

Hälsoval och kritisk hälsolitteracitet

Mats Lundström och Jesper Sjöström, Malmö universitet

I denna text diskuterar vi sådana hälsoval som vi som individer behöver göra både dagligdags och mer långsiktigt. Vi utgår ifrån de två begreppen hälsa och ”hälsolitteracitet” (*health literacy*). Båda berör kunskaper, värderingar, förhållningssätt och handlingsberedskap kopplat till hälsofrågor. Syftet med denna text är dels att presentera en vidgad syn på hälsobegreppet, dels att beskriva vad som menas med hälsolitteracitet. I texten kommer olika perspektiv på hälsa att diskuteras. Vilken utgångspunkt som väljs i olika sammanhang kommer att ha betydelse för behandlingar och olika hälsoval. Detta är något som du behöver ta upp i undervisningen. Vi menar att skolans undervisning (bland mycket annat) bör syfta till att utveckla elevernas ”kritiska hälsolitteracitet” (se vidare nedan). Liksom övriga litteraciteter syftar begreppet till att beskriva en bred kunskap som inte bara innehåller fakta om hälsa utan även ger en handlingsberedskap för olika situationer i vardagslivet. Dessa situationer är ofta komplexa med motstridig information, där egen kunskap och erfarenhet ställs mot annan tillgänglig information eller rådgivning.

Komplexa hälsoval

Inte minst ungdomar ställs inför många personliga och komplexa hälsoval. Det rör sig till exempel om val av dieter, träning, alkoholkonsumtion, tatueringar, preventivmedel, kosmetisk kirurgi och vaccinationer. Dessa beslut fattas ibland tillsammans med andra, som föräldrar eller kompisar, ibland på egen hand. Komplexiteten ligger i det stora antalet faktorer som individen behöver ta hänsyn till och att tillgången på information är riklig men ibland motstridig, beroende på vem som står för informationen. För att kunna göra dessa val på ett informerat sätt behöver man ha utvecklat kunskaper, värderingar, förhållningssätt och handlingsberedskap kopplat till hälsofrågor. Som en grund för en fördjupad diskussion nedan om hälsolitteracitet, diskuterar vi först hälsobegreppet. Det kan förstås både som enbart frånvaro av sjukdom och i en betydligt vidare bemärkelse där livskvalitet och välbefinnande sätts i fokus. På vilka sätt en individ ser på hälsa får stor betydelse för de val hen gör. Samtidigt påverkas individen av hur omgivningen ser på hälsa och vad som anses gynna en god hälsa.

Hälsobegreppet – patogenes vs. salutogenes

När hälsa ska definieras kan detta göras med hjälp av en biomedicinsk inriktning eller en humanistisk inriktning. En *biomedicinsk inriktning* fokuserar på frånvaro av sjukdom. I

denna ses kroppen som ett mekanistiskt system och man försöker förstå den som ett maskineri i arbete. En *humanistisk inriktning* å andra sidan fokuserar på hälsa som någonting mer än frånvaro av sjukdom. Det som betonas är trivsel, känsla av sammanhang och balans mellan kropp och själ. Begrepp som livkvalitet och välbefinnande (fysiskt, psykiskt och/eller socialt) lyfts fram (Brolin, 2017).

Fokus på det som orsakar sjukdom brukar kallas *patogenes*, medan fokus på det som bidrar till hälsa kallas *salutogenes*. Quennerstedt (2006, s. 215) skriver: ”Det salutogena perspektivet på hälsa innebär att hälsa betraktas som en dynamisk process i relationen mellan individ och omgivning, där olika fysiska, psykiska och sociala faktorer samspelar i hälsoutvecklingen.” Brolin (2017, s. 28) sammanfattar de båda hälsosynerna på följande sätt:

Patogen hälsosyn:

- Är något bra för kroppen, exempelvis rörelse, är det alltid hälsosamt.
- Avvikelse från det normala är att betrakta som sjukdom.
- Hälsa är detsamma som frånvaro av sjukdom/skada.
- Hälsa är ett statiskt tillstånd.

Salutogen hälsosyn:

- Det är inte givet att det som är bra för kroppen är hälsosamt i ett vidare perspektiv. Individens upplevelse är här central.
- Avvikelse är det normala.
- Det går att ha god hälsa även vid skada/sjukdom.
- Hälsa är en ständigt pågående process.

Forskaren Aaron Antonovsky (1991), som skrev mycket kring en salutogen hälsosyn, har myntat begreppet KASAM. Det står för *känsla av sammanhang* och innebär ”en global hållning som uttrycker i vilken utsträckning man har en genomgripande och varaktig men dynamisk tillit till att ens inre och yttre värld är förutsägbar, och att det finns en hög sannolikhet för att saker och ting kommer att gå så bra som man rimligen kan förvänta sig.” (s. 13). Fokus är på upplevelsen av hälsa och Antonovsky delade in den i begriplighet, hanterbarhet och meningsfullhet. Utgångspunkten är människan som en social varelse och olika *friskfaktorer*. Dessa ser olika ut för olika människor. Antonovsky betonade individens upplevelse och att det är hur denna hanteras som påverkar hälsan. Man behöver inte vara smal, ha en vältränad kropp och äta nyttiga grönsaker för att vara en ”hälsosam människa” (Brolin, 2017).

För att jämföra detta med ett mer biomedicinskt inriktat synsätt så definerar ne.se (180226) *sjukdom* på följande sätt: ”ett tillstånd eller en process hos människan eller djur som medför att individen inte fungerar optimalt”. Samtidigt lyfter texten fram att man skiljer på ett strikt sjukdomsbegrepp kopplat till läkarbedömning och diagnos å ena sidan och individens upplevelse av sjukdom å andra sidan. Den senare är baserad på symptom som smärta, trötthet, nedsatt funktionsförmåga med mera, som kan vara svåra att mäta men ändå viktiga ur både ett biomedicinskt och salutogent perspektiv.

Kritisk hälsolitteracitet

Mycket information kring hälsa får vi i möten med hälso- och sjukvården, exempelvis via olika informationsmaterial. Nutbeam (2000) definerar *health literacy* som förmågan att läsa, förstå och analysera olika typer av texter som innehåller hälsoinformation. I en artikel publicerad i tidskriften *Health Education* definerade Paakkari och Paakkari (2012) *health literacy* utifrån följande fem delar: (a) teoretisk hälsokunskap, (b) praktisk hälsokunskap, (c) kritiskt tänkande kring hälsobudskap, (d) hälsomedvetenhet (inklusive självreflektion) och (e) medborgaransvar (citizenship) kring hälsofrågor. Definitionen gjordes med tanke på att formulera lärandemål och kunskapsinnehåll rörande hälsa i en skolkontext. Teoretisk hälsokunskap (a) kan ses som en bas för de övriga fyra delarna. Den bidrar till en djupare förståelse av olika hälsofrågor och hur de hänger samman. Praktisk hälsokunskap (b) är oftast erfarenhetsbaserad och kan förstås som en förmåga att integrera teoretisk hälsokunskap i praktiken. Praktisk hälsokunskap kan utvecklas genom hälsorelaterade övningar. Kritiskt tänkande kring hälsobudskap (c) utgår från källkritik och möjliggör för eleverna att utifrån teoretisk och praktik hälsokunskap värdera och argumentera för sina hälsoval. Vidare ska de bli (hälso)medvetna (d) om de fysiska och psykiska signaler som kroppen sänder ut och kunna reflektera kring olika hälsorelaterade ämnen utifrån ett personligt perspektiv. Medborgaransvar kring hälsofrågor (e) rymmer enligt Graffman-Sahlberg (2015, s. 38) ”förmågan att agera på ett etiskt och ansvarsfullt sätt och samtidigt ta ett socialt ansvar”.

Sammantaget kan sägas att definitionerna av hälsolitteracitet är många och delvis divergerande. Under 2000-talet har det, tillsammans med en reaktion på den ökande komplexiteten i hälsofrågor, medfört att flera forskare (däribland både Nutbeam, 2008 och Paakkari och Paakkari, 2012) talar om *critical health literacy*, alltså ”kritisk hälsoförståelse och -förmåga”. Det omfattar ett mer komplext kunnande kring hälsofrågor. Nutbeam anser att begreppet innehåller tre delar: att kritiskt kunna granska information, att förstå de sociala faktorerna som är inblandade samt ett engagemang och deltagande. Med denna definition betonas individens val och agerande, inte bara förmågan att förstå. Dessutom fokuseras de kollektiva delarna av beslutet, hur individen uppfattar och samverkar med andra. Just förmågan att resonera och fatta beslut i

samverkan med andra har betonats de senaste åren (Chinn, 2011). Det kan bland annat förklaras med det ökade utbudet av alternativ i samband med behandlingar.

Idéhistorikern Sven-Eric Liedman (2001) kopplade Antonovskys KASAM till det komplexa begreppet bildning, som står för litteracitet, men även någonting mer: ”Bildningen är [...] en livslång process. Den bidrar till att skapa den känsla av sammanhang, den KASAM, som den israeliska medicinaren Aaron Antonovsky såg som hälsans ursprung och avgörande för ett gott liv” (Liedman, 2001, s. 359). Faktum är att exempelvis Graffman-Sahlgren (2015, s. 35) översätter ”health literacy” inte bara med hälsolitteracitet, utan även med ”bildning i hälsa”.

Ungdomars syn på hälsa

Studier som undersöker ungdomars attityder och kunskaper i hälsofrågor visar att personliga erfarenheter är viktiga för förståelse av sjukdom (Sander & Krüger, 2008). Hämeen-Anttila med flera (2006) visar hur ungdomar mest litar på egna erfarenheter. De har många gånger ytliga kunskaper och en negativ inställning till läkemedel och därför undviker de gärna att ta läkemedel. Studier visar också att det kan vara svårt för ungdomar att ta till sig medicinsk information kopplade till olika risker. Christensen (2007) undersökte hur ungdomar uppfattade risker med mobiltelefoner. Hon visade hur detta är kopplat till svårigheter att tolka data. Dessa svårigheter gör det svårt för ungdomar att se vilka risker något kan medföra. Hälsovalen måste göras utifrån den information som är tillgänglig och de råd som ges.

Skolans hälsoundervisning

Hälsofrämjande arbete görs ofta utifrån ett samhällsperspektiv. Det är dyrt för ett samhälle när många drabbas av livsstilssjukdomar. Golsäter (2012) betonar hur viktigt det är att skolan och hälsovården även tar ett individuellt perspektiv, där det sker en dialog mellan de inblandade, istället för att enbart information ges från den professionelle till individen.

Skolan har möjlighet att ta upp olika fysiska, psykiska och sociala faktorer som samspelar när individer gör olika hälsoval och riskbedömningar. Det blir då viktigt att ta upp både patogena och salutogena perspektiv för att visa på likheter och skillnader mellan dessa båda synsätt. Därmed finns en möjlighet för eleverna att förstå att de kommer att möta båda perspektiven i sina vardagsliv. Det är vanligt att de naturvetenskapliga ämnena intar en biomedicinsk ansats, kopplat till ett patogent perspektiv. Det är användbart när de behandlar olika mekanismer i kroppen och samband mellan olika fysiska faktorer. Samtidigt behövs även andra perspektiv.

För att kunna förstå var insatser behöver sättas in i hälsovården är det viktigt att ha tillgång till statistik över antal smittade vid epidemier eller spädbarnsdödlighet i olika länder. Exempelvis så har bland annat WHO kommit fram till följande tio *riskfaktorer* för att i vår del av världen bli sjuk eller dö i förtid: rökning, högt blodtryck, bukfetma, alkoholkonsumtion, fysisk inaktivitet, hög blodsockerhalt, lågt fruktintag, hög kolesterolhalt, lågt intag av nötter och frön respektive hög saltkonsumtion (Hallberg, 2017). Grundläggande livsområden som är kopplade till dessa riskfaktorer ”handlar om vad man äter, transport- och rörelsevanor, hantering och begränsning av stress, ungas relation till vuxna och kamrater, mellanmännsliga relationer i övrigt inklusive stöd från det omgivande samhället samt konsumtionsmönster inklusive boendeförhållanden.” (s. 213). Generellt pekar Hallberg (2017) på vikten av att koppla hälsofrågorna (inklusive KASAM) till globala hållbarhetsfrågor, såsom klimatfrågan, konsumtionsmönster och fattigdomsbekämpning.

När fokus är på vilken betydelse den biomedicinska kunskapen har för synen på vad som är hälsosamt eller konsekvenser för livsstilsval relaterade till hälsa och ohälsa, behöver både individ och samhälle ha en bredare ansats där även bland annat olika sociala faktorer finns med. Exempelvis kan alkoholkonsumtion vara bra för livskvalitet och välbefinnande, och ingenting är ju bra om det går till överdrift – man kan exempelvis träna alltför mycket och äta alltför lite salt. Vid komplexa hälsoval, som till exempel vaccination, är det svårare att göra en informerad sammanvägning av flera olika kunskapsbaser och perspektiv. Olika individer kommer att prioritera olika beroende på bland annat att de befinner sig i olika livssituationer. En ytterligare aspekt på hälsoval är att det som kan upplevas som önskvärt för en individ kanske inte gynnar samhället på längre sikt. Dessa värden står då mot varandra. Ett sådant hälsoval är antibiotika; medan individen gärna vill bli frisk snabbt, måste samhället ta hänsyn till risken för utveckling av antibiotikaresistens. Det finns fördjupande texter om både antibiotika/antibiotikaresistens och vaccinationer i denna moduldel. Antibiotikatexten är huvudsakligen ämnesfördjupande, medan vaccinationstexten mer fokuserar på samhälls- och undervisningsaspekter. Moduldel 7 fokuserar på individuella hälsoval, medan bredare samhällsperspektiv sätts i fokus i moduldel 8.

I skolan har hälsa ansetts vara ett viktigt område i över 100 år. Det har tagit sig uttryck i exempelvis fokus på barnens primära behov, friluftsliv, hälsoriktig skolmiljö, läkarundersökningar och på senare tid även på livsstilar, relationer och psykosociala frågor (Quennerstedt, 2006). En möjlighet som ibland förs fram är hälsosamtal. I sådana involveras skolsköterskan, som träffar elever enskilt eller i grupp för att samtala om olika aspekter kring hälsa ur elevernas perspektiv. Samtalen har visat sig kunna identifiera faktorer som påverkar elevernas livsstil och hälsa och därmed kunna bidra till att eleverna får möjlighet att se olika hälsoval som är möjliga för dem. Den typen av samtal har också rapporterats som uppskattade av elever (Golsäter, 2012). Även Warne

(2013) betonar hur viktigt det är att involvera eleverna i arbetet för god hälsa. Utifrån ett salutogent perspektiv studerade Warne högstadie- och gymnasieskolors hälsoarbete och slutsatsen var att följande faktorer är betydelsefulla för en stödjande miljö för hälsa i skolan: elevers upplevelse av och möjlighet till delaktighet i klassrummet och i skolans arbetsmiljö, personligt stöd från lärare såväl som stöd i undervisningen, stöd från kamrater, och förutsättningar för återhämtning under och efter skoldagen.

På senare år har hälsofrågor även betonats i ämnes- och kursplaner i flera skolämnen. Det rör främst ämnena idrott och hälsa och grundskolans hem- och konsumentkunskap, men även de naturvetenskapliga ämnena. Därför är det intressant och relevant att ställa liknande frågor kring hälsa i de naturvetenskapliga ämnena, som Quennerstedt ställde för ämnet idrott och hälsa:

- Vilka synsätt på hälsa kommer till uttryck i de naturvetenskapliga ämnena?
- Vilka (om några) dimensioner av hälsa sett ur ett salutogent perspektiv kan identifieras i de naturvetenskapliga ämnena?

Genom att ställa sådana analytiska frågor kring innehållet i styrdokumentet i de naturvetenskapliga ämnena, får du som lärare hjälp med en kritisk blick på hur hälsa skrivs fram såväl kvantitativt som kvalitativt.

Referenser

- Antonovsky, A. (1991). *Hälsans mysterium*. Natur och kultur.
- Brolin, M. (2017). *Perspektiv på hälsa – att bredda vägen*. Stockholm: Liber.
- Chinn, D. (2011). Critical health literacy: A review and critical analysis. *Social Science Medicine*, 73, 60-67.
- Christensen, C. K. (2007). *Waiting for certainty: Young people, mobile phones and uncertain science*. Doktorsavhandling vid Queensland University of Technology.
- Golsäter, M. (2012). *Hälsosamtal som metod att främja barns och ungdomars hälsa – en utmanande uppgift*. Doktorsavhandling vid Högskolan i Jönköping.
- Graffman-Sahlberg, M. (2015). *Fysisk hälsa som läroobjekt: en laborativ undervisningsmodell i idrott och hälsa*. Licentiatuppsats vid Gymnastik- och idrottshögskolan, Stockholm.
- Hallberg, J. (2017). Hälsöfrämjande processer som drivkraft för hållbar utveckling. *Socialmedicinsk tidskrift*, 2/2017, s. 209-220.
- Hämeen-Anttila, K. P., Juvonen, M., Ahonen, R. S., Bush, P. J., & Airaksinen, M.. (2006). How well can children understand medicine related topics? *Patient Education and Counseling*, 60(2), 171-178.
- Liedman, S.-E. (2001). *Ett oändligt äventyr – om människans kunskaper*. Albert Bonniers förlag
- Nutbeam, D. (2000). Health literacy as a public health goal: a challenge for contemporary health education and communication strategies into the 21st century. *Health Promotion International*, 15(3), 259-267.
- Nutbeam, D. (2008). The evolving concept of health literacy. *Social Science and Medicine*, 67, 2072-2078.
- Paakkari, L., & Paakkari, O. (2012). Health literacy as a learning outcome in schools. *Health Education*, 112 (2), 133-152.
- Sander, C., & Krüger, D. (2008). Rheumatic patients' conceptions of their disease: improvement of patient - physician communication. I Hammann, M., Reiss, M, Boulter, C. & Tunnicliffe, S.D. (Eds) *Biology in context, Learning and teaching for the twenty-first century* . 40-51. London: University of London.
- Quennerstedt, M. (2006). *Att lära sig hälsa*. Doktorsavhandling vid Örebro universitet.

Warne, M. (2013). *Där eleverna är: Ett arenaperspektiv på skolan som en stödjande miljö för hälsa*. Doktorsavhandling vid Mittuniversitetet.