldrar till tonåringar, en form av utbildning utanför det ordinarie sortiment som erbjuds av offentliga myndigheter, där föräldrarna själva fick sätta upp mål samt planera verksamheten.	Ej aktuell
34.	Berntsson, L., Köhler, L., & Vuille, J-C. (2006). <i>Health, economy and social capital in Nordic children and</i>	Syftet med studien var att analysera utvecklingen inom hälsa hos barn i de fem nordiska länderna	Ej aktuell

	<i>their families: a comparison between 1984 and 1996.</i>	(Danmark, Finland, Island, Norge och Sverige) mellan 1984- 1996 och relatera den till ändringar i den ekonomiska tillväxten och socialt kapital i dessa länder under samma period.	
35.	Taylor, M-L., Haglund, B. J. A., & Tillgren, P. (2000). <i>Policy content and context for health promotion on Swedish schools: an analysis of municipal school plans.</i>	Syftet med studien var att analysera och beskriva innehållet i skolans läroplaner med fokus på hälsa och miljö under 1994 i 62 kommuner i fyra län i Sverige.	Ej aktuell
36.	Weinehall, L., Lewis, C., Nafziger, A. N., Jenkins, PL., Erb, T. A., & Wall, S. (2001). <i>Different outcomes for different interventions with different focus! – A cross-country comparison of community interventions in rural Swedish and US populations.</i>		Ej fulltext
37.	<i>Helena-IDEFICS-ProChildren joint symposium</i>		Ej fulltext
38.	<i>Editor's choice. Reaching the underserved</i>		Ej fulltext
39.	<i>Just for fun...</i>		Ej fulltext
40.	<i>Evaluation of "life for life", a health promotion programme in the Country of Skaraborg, Sweden</i>		Ej fulltext
41.	<i>Health counselling: parental-oriented health dialogue – an innovation for child health nurses</i>		Ej fulltext
42.	<i>Perceived health and well-being in a group of physically active older Swedish people</i>		Ej fulltext
43.	<i>Are today's older people more active than their predecessors? Participation in Leisure Time activities in Sweden in 1992 and 2002</i>		Ej fulltext
44.	<i>Cost effectiveness of a personal health document in different distribution settings</i>		Ej fulltext

BILAGA 2 – Frågemall (Friberg, 2006. s. 119)

Frågor vid granskning av kvalitativa studier:

- Finns det ett tydligt problem formulerat? Hur är detta i så fall formulerat och avgränsat?
- Finns teoretiska utgångspunkter beskrivna? Hur är dessa i så fall formulerade?
- Finns det någon *vårdvetenskaplig teoribildning* beskriven i bakgrunden? Hur är denna i så fall beskriven?
- Vad är syftet? Är det klart formulerat?
- Hur är metoden skriven?
- Hur är undersökningspersonerna beskrivna?
- Hur analyserades data?
- Hur hänger metod och teoretiska utgångspunkter ihop?
- Vad visar resultatet?
- Hur har författarna tolkat studiens resultat?
- Vilka argument förs fram?
- Förs det några etiska resonemang?
- Finns det en metoddiskussion? Hur diskuteras metoden i så fall?
- Sker en återkoppling till teoretiska antaganden, t.ex. *vårdvetenskapliga antaganden*?

Frågor vid granskning av kvantitativa studier:

- Finns det ett tydligt problem formulerat? Hur är detta i så fall formulerat och avgränsat?
- Finns teoretiska utgångspunkter beskrivna? Hur är dessa i så fall formulerade?
- Finns det någon *vårdvetenskaplig teoribildning* beskriven i bakgrunden? Hur är denna i så fall beskriven?
- Vad är syftet? Är det klart formulerat?
- Hur är metoden skriven?
- Hur har urvalet gjorts (t.ex. antal personer, ålder, inklusions- respektive exklusionskriterier)?
- Hur analyserades data? Vilka statistiska metoder användes? Var dessa adekvata?

- Hänger metod och teoretiska utgångspunkter ihop? I så fall hur hänger de ihop?
- Vad visar resultatet?
- Vilka argument förs fram?
- Förs det några etiska resonemang?
- Finns det en metoddiskussion? Hur diskuteras metoden i så fall, t.ex. vad gäller generaliserbarhet?
- Sker en återkoppling till teoretiska antaganden, t.ex. *vårdvetenskapliga antaganden*?