

**Riskgruppspatienters
kunskap och upplevelser av
munskydd under covidpandemin.**

**Risk group patients' knowledge and
experiences of mask during the
covid pandemic.**

Examensarbete för magisterexamen med
huvudområdet Folkhälsovetenskap

Avancerad nivå 15 högskolepoäng

Höstterminen 2022

Student: Zoja Holgersson

Handledare: Ninitha Maivorsdotter

Examinator: Koustuv Dalal

SAMMANFATTNING

Titel:	Riskgruppspatienters kunskap och upplevelser av munskydd under covidpandemin.
Författare:	Holgersson Zoja
Avdelning/Institution:	Avdelningen för folkhälsovetenskap, Institutionen för hälsovetenskaper, Högskolan i Skövde
Kurs:	Examensarbete inom folkhälsovetenskap: Smittskydd och vårdhygien A1E, 15 hp
Handledare:	Maivorsdotter Ninitha
Examinator:	Dalal Koustuv
Nyckelord:	hälsoinformation, munskydd, upplevelser, kunskap, riskgruppspatienter

Sammanfattning

Introduktion

Pandemier hotar folkhälsan och kan ge allvarliga konsekvenser på individ och befolkningsnivå. Munskydd ses som en förebyggande åtgärd för att skydda sin egen hälsa och förhindrar smittspridning till medmänniskor i samhället. Patienter i riskgrupp var goda samhällsmedborgare och visade en god efterlevnad till munskyddsanvändning.

Syfte

Att undersöka riskgruppspatienters kunskap och upplevelser av användning och hälsoinformation om munskydd under Covid 19-pandemin i Sverige.

Metod

En kvalitativ metod användes och datainsamlingen genomfördes genom semistrukturerade telefonintervjuer. Deltagarna (n=7) var riskgruppspatienter av svenskt ursprung och använde munskydd under covidpandemin. Kvalitativ innehållsanalys användes enligt Graneheim & Lundman (2004) för att analysera data. Temaidentifieringen genomfördes enligt Nutbeams (2000) beskrivning av tre dimensioner av health literacy.

Resultat

Studiedeltagarna har varierande erfarenheter kring munskyddsanvändning. Under covidpandemin använde inte många i allmänheten munskydd, vilket resulterade i att riskgrupper upplevde att de skiljdes ut när de bar munskydd. De upplevde rädslor när de befann sig ibland folk som inte bar munskydd, vilket påverkade patienterna negativt. Bärandet av munskyddet försvårade kommunikationen med omgivningen. Riskgrupper som prioriterades av myndigheter var de riskgrupper som löpte störst risk att drabbas av en allvarlig sjukdomsutveckling av covid-19. Enligt studiedeltagarnas erfarenhet fanns inte information för resterande riskgrupper, vilket resulterade i att patienterna inte trodde att de tillhörde någon riskgrupp. Riskgruppspatienter har fått en ökad förståelse om virusets smittvägar och använder munskydd på ett korrekt sätt.

Slutsats

Studiedeltagarna har en varierande erfarenhet kring munskydd men de önskade strängare rekommendationer kring munskyddsanvändning, baserat på deras upplevelser kring munskydd samt deras goda kunskaper om munskyddets nytta på individ och samhällsnivå.

ABSTRACT

Title: Risk group patients' knowledge and experiences of masks during the covid pandemic.

Author: Holgersson Zoja

Dept./School: Department of Public Health, School of Health Sciences, University of Skövde

Course: Master Degree Project in Public Health Science: Infection Prevention and Control A1E, 15 ECTS

Supervisor: Maivorsdotter Ninitha

Examiner: Dalal Koustuv

Keywords: health information, mask, experiences, knowledge, risk group patients

Abstract

Introduction

Pandemics threaten public health and can have serious consequences at the individual and population level. Face masks are seen as a preventive measure to protect one's own health and prevent the spread of infection to other people in society. Patients in the risk group were good citizens and showed good compliance with mouth protection use and social distancing.

Aim

To investigate risk group patients' knowledge and experiences of use and health information about mouth protection during the Covid 19 pandemic in Sweden.

Methods

A qualitative method was used, and the data collection was carried out through semi-structured telephone interviews. The participants (n=7) were risk group patients of Swedish origin and used mouth protection during the covid pandemic. Qualitative content analysis was used according to Graneheim & Lundman (2004) to analyze the data. Theme identification was carried out according to Nutbeam's (2000) description of three dimensions of health literacy.

Results

The study participants have varying experiences regarding face masks use. During the covid pandemic, many members of the public did not use masks, resulting in at-risk groups feeling singled out when wearing masks. This gave rise to negative feelings. They also experienced fears when they were around people who did not wear masks. Wearing the mask made communication with the environment difficult. At-risk groups that were prioritized by authorities were the groups that ran the greatest risk of being affected by a serious disease development from covid-19. According to the study participants belief there was no information for the remaining at-risk groups available, which resulted in the patients not believing that they belonged to any risk group. Risk group patients have gained an increased understanding of the virus's transmission routes and use mouth protection correctly.

Conclusion

This study strengthens the perception of the study participants' mixed physical and psychological experiences related to face masks use. The study participants' desire for stricter recommendations regarding face masks use is due to their experiences with face masks and their good knowledge of the benefits of face masks on an individual and societal level.

INNEHÅLLSFÖRTECKNING

1	INTRODUKTION	1
1.1	Pandemi i Sverige	1
1.2	Riskgruppspatienter och rekommendation kring munskydd	2
1.3	Forskningsläge	3
1.3.1	Patienters upplevelser av munskydd	3
1.3.2	Patienters upplevelser av hälsoinformation	4
1.3.3	Digital hälsoinformation	5
1.3.4	Health literacy som teoretisk referensram	6
1.4	Folkhälsovetenskaplig relevans	6
1.4.1	Hållbar utveckling och det digitaliserade samhället	7
1.5	Problemformulering	8
2	SYFTE	9
3	METOD	10
3.1	Studiepopulation	10
3.2	Urval	10
3.2.1	Författarens förförståelse	10
3.3	Datainsamling	10
3.3.1	Pilotintervju	11
3.4	Analys	11
3.5	Etiska överväganden	13
3.6	Känslomässiga upplevelser av munskydd	14
3.7	Munskydd skapar kommunikationssvårigheter	14
3.8	Munskydd som social distansering	16
3.9	Munskydd som rekommendation under covidpandemin	16
3.10	Patienters upplevelser av riskgrupp	18
3.11	Vägen till och kunskap om munskydd	19
4	DISKUSSION	23
4.1	Resultatdiskussion	23
4.1.1	Patientens förståelse och användning av hälsoinformation i förhållande till sin egen och omgivningens hälsosituation	23
4.1.2	Patienters olika upplevelser om användning av munskydd	25
4.2	Metoddiskussion	26

4.3	Framåtblick	27
4.4	Slutsats	28
5	REFERENSER	29
6	Bilagor	36
6.1	Bilaga 1. Intervjufrågor.....	36
6.2	Bilaga 2. Affisch visar vi hur du använder munskydd på ett korrekt sätt.	37
6.3	Bilaga 3. Hälsodeklaration vid vaccination.....	38

1 INTRODUCTION

1.1 Pandemi i Sverige

Ett nytt coronavirus SARS-COV-2 uppkom i Wuhan i Kina i december 2019. Virusets förmåga att sprida sig snabbt och den 11 mars 2020 utropade världshälsoorganisationen (WHO) en global pandemi. Erfarenheter från föregående pandemier visar att pandemier hotar folkhälsan och ger allvarliga konsekvenser på individ och befolkningsnivå. Det ställs höga krav på politiska åtgärder och strategier för att förhindra smittspridningen i samhället. Snabba och evidensbaserade åtgärder från hälsomyndigheter och regeringen är avgörande för att minska dödligheten, smittspridningen och skydda utsatta grupper i samhället (Andersen et al., 2022).

Våren 2020 drabbades även Sverige av pandemin med stor spridning och landet har haft fyra perioder med hög smittspridning och med ett stort antal sjukdoms- och dödsfall. Virusets SARS-COV-2 har förändrats och nya omikronvarianter har fått stor spridning och orsakat mindre sjuklighet men det finns fortfarande risk för allvarlig sjukdom (Folkhälsomyndigheten, 2022a).

Det första fallet av covid-19 bekräftades i Sverige den 31 januari och sannolikheten för smittspridningsrisken bland befolkningen bedömdes låg trots att regeringen klassificerade coronaviruset som en allmänfarlig sjukdom. Alla resenärer från Hubei-provinsen i Kina uppmanades att vara uppmärksamma på symptom efter hemkomst till Sverige. Den andra mars år 2020 höjdes risknivå till måttligt och ytterligare åtgärder infördes riktades mot individer som varit i Iran, Sydkorea och Italien. Smittspårning och testning utfördes på dessa individer. Den 10:e mars ökade smittspridningsrisknivån till mycket hög och då ökades informationsspridningen om covid-19. Smittskyddsåtgärder infördes för att förhindra smittspridning från internationella sjukdomsbärare till individer som tillhör riskgrupper (Andersen et al., 2022).

Allmänheten uppmanades att följa rekommendationer som att stanna hemma om man har influensasymptom, att undvika onödiga besök på sjukhus, tvätta händerna med tvål och vatten, social distansering, undvika trängsel och icke nödvändiga resor. Den första april år 2020 infördes besöksförbud och testning på vårdenheter samt boenden för att skydda riskgruppspatienter och gravida. Arbetet med att skydda äldre fram till i mitten av april 2021 misslyckades och detta berodde på brist på kunskap om hygien, covidinfektion och att sjuka individer befann sig med friska, det vill säga ingen isolering och inget besöksförbud infördes. Sveriges skyddsstrategier under covidpandemin fokuseras mer på rekommendationer genom att motivera allmänheten att frivilligt modifiera sina beteende med stegvisa åtgärder. Den svenska strategin var att minimera dödlighet och sjuklighet i den svenska befolkningen (Andersen et al., 2022).

Studien av Andersen et al, (2022) visar att den svenska befolkningen har ett stort förtroende för regeringen och myndigheter vilket leder till hög efterlevnad av rekommendationer och restriktioner. Statens och myndigheternas inflyttande via smittskyddsåtgärder beror också på individens vilja att följa restriktioner och rekommendationer. Smittskyddsstrategier passar inte alla beroende landets kulturella inriktning, sjukvårdens kapacitet samt miljöbegränsningar. Förtroende för regeringen är en viktig faktor för efterlevnad av folkhälsopolitiken.

1.2 Riskgruppspatienter och rekommendation kring munskydd

Individens risk ses som en funktion av en eller flera riskfaktorer. Många riskfaktorer hos samma individ resulterar i individens risknivå ökar. Ett bestämt antal tillstånd kan kategoriseras som större risk eller mindre risk. Välbehandlade kroniska sjukdomar ökar inte risken för ett allvarligt sjukdomsförlopp men för individer med en högre svårighetsgrad av en kronisk sjukdom så ökas risken för ett allvarligt sjukdomsförlopp och död (Socialstyrelsen, 2021).

Socialstyrelsen (2020) har identifierat riskgrupper som löper större risk att drabbas av ett allvarligt sjukdomsförlopp och dödsfall vid insjuknande i covid-19. De riskgrupperna är individer i åldern 18–67 år med vissa kroniska sjukdomar och andra underliggande sjukdomar. Högre ålder från 60 år ökar prevalensen av kroniska sjukdomar och därmed att drabbas av ett allvarligt sjukdomsförlopp. Cancersjuka i vissa situationer, hjärt-kärlsjukdomar, hypertoni, diabetes med komplikation i minst ett organsystem, nedsatt njurfunktion, kroniska lung- och leversjukdomar, fetma med BMI 40 och över, neurologiska sjukdomar med påverkan på andningsfunktion, genomgången transplantation med immunmodulerande behandling, binjurebarkssvikt samt annat allvarligt tillstånd som ökar mottaglighet för SARS-COV-2. Socialstyrelsen (2021) har uppdaterat sammanställningen över de riskgrupper som löper störst risk att drabbas av allvarlig sjukdomsutveckling vid covid-19 och lagt till andra grupper med immunbristtillstånd, intellektuell funktionsnedsättning, graviditetsvecka 20+0, Down syndrom, schizofreni eller bipolär sjukdom och stroke.

Coronaviruset SARS-CoV-2 har förändrat livet för människor över hela världen inklusive individer med kroniska sjukdomar, bland annat med autoimmuna reumatiska sjukdomar (AIRDs). En studie av Gaur et al., (2021) visar att individer med AIRD har en högre risk för SARS-CoV-2 infektion relaterat till nedsatt immunförsvar, aktiv sjukdom, immunsuppressiva läkemedel samt flera komorbiditeter. Studier visar att det även finns en ökad risk för dödlighet på sjukhus hos patienter med kroniska sjukdomar (Chen et al., 2022a). Infektionskänsligheten ökar hos individer med högdosbehandling eller långtidsbehandling med kortison, antikroppsbehandling riktad mot B-celler eller andra läkemedel som ökar infektionskänsligheten (Socialstyrelsen, 2021).

Under covidpandemin infördes många regler för att skydda folkhälsan och en av dessa är användningen av munskydd. Olika smittskyddsåtgärder infördes i olika länder men även inom länder. Flera länder avråder att använda munskydd på grund av brist på evidens för munskyddens effektivitet, begränsad tillgång till munskydd och oron för minskad efterlevnad av andra åtgärder. Munskydd har olika social betydelse i olika länder. I vissa länder kan man uppfattas som paranoid om munskydd bärs. Att bära munskydd kan uppfattas som om man tillhör en riskgrupp eller att man försöker vara en god medborgare genom följsamhet av rekommendationer. Befolkningens förebyggande beteende har förändrats i samband med pandemin samt förtroendet för regeringen. Förtroendet är viktigt eftersom ett ökat förtroende leder till att befolkningens förebyggande beteende stärks. Det finns ett samband för minskad munskyddsanvändning och avsaknad av regler för munskyddsanvändning eller tydlighet i rekommendationer. Användning av munskydd är ekonomisk billigt i jämfört med andra smittskyddsåtgärder och kan vara skäl till att använda munskydd som smittskyddsåtgärd (Wismans et al.,2022).

Frågan hur mycket munskydd skyddar är kontroversiell och uppfattningar skiljer sig mellan olika länder. Hur mycket munskyddet hindrar smittspridning är okänt, men flera länder har ändå infört rekommendation att bära munskydd i kollektivtrafiken, i affärer. I Sverige följer

man rekommendationer att bära munskydd men munskydd ses som komplement utöver andra smittskyddsåtgärder (Holmberg, 2020). Studier visat att det finns akut behov att systematiskt utvärdera effektiviteten av att bära munskydd för att kunna skydda befolkningens hälsa från covid-19. Världshälsoorganisationen (WHO, 2020) rekommenderar munskydd som en övergripande strategi för att minska smittspridningen (Li et al., 2021).

Med anledning av covid-19 rekommenderar Region Stockholm Source Control att bäraren skyddar personer i sin omgivning mot covid-19 vid eventuell asymtomatisk infektion. Verksamheter där vård sker med patienter som tillhör riskgruppen, av bland annat immun suppresserade patienter, så rekommenderas kirurgiskt munskydd IIR kontinuerligt för personal och det finns en kvarstående rekommendation för riskgruppspatienter att bära munskydd under vårdbesöket (Region Stockholm, 2022). Det är svårt att upprätthålla den sociala distanseringen på vårdinrättningar och riskgruppspatienter uppmanas att använda munskydd.

Det finns olika standarder för munskydd och de varierar i tjocklek och permeabilitet. Studier visar att andningsskydd N95 skyddar från aerosol smitta och det kirurgiska munskyddet IIR skyddar mot droppsmitta (Li et al., 2021). En studie av Zhang & Wang (2021) visar att hålla avstånd inte är tillräckligt för att förhindra exponeringen av aerosol inomhus utan att munskyddsanvändning krävs. Att ha kontroll över spridningen av SARS-COV-2 så krävs det en omfattande förståelse för virusets smittvägar och patogenes. Den huvudsakliga smittvägsöverföringen sker genom droppsmitta. Andra smittvägar är genom aerosol samt både direkt och indirekt kontaktsmitta. Infektionsrisken via aerosol kan öka om exponerade individer vistas inomhus under länge perioder och förväntade antal smittade fall ökas om ett stort antal individer exponeras. Det är viktigt att vidta försiktighetsåtgärder när det finns risk för aerosolöverföring. Risken för infektion genom aerosol är betydligt lägre än risken av nära kontakt men det behövs försiktighetsåtgärder för att undvika den potentiella risken för aerosolöverföring med lång exponeringstid inomhus. På vårdinrättningar är ventilationsgraden högre vilket minskar infektionsrisken (Li et al., 2021).

Enligt Folkhälsomyndigheten är det viktigt att använda rätt sorts av munskydd, det vill säga CE-märkta engångsmunskydd som uppfyller i standarden SS-EN14683:2019 och att munskyddet bärs på rätt sätt. Det finns generella råd för allmänheten om korrekt användning av munskydd på en affisch som är utgiven 2020 av Folkhälsomyndigheten (Folkhälsomyndigheten, 2022b).

1.3 Forskningsläge

1.3.1 Patienters upplevelser av munskydd

En studie av Amin et al., (2022) beskriver de negativa upplevelsorna av att bära munskydd under covidpandemin. De flesta blev andfådda och behovet av att andas hårdare med både näsan och munnen ökade. De som bär munskydd under länge tid får svettningar runt munnen och näsan samt klåda oavsett vilken typ av munskydd man bär. Varm utandningsluft kommer uppåt och framkallar imma på glasögon hos de individer som bär glasögon. Tättsittande munskydd orsakar irritation, obehag och en obekvämlig känsla. Långtidsbärande munskydd kan orsaka utslag i ansiktet. Munskydd som bärs under flera timmar i sträck kan orsaka hypoxi, vilket påverkar hälsan negativt. En timmes bärande av kirurgiskt munskydd höjer pulsfrekvensen. De flesta patienter som har burit N95 masker under hemodialys fick hypoxi. Djupandningsövningar och lärande av korrekt och regelbunden andning minskar hälsorisker och hjälper att anpassa kroppen till förändringar i syretillgången.

En studie av Bolt et al., (2022) visar att social distansering och munskydd minskar

smittspridningen i samhället. Munskydd är inte alltid bekvämt att bära på grund av andningsbesvär. Användning av munskydd minskar även spridningen av andra luftburna sjukdomar som ger förkylningar, bronkit och influensa. Efterlevnad av användning av munskydd och social distansering har minskat hos allmänheten efter vaccinationer mot covid-19. Munskydd används mest på läkarmottagningar och i kollektivtrafiken där man inte kan hålla avstånd.

Att bära ett munskydd anses vara effektivt för att minska smittspridningen genom att minimera virusöverföringen och är en förebyggande åtgärd för att förhindra asymtomatiska virusbärare att sprida viruset (Kim et al., 2022b). Munskydd är ett nödvändigt skyddsredskap mot andra virustyper och används fortfarande under pågående pandemi och bidrar till ett förändrat hälsobeteende hos befolkningen. En studie av Kim et al., (2022b) visar att den asiatiska befolkningen känner sig mer bekväm med att använda munskydd och är mer villiga att använda munskydd än befolkningen i USA. Inte alla bland befolkningen i USA kan använda munskydd på ett korrekt sätt eller bär inte munskydd överhuvudtaget.

Användning av munskydd ses som en förebyggande åtgärd för att skydda sin egen hälsa och är inte effektivt när endast ett fåtal personer bär munskydd. Det krävs att majoriteten av befolkningen deltar i detta. Munskydd är inte bara för att skydda personlig hälsa men förhindrar även smittspridning i samhället. Användning av munskydd har varit en förebyggande åtgärd under pandemin men vissa personer bär inte munskydd på rätt sätt, vilket kan leda till att andra luftvägsinfektioner kan uppstå. En studie visar att personlig övertygelse samt inflytande från omgivningen ökar munskyddsanvändningen, exempelvis den upplevda hälsooron, andra människors åsikter och efterlevnad av allmän ordning. Covidpandemin har pågått under en lång tid och folk har blivit trötta på att använda munskydd och blir mindre oroliga rörande de potentiella följderna av covid-19 (Kim et al., 2022a).

De flesta riskgruppspatienter är medvetna om att bära munskydd som en effektiv åtgärd att förebygga infektioner och är villiga att fortsätta använda munskydd. Riskgruppspatienter rapporterade en god efterlevnad av munskyddsanvändning och social distansering. Då vaccinationseffekten mot de nuvarande omikronvarianterna är begränsade varnas patienter att de kan drabbas av ett allvarligt sjukdomsförlopp av covid-19. Patienter är fortfarande positiva till att använda munskydd och hålla avstånd. Studieresultat indikerar att munskyddsanvändning hos både patienter och vårdpersonal i vårdmiljöer ska fortsättas för att stödja riskgruppspatienter (Bolt et al., 2022).

1.3.2 Patienters upplevelser av hälsoinformation

Baker et al., (1996) beskriver att hälsoinformationen som ges till patienter lätt kan missförstås trots att hälso- och sjukvårdspersonalen antar att den hälsoinformationen som ges till patienter är lätt att förstå. Patientens låga hälsokunskaper är den vanligaste orsaken till att missförstå hälsoinformation. Även för personer med god läskunnighet kan det vara en utmaning att förstå hälsoinformation. Patientens dåliga kommunikationsförmåga beror sällan på brist på intelligens, snarare brist på färdigheter. Färdigheter kan man utveckla men det behövs möjligheter för detta. Studier har visat att patienter förstår ungefär hälften av verbal hälsoinformation som de erhåller. Verbal hälsoinformation bör kompletteras med lättläst skriftlig information, gärna även innehållande illustrationer (Cornett, 2009). Människors låga hälsokunskaper leder till att de blir mindre lyhörda för hälsoutbildningar och att de använder förebyggande åtgärder i mindre utsträckning (Kino & Kawachi, 2020).

Hälsokunskap ses som en av de sociala bestämningsfaktorerna för hälsa och det krävs individuella insatser för att öka personliga förmågor i olika miljöer såsom vårdinrättningar och samhället (Nutbeam & Lioyd, 2021). Politiskt stöd och systematiskt tillvägagångssätt

utvecklar hälsokompetens på alla nivåer. Hälsoorganisationer är ansvariga att främja hälsokompetens genom tjänster och information och med rättvis tillgång av information till människor med olika behov av hälsokompetens (Trezona et al., 2017). Studier visar att hälsokunskaper hos vårdpersonalen och deras lyhördhet spelar en avgörande roll för att hjälpa människor att förstå sin hälsa (Wittenberg et al., 2018; Sorensen et al., 2021).

Låg hälsokompetens uppskattas som en potentiell riskfaktor och de åtgärder som satts in i relation till hälsokompetens har i första hand varit målinriktade i syfte att minska de relaterade riskerna för sämre hälsa. Det är nödvändigt att förenkla hälsoinformation men inte tillräckligt för att uppnå patientens aktiva deltagande i beslutsfattandet (Muscat et al., 2020). Information om covid-19 är viktigt att leverera till befolkningen på ett övertygande sätt för att öka patientens förtroende för vården (Chen et al., 2022b). Patientens delaktighet i beslutsfattande är viktigt och bör ske i sammanhang där patienter förstår vad involveringen innebär. Att stödja patientens egenmakt, kontroll och egen förmåga leder till att de värdesätter autonomi och deltar i att fatta hälsobeslut (Muscat et al., 2020).

Studie av Yu et al., (2022) visar att riskgruppspatienters förebyggande beteende, som att bära munskydd eller undvikande beteende, som att undvika trängsel, beror på hur de förstår riskerna med att insjukna i covid-19. Patienter som litar på informell information från sociala medier och bekantskapskrets är mer benägna att använda munskydd och upplever risken som hög att insjukna i covid-19. Patienter som litar på formell information från myndigheter har lägre upplevd risk att insjukna i covid-19.

Om patienter upplever att de har en hög nivå av risk (att drabbas av covid-19) så kommer det att framkalla oro hos dem men också påverka deras beteende, som exempelvis att hålla avstånd eller bära munskydd. De flesta riskgruppspatienter har störst förtroende för formella källor, såsom regeringen och hälsomyndigheter samt har mindre förtroende för informella källor, såsom exempelvis familj, vänner och sociala medier (Yu et al., 2022).

1.3.3 Digital hälsoinformation

Under covidpandemin ställs allmänheten inför ett överflöd av digital information, som leder till att många individer har svårigheter att förstå och agera utifrån den hälsoinformation som finns vid den tidpunkt när de behöver informationen som mest. Hälsoinformation är ett viktigt verktyg inom folkhälsan, som uppmuntrar individer att ändra sina beteenden och utveckla hållbara färdigheter, vilket förbättrar hälsan på individ och befolkningsnivå (Nutbeam, 2021). Överflödiga infodemi om covid-19 från digitala kanaler skapade rädsla och förvirring bland allmänheten. Människor drogs till konspirationsteorier på grund sina känslomässiga fördomar. Studien visar att människor som får sina kunskaper från digitala kanaler är mer benägna att tro på konspirationsteorier. Människor som har påverkats av negativa upplevelser är mer benägna att hamna i felinformerade grupper (Cheng & Nishikawa, 2022).

En studie av Kor et al., (2021) visar att mindre än femtio procent av befolkningen är nöjda med digital hälsoinformation om covid-19. Tjugo procent av befolkningen som deltog i studien har minst en kronisk sjukdom. För personer med kroniska sjukdomar är digital hälsokompetens en viktig faktor för informationstillfredsställelse för att de är medvetna om risker för sjuklighet, komplikationer och dödlighet. En mycket stor andel, 94 procent, av sjukhuspatienter som diagnostiserats med Covid-19 har minst en samsjuklighet. Enligt Davin (2003) inhämtas information av individer många gånger från medier för att fatta beslut som rör den egna hälsan. Individen behöver besitta ett mediekritiskt perspektiv, känna till deras uppgift, produktionsvillkor och mekanismer för att kunna bedöma mediernas innehåll och besluta om goda och informerade beslut om sin hälsa. Carlsson (2003) kallar denna kunskap som "medialiteracy" eller medie- och informationskunnighet (MIK). Människor har mycket

att vinna genom att utöka sin medialiteracy. Potter et al., (2008) betonar att var och en i det vardagliga mötet med medierna utvecklar strategier för informationsinhämtning och tolkning. Erfarenheter och kunskap som individen har med sig i mötet med medierna ger varierande medie- och informationskunnighet hos befolkningen (Ringsberg et al., 2014). Studier visar att människor har blivit medvetna att munskyddet minskar smittspridningen i samhället. Genom media, digitala kanaler och tidningar ökades människors medvetande om munskyddseffektivitet (Amin et al., 2022).

1.3.4 Health literacy som teoretisk referensram

Baserat på forskning kring behovet av hälsoinformation så väljs health literacy som teoretisk referensram i examenarbetet. Nutbeam et al., (2018) beskriver health literacy som en process med utveckling av färdigheter som möjliggör för människor att uppmärksamma, begripa, överväga och bruka information för att kunna påverka sin hälsa. En betydelsefull strategi för att möjliggöra hälsa är att garantera tillgänglighet till hälsoinformation och stötta individens förmåga att utföra goda livs- och hälsoval. Health literacy beskriver människors kunskap och kompetens att möta de komplexa kraven på hälsa och har en ökad betydelse inom folkhälsan och hälso- och sjukvården. Från en rapport från Institute of Medicine framgår att hälften av den amerikanska vuxna befolkningen har svårigheter att ta in hälsoinformationen utifrån. Rapporten definierar hälsokunskaper som fokus på individuella färdigheter att få tillgång, bedöma och förstå hälsoinformation för att fatta lämpliga hälsobeslut. Health Literacy ses som samspelet mellan individens färdigheter och krav från sociala system (Sørensen, 2012).

Nutbeam (2000) beskriver tre dimensioner av health literacy som; funktionell, kommunikativ och kritisk health literacy. Den grundläggande förmågan att kunna läsa och skriva för att inhämta hälsokunskap och för att kunna fungera vardagligt utgör basen i funktionell health literacy. Att kunna omsätta den inhämtade kunskapen i olika sammanhang till praktisk betydelse innebär interaktiv health literacy. Kritisk health literacy utgör inte bara att kunna kritisk reflektera över hälsoinformation men också kunna stärka kontrollen över den egna hälsan genom att använda hälsokunskapen i relation till sin egen och omgivningens hälsosituation. Kritisk health literacy stärker individens empowerment och ger möjligheter till individer att genomföra individuella förändringar som påverkar hälsan.

Genom att förbättra människors tillgång till hälsoinformation och deras förmåga att använda den på ett effektivt sätt, är health literacy avgörande för att få egenmakt. För att främja ett större oberoende i hälsobeslutsfattande och bemyndigande bland individer och samhällen så kommer det att behövas en mer sofistikerad förståelse för utbildningens betydelse. Detta kan uppnå genom politiska åtgärder och ansträngningar för att säkerställa att innehållet i hälsokommunikationen fokuserar inte bara på personlig hälsa utan också på hälsans sociala bestämningsfaktorer (Nutbeam, 2008).

1.4 Folkhälsovetenskaplig relevans

Folkhälsoarbete innebär hälsofrämjande och förebyggande åtgärder som görs på ett systematiskt sätt för att förbättra folkhälsan där samhällets samlade åtgärder ger förutsättningar för hälsa. Health promotion används som beteckning på det arbete som syftar att stärka den enskildes förmåga att kontrollera sin situation och med detta sin hälsa genom systematiska, sjukdomsförebyggande och hälsofrämjande åtgärder (Andersson, 2021).

Befolkningens hälsotillstånd och dess förändringar samt fördelningar som påverkar hälsoutvecklingen och klyftorna i hälsa mellan olika grupper i samhället studeras av folkhälsovetenskapen (Holmberg, 2020). En grundläggande förutsättning för människors

möjlighet att nå sin fulla potential och delta till samhällets utveckling är en god hälsa. Individens hälsa oberoende av åldern påverkas av ekonomiska, ekologiska och sociala komponenter, vilket beskriver mål 3 i Agenda 2030. Effektiv vård för alla individer gagnar samhällets utveckling i stort och grundar förutsättningar för individens grundläggande rättigheter till välbefinnande (Regeringskansliet, u.å.a). Riskgruppspatienter var mer sårbara under covidpandemin och det är således extra viktigt med förebyggande insatser för en god hälsa.

Att minska ojämlikheten inom och mellan länder beskrivs i mål 10 i Agenda 2030. Ett jämlikt samhälle grundas på principen om allas lika rättigheter, en rättvis fördelning av resurser samt både ekonomiskt och politisk inflytande i samhället. Ojämlikhet innefattar skillnader i tillgång, förutsättningar, resurser och förmåga att bidra till och bibehålla potentiella möjligheter till utveckling (Regeringskansliet, u.å.b). För att minska ojämlikheten i hälsa kan hälso- och sjukvårdspersonal fokusera en del av sitt arbete mot hälsofrämjande aktiviteter (Ringsberg et al., 2014). Det ger människor en potential att förbättra och kontrollera sin egen hälsa (Wramner et al., 2017). En del av ett sådant hälsofrämjande arbete kan vara att sjukvårdspersonal ger riskgruppspatienter ökad kunskap om munskydd.

Strategier för att hindra eller milda effekterna av framtida pandemier innebär olika former av logik för att intervensera i framtiden. Den förebyggande logiken har sina rötter i det traditionella folkhälsoarbetet och folkhälsovetenskapen och som styrs av en biomedicinsk rationalitet. Den formaliserade försiktighetsprincipen innebär att man vidtar åtgärder för att förhindra skada om det finns möjlighet som hjälper, även om det inte finns evidens. På så sätt skulle man tidigt i pandemin kunna argumentera för en munskyddsrekommendation i Sverige, enligt nämnda försiktighetsprincip, vilket dock inte gjordes i Sverige men väl i andra flera länder.

Primärpreventivt arbete utgörs av smittskydd som exempelvis hygienarbete, massvaccination eller personliga skyddsåtgärder. Den förberedande logiken bygger på en beredskap inför kommande möjliga eller oförutsägbara katastrofer och som utgår från tidigare erfarenheter av katastrofer. Den beredskapslogiken syftar att lindra utfallet och primärt ta hand om sårbara grupper. Den tredje föregripande logiken syftar att forma om verkligheten för att förhindra framtida möjliga olyckor och det vidtas förhindrade åtgärder mot hot redan innan de blir aktuella (Holmberg, 2020).

Inom folkhälsoarbetet finns det många aktörer som statliga, regionala och lokala myndigheter. En viktig uppgift för folkhälsomyndigheten är att prioritera de mest relevanta folkhälsofrågorna och röja undan de hinder som finns för att hela befolkningen ska ha en god hälsa. Folkhälsomyndigheten ansvarar för utvecklingen av folkhälsan och dess bestämningsfaktorer som utgår från de elva nationella målområdena. Genom lagstiftningen försöker riksdagen att påverka samhällsutvecklingen på ett hälsofrämjande sätt (Wramner et al., 2017).

En av de viktiga uppgifterna vid planering av breda folkhälsoinsatser är att konkret beskriva samt komma överens om olika aktörers ansvar och roller. Delaktighet och empowerment är grundläggande för folkhälsoarbetet. Att minska ojämlikhet i hälsa genom att skapa utrymme för utsatta grupper syftar till att minska hälsoklyftorna (Wramner et al., 2017).

1.4.1 Hållbar utveckling och det digitaliserade samhället

Agenda 2030 omfattar 17 globala mål för hållbar utveckling och är en handlingsplan för förändring till ett hållbart samhälle för människorna, planeten och välståndet (Regeringskansliet, u.å.c).

En hållbar utveckling bygger på en långsiktighet och helhetssyn samt hälsofrämjande insatser (Smith et al., 2006).

Användning av munskydd är en förebyggande åtgärd under covidpandemin och är en väsentlig åtgärd i hälsofrämjande arbetet för att uppnå målet *God hälsa och välbefinnande* i Agenda 2030. Kunskap om munskydd stärker individens och befolkningens health literacy och bidrar till att minska den sociala ojämlikheten i hälsa för att uppnå målet *Minskad ojämlikhet* i Agenda 2030. Enligt Världshälsoorganisationen (WHO, 1998) kan mass- och multimedier vara värdefulla redskap för att sprida hälsoinformation till allmänheten samt öka medvetenhet om särskilda aspekter av individuell och population hälsa (Ringsberg et al., 2014).

En av de vägledande principerna i WHO:s globala strategi för digitala hälsa 2020–2025 är att underlätta användning av digitala teknik och på ett sådant sätt säkerställa digital hälsa. Digital hälsa karakteriseras med lika möjligheter för individer att dra nytta av kunskap samt utveckling av att använda digital teknik för att förbättra hälsan. För att uppnå digital jämlikhet i hälsa krävs det att identifiera de faktorer som hindrar de utsatta grupperna att få nytta av digitala hälsotjänster, särskilt under covidpandemin (Kaihlanen et al., 2022).

1.5 Problemformulering

Enligt Nutbeam (2008) skall begreppet health literacy ses som det fokus patienterna har för att kunna förstå och utnyttja information om sjukdomar och läkemedel samt kunna orientera sig i hälso- och sjukvården. I ett hälsofrämjande kontext ses begreppet health literacy som en tillgång, där fokus ligger på vilka faktorer som bestämmer hälsa och vad individen kan göra för att utveckla och använda sin health literacy för att påverka hälsan.

The Solid Facts (WHO,2013) beskriver health literacy som ett kontextspecifikt fenomen som utvecklats i gränssnittet mellan de miljöer som individer finns i, och professionella, som utvecklar policy och program för health literacy. De professionella genomför även utbildning och kommunikation om hälsa inom hälso- och sjukvården.

Problemområdet syftar till att beskriva hur patienter förstår och använder hälsoinformation om munskydd på olika sätt, beroende de upplevelser och den kunskap som patienterna besitter. Dessa upplevelser och kunskap kommer att kartläggas och undersökas för att bidra till en diskussion kring att stärka och utveckla patientens health literacy. Examenarbetet inom folkhälsovetenskap, med inriktning smittskydd och vårdhygien, avser att bidra med kunskap för preventivt arbete kring munskyddsanvändning för patienter som tillhör riskgruppen, det vill säga patienter med kroniska sjukdomar. Ansvar att följa myndigheternas rekommendationer ligger på var och en i samhället men hur upplever riskgruppspatienter munskydd och vilken kunskap har de kring munskydd under pågående covidpandemi?

2 SYFTE

Att undersöka riskgruppspatienters kunskap och upplevelser av användning och hälsoinformation om munskydd under Covid 19-pandemin i Sverige.

3 METOD

3.1 Studiepopulation

Studiedeltagare var patienter som tillhörde en riskgrupp, dvs hade en kronisk sjukdom med liknande sjukdomsbild och från en specialistmottagning i en stor stad i Sverige. Studien inkluderade 7 icke slumpmässigt valda patienter, både män och kvinnor, i åldern mellan 55–75 år.

3.2 Urval

Ett strategiskt urval användes i studien. Intervjupersonerna hade mycket att berätta om forskningsfrågan. Valet av studiedeltagare bestäms utifrån studiens syfte. De som utgör urvalet delar vissa karakteristika (Forsberg & Wengström, 2008). Studiedeltagarna tillhörde en riskgrupp, hade liknande sjukdomsbild, var av svenskt ursprung och använde munskydd under covidpandemin. Författaren har en god vana att arbeta med riskgruppspatienter och då särskilt patientgruppen äldre människor.

Val av en enda miljö kan ge möjligheter att få en bättre inblick och en viss kontinuitet i studien (Ahrne & Svensson, 2015). Ett urval kan innebära att välja enheter som består av människor, miljöer och tidpunkter, som kan vara användbart för andra liknande situationer (Forsberg & Wengström, 2008). Val av studiepatienter skedde vid de ordinarie mötena när författaren träffade patienterna i sitt arbete och när det fanns en ömsesidig uppskattning mellan författaren och patienten.

3.2.1 Författarens förförståelse

Författaren har förvärvat goda kunskaper om äldre personer genom en lång erfarenhet från en akut geriatrisk klinik. Författaren möter dessutom i sitt nuvarande arbete patienter som ingår i riskgrupp och genomför bland annat patientutbildningar, bedömer patienters status samt samtalar med denna patientgrupp. Författaren har en yrkesmässig relation med studiedeltagarna.

3.3 Datainsamling

En kvalitativ empirisk studie genomfördes baserat på semistrukturerade individuella djupintervjuer för att samla in datamaterial. Denna typ av intervjuer kan ge information om personliga känslor och funderingar och intervjuaren måste kunna hantera personliga aspekter, som kommer fram genom att skydda den intervjuade och dess position i en social grupp (Ahrne & Svensson, 2015). Data samlades in med hjälp av en semistrukturerad intervjuguide (se bilaga 1). Studiedeltagare befann sig i en avslappnad miljö i hemmet under intervjuerna. Enligt Forsberg et al., (2008) genomförs semistrukturerade intervjuer med en friare struktur inom de ämnesområden som ska ingå. Under intervjun bestämmer intervjuaren på vilket sätt och i vilken ordning frågorna ställs (Fejes & Thorneberg, 2019). Efter skriftliga samtycken från studiedeltagarna bokades studiedeltagare in en och en för en telefonintervju. De individuella intervjuerna genomfördes via telefon mellan den 30:e september och 8:e oktober år 2022. Längden på samtalen var mellan cirka 30 och 60 minuter. Intervjuer spelades in på en diktafon. Transkriberande inspelningar resulterade i totalt 33 sidor av transkriberad text (Time New Roman teckenstorlek 12, radavstånd 1,5).

Kvalitativa forskningsintervjuer saknar ofta objektivitet, särskilt beroende på det mänskliga samspelet, som är en viktig del i en intervjusituation. Objektiviteten hos den kunskap som skapas genom samspelet i intervjun måste diskuteras med särskilda hänsyn till de olika frågorna om objektivitet och ämnet för den konkreta forskningen. Tre föreställningar om objektivitet föreligger: objektivitet som avsaknad av bias, som intersubjektiv kunskap och spegling av objektets namn. Med frågeställningen om avsaknad från bias hör en tillförlitlig kunskap som är undersökt och kontrollerad och är fri från personliga fördomar. Utifrån en common sense föreställning bedrivs en god, sann och hantverksskicklig forskning som ger en systematiskt kontrollerad och verifierad kunskap. Intervjuer *kan* vara en objektiv forskningsmetod, det vill säga är fri från bias. Frågeställningen om intersubjektiv kunskap är objektiv har varit dominerande inom samhällsvetenskaperna. Upprepade observationer av samma fenomen som har genomförts av olika observatörer bör ge samma vetenskapliga data men det finns ingen garanti för sanning. Dialogisk intersubjektivitet riktar sig på den enighet som uppstår genom en rationell dialog och ömsesidig kritik bland de som identifierar och förklarar ett fenomen (Kvale, 1997).

3.3.1 Pilotintervju

En pilotintervju genomfördes med en studiedeltagare för att säkerställa att intervjuguiden (se bilaga 1.) svarade rätt på studiens syfte och för att testa hur studiefrågor, materialval och analystekniken hänger ihop. Studiedeltagare visste inte att hen tillhörde någon riskgrupp, vilket resulterade i att intervjuguiden reviderades med ytterligare en fråga: ”*Är du en riskgruppspatient?*” Pilotintervjun bedömdes vara av tillräckligt god kvalitet för att ingå i studien.

3.4 Analys

Kvalitativ innehållsanalys används ofta inom omvårdnadsforskning. Kvalitativ innehållsanalys var lämplig att använda när data inhämtas från intervjuer. En intervju är oftast rik på ord som ger möjlighet att analysera manifest och beskrivande innehåll till kategorier (Lindgren et al., 2020). Enligt Forsberg & Wengström (2008) innebär manifest innehållsanalys en identifiering av meningsbärande enheter, kodning av kategorier, identifiering av centrala teman samt utveckling av modeller eller teorier. En manifest innehållsanalys användes i studien. Enligt Graneheim & Lundman (2004) kännetecknas innehållsanalys av att forskaren stegvis klassificerar data på ett systematiskt sätt och identifierar mönster och teman för att kunna beskriva specifika fenomen.

Den kvalitativa innehållsanalysen gjordes på den transkriberade texten. Under noggrann transkribering anonymiserades texten. Enligt Graneheim & Lundman (2004) skall den transkriberade texten läsas av intervjuaren flera gånger för att få en känsla av helhet. Texten delades sedan in i olika kategorier. Kategorisering gjordes på intervjuens innehåll och kring teoretiska kunskaper om ämnet. Ämnesområden var upplevelser och kunskap kring munskydd. Teman utgjordes av de tre dimensionerna av health literacy. Både ämnesområden och teman var förutbestämda innan intervjun genomfördes. Teman skapas på ett sätt för att länka underliggande betydelser tillsammans i kategorier (Graneheim & Lundman., 2004). Framgångsrik analys kräver att forskaren kan analysera och förenkla data till kategorierna, som på ett trovärdigt sätt speglar studieämnet. Datainnehåll granskas, kodas och identifieras i olika kategorier. Resultatet beskrivs av innehållet i kategorierna (Elo & Kyngäs, 2007). Flera kategorier ger mening åt fenomenet som studeras. Syftet med studien var att beskriva deltagarnas kunskap och upplevelser kring munskydd som sedan delades in i kategorier på en beskrivande nivå (Lindgren et al., 2020). Manifestets innehåll grupperades i teman bestående

av 102 meningsbärande enheter av funktionell dimension, 24 meningsbärande enheter av interaktiv dimension och 11 meningsbärande enheter av kritisk dimension. Inledningsvis identifierades 6 kategorier (se tabell 1) och därefter identifierades dimensioner av health literacy (funktionell, interaktiv och kritisk). Resultatet presenteras övergripande utifrån dimensionerna med utgångspunkt från kategorierna.

Tabell 1. Exempel på meningsenhet, meningskoncentrering, kod och kategori.

Meningsbärande enhet	Meningskoncentrering	Kod	Kategori
Det är svårare att prata med min pappa då. Han har svårt att höra vad jag säger när han inte ser munnen, så det blir annorlunda när man har masken på.	Barnen har svårigheter att prata med sina föräldrar som har nedsatt hörsel, för att föräldrar inte ser munnen.	Att prata med föräldrar som har nedsatt hörseln.	Munskydd skapar kommunikationssvårigheter
Jag skulle vilja att fler använder och jag står inte ensam med munskydd i trängsel.	Patienter vill att flera ska använda munskydd i trängsel för att de inte skall känna sig ensamma.	Ensamhetskänsla, när det få som använder munskydd	Känslomässiga upplevelser av munskydd
Om det blir hög smittspridningen, då ska jag använda munskydd och det ska finnas en rekommendation att använda munskydd.	När smittspridningen är hög använder patienter munskydd och de önskar att det ska finnas en rekommendation.	Rekommendation i samband med smittspridningen.	Munskydd som rekommendation
Jag vaccinerade mig mot influensa för att jag visste att jag en riskgruppspatient innan covid. det låter väldigt ologiskt att jag inte är riskgruppspatient nu.	Patienter vaccinerar sig mot influensa varje år innan pandemin och blir förvånade att höra att de inte är riskgruppspatienter nu.	Riskgruppspatient innan pandemin	Patienters upplevelser av riskgrupp
Munskyddet ger	Även om munskydd	Munskydd som	Munskydd som social

ändå signal om att hålla distans även det inte skyddar.	inte skyddar så ger den ändå signaler att hålla distans	distans	distansering
Jag skulle tro att de blåa skall vara utåt, det ger ett bättre skydd. Jag misstänkte att det var som en regnrock.	Patienter misstänker att den blåa sidan av munskyddet ger bättre skydd för att den liknar en regnrock	Patienter upptäckte rätt sida själva	Vägen till och kunskap om munskydd

3.5 Etiska överväganden

Risken med studien är att forskaren inte kan hålla undan sina tolkningar. Enligt den amerikanska sociologen Robert Mertons krav ska inte forskaren låta sig påverkas av tolkningar eller slutsatser som det saknas vetenskapliga belägg för eller undanhålla sådant som det finns belägg för (Vetenskapsrådet, 2017). Det finns en risk att forskaren inte håller vad som utlovats till studiepatienter, exempelvis brytande av sekretess, tystnadsplikt, anonymitet och integritet. Patienter har varierande bakgrund och erfarenhet vilket innebär att forskaren måste ha ett moraliskt ansvar för att inte kränka studiedeltagarna. Om forskaren riskerar att övertolka studien kan det påverka studiedeltagare på lång sikt. Nyttan med studien kan vara att generera kunskap kring en preventiv smittskyddsåtgärd, som användning av munskydd hos riskgruppspatienter (Ahrne & Svensson, 2015). Forskaren ska efterleva en god forskningsetik som innebär ett informerat samtycke, dvs forskaren skall informera om studien till studiedeltagare, anonymitet skall garanteras och att resultatet inte skall felutnyttjas, inte förvanskas eller fabricera data (Fejes & Thornberg, 2019). Intervjufrågorna och informationsbrev med samtycke skickades hem till studiedeltagarna efter patientens muntliga samtycke för att delta i studien. Patienterna informerades även om syftet kring intervjun och att de skulle få ta del av studieresultat. Uppgifter som godkänts genom patientens samtycke sparades i det färdiga arbetet. Övriga uppgifter raderades. Chefen på Akademiska Specialist Centrum informerades för godkännande av studien innan datainsamlingen påbörjades. Patienterna erbjöds och uppmanades att läsa studieresultatet innan den var helt färdigställd för att ge dem en möjlighet att korrigerat något som de uppgivit under intervjun men som inte korrekt speglats i studien. Information gavs till deltagarna om att deras personuppgifter kommer att anonymiseras samt att information kring studieresultatet inte ska felutnyttjas. En konfidentiell behandling av personuppgifter kring insamling, lagring och bearbetning av ljuduppgifter, gjordes i den kvalitativa studien. Studiedeltagarna var ett fåtal personer och ljuduppgifter kan därmed kopplas till fysisk person. Patientens kontaktuppgifter samlades in för att kunna genomföra intervjuerna. Intervjuer spelades in på en diktafon och ljudinspelningen raderades efter transkriberingen för att kunna säkerställa anonymitet. Diktafon med ljudinspelning förvarades inlåst i författarens skrivbord fram till dess att radering skedde. Transkriberat material anonymiserades och förvarades på författarens skyddade arbetsdator. Behandling av personuppgifter i Sverige bestäms av personuppgiftslagen (SFS 1998:204) och personuppgiftsförordningen (SFS 1998: 1191) (Vetenskapsrådet, 2017).

RESULTAT

3.6 Känsломässiga upplevelser av munskydd

I kategorin *känsломässiga upplevelsen av munskydd* har två dimensioner av health literacy, funktionell samt interaktiv dimension identifierats. I denna kategori innebär funktionell literacy att riskgruppspatienter ofta upplevde en ensamhetskänsla när de åkte i kollektivtrafiken då många resenärer inte hade munskydd på sig, särskilt i början av covidpandemin. Riskgruppspatienter önskade att många resenärer skulle använda munskydd för att de inte skulle känna sig ensamma i bärandet av munskydd. Riskgruppspatienter upplevde glädje när många resenärer använde munskydd samt en frustration när resenärer inte höll avstånd. Rädslor uppstod hos riskgruppspatienter när individer nyste, hostade och inte bar munskydd. Riskgruppspatienter som bar munskydd kände sig som spetälska för att de upplevde föraktfulla blickar från allmänheten när de bar munskydd. De riskgruppspatienter som inte bar munskydd upplevde att allmänheten såg på dem på ett dömande sätt.

”När jag kom till Ikea och jag inte hade munskyddet, folk bara tittar på mig som jag vore en idiot och då tänker jag om ni är så rädda att bli sjuka vad gör du på Ikea tänkte jag säga.”

Interaktiv dimension av health literacy innebär i den här kategorin att riskgruppspatienter uppmärksammade behovet av användning av munskydd på vårdinrättningar för att de var rädda för att bli smittade av covid-19.

”Jag sa till personalen att jag har munskydd och är infektionskänslig och använder munskydd i kollektiv trafiken. Varför säger ni inte till patienter att använda munskydd? Jag blir rädd att bli smittad igen.”

3.7 Munskydd skapar kommunikationssvårigheter

I kategorin *munskydd skapar kommunikationssvårigheter* har alla tre dimensioner av health literacy noterats, dvs både funktionell, interaktiv samt kritisk dimension. Inom den funktionella dimensionen så menade riskgruppspatienter att munskyddet begränsade deras ordval och att de uttryckte sig annorlunda när ansiktet var täckt av munskyddet. Exempelvis berättade riskgruppspatienter att de hade svårigheter med att kommunicera med sina föräldrar som har nedsatt hörsel då föräldrarna inte såg munnen och därmed inte kunde läsa läpparna.

”Det är svårare att prata med min pappa då. Han har svårt att höra vad jag säger när han inte ser munnen, så det blir annorlunda när man har masken på.”

Vidare menade riskgruppspatienter som hade nedsatt hörsel att de hade negativa upplevelser av munskydd för att nedsatt hörsel försvårade att läsa läpparna när munnen var täckt av munskyddet hos personen de pratade med.

”Jag har dåligt hörsel, när man inte ser munnen, det var bara en negativupplevelse alltihopa vad det gäller mask.”

Riskgruppspatienter uttryckte att det var svårt för dem att bli hörda av andra för att andningsluften stannade inne i munskyddet när de pratade samt att munskyddet gav imma på glasögonen vilket försvårade kommunikationen.

”Jag tyckte att det var jobbigt att ha imma på glasögonen, så jag drog ner munskyddet ner under näsan.”

Andningssvårigheter med munskydd, som var tillverkat av tyg blev snabbt ganska varmt och fuktigt. Munskydd av FFP2 modell satt tajt och gav upphov till slembildning, vilket försvårade kommunikation, var också något som riskgruppspatienter berättade om. Riskgruppspatienter menade även att munskydd orsakade andningssvårigheter, hudproblem och trycksår på öronen, vilket gjorde att de tvekade att besöka vårdinrättningar eftersom det var obligatoriskt att bära munskydd i dessa lokaler.

” Jag har upplevt andningssvårigheter. Faktiskt bara känt obehag hela tiden. Obehag att bara gå till vårdcentralen, hade jag varit frisk skulle aldrig gå dit.”

I den interaktiva dimensionen av att munskydd skapar kommunikationssvårigheter så noterades att munskyddet hindrade riskgruppspatienter att kommunicera fullt ut med de äldre samt personer med nedsatt hörsel för att man behövde spara på ord, eftersom man pratade högt. Rösten var viktigare än ansiktsmimiken när man hade munskydd för att kunna uttrycka sina känslor.

”Man ser inte ansiktsmimiken, man ser inte om den andre är arg eller glad, rösten är viktigare än annars.”

Riskgruppspatienter som bar munskydd och var hundägare, uppgav, att de brukade titta bort när de träffade andra hundägare med sina hundar för att inte skrämma dem, vilket försvårade kommunikationen mellan människor och djur. Hundar blev förvirrade och rädda när de såg munskydd på främmande människor.

”Men andra hundar reagerar väldigt negativt på mig när jag har munskydd på mig. De blir förvirrade, de stirrar och många hundar blir rädda när de ser att jag bär munskydd.”

Riskgruppspatienter som fick sitt första barnbarn upplevde de som väldigt konstigt att ha munskydd och inte kunna kommunicera med ett spädbarn.

”Jag fick mitt första barnbarn och jag kände att det blev väldigt märkligt kontakt att hålla ett spädbarn med munskydd att inte kunde kommunicera med hela ansikte, hon var ju nyfödd.”

Slutligen noterades en kritisk dimension inom kategorin munskydd skapar kommunikationssvårigheter. Riskgruppspatienter gjorde en jämförelse mellan hundar, äldre personer med demens, som inte kan uttrycka sig i tal, och bärare av munskydd.

”Tänk på de gamla människor som inte vågar och inte kan, som är dementa och kanske inte blivit vaccinerade av olika medicinska skäl. Det är jobbigt för hunden.”

3.8 Munskydd som social distansering

I en ytterligare kategori som identifierades, *Munskydd som social distansering*, kunde endast en dimension av health literacy noteras, funktionell dimension, vilket riskgruppspatienter formulerade som att de bar munskydd när det var trängsel och därmed svårt att upprätt hålla fysiskt avstånd samt på vårdinrättningar där smittorisken förväntades vara hög samt att patient och vårdpersonal kom varandra nära. Vidare menade riskgruppspatienter att andra människor höll avstånd från dem när de bar munskydd på så sätt att munskyddet gav en signal till omvärlden att hålla distans, även om munskyddet inte skyddade mot covid 19.

”Det var på någon viss signal jag gav folket – håll avståndet och framför allt, folk höll avståndet, framför allt från början, någon slags signal att man inte vill ha nära kontakt.”

Riskgruppspatienter menade att om någon uppvisar covid-19 symptom i en folksamling, som exempelvis hosta, så reflexmässigt så sattes munskyddet på för att hålla andra borta och för att skydda sig själv.

”Avståndet sitter som reflex i. Om någon hostar sätter jag på munskyddet.”

Riskgruppspatienter kunde också använda ovanstående ”förhållande” till sin fördel genom att visa symptom, men utan att vara sjuk, för att hålla allmänheten på avstånd.

”Sedan var jag lite elak och hostade i munskyddet, då tittar de till och flyttar de på sig.”

Riskgruppspatienter uppgav också att de upplevde trygghet när de kunde hålla avstånd och samtidigt bar munskydd. De menade även att de försökte att undvika trängsel när de inte hade munskydd på sig och att i kollektivtrafiken så tog riskgruppspatienter de sittplatser där det brukade sitta minst folk och satt med ansiktet mot fönstret. Riskgruppspatienter uppgav att de använder munskydd när risken för folksamlingar är stor och på vårdinrättningar där det är svårt att hålla avstånd.

”Jag har munskydd hemma och tar om jag ska åka någonstans där jag kan inte hålla avstånd. På vårdcentralen får man när man kommer dit.”

3.9 Munskydd som rekommendation under covidpandemin

I kategorin *munskydd som social rekommendation under covidpandemin* kunde alla tre dimensioner av health literacy identifieras. I den enklaste dimensionen, funktionell, så noterades att riskgruppspatienter menade att det var bra att det fanns en policy på vårdcentraler som gjorde att alla använde munskydd.

”På min vårdcentral ska man ha munskydd och jag tycker att det är väldigt bra, då är det en policy att ha munskydd, ett väldigt bra sätt. Det har inte påverkat mig alls, det var policy.”

Vidare menade riskgruppspatienter att de upplevde att resenärer inte använde munskydd i kollektivtrafiken för att det inte fanns något tvång. Riskgruppspatienter uppgav att när smittspridningen är hög så använde de alltid munskydd och de önskade att det skulle finnas en rekommendation för att alla skulle använda munskydd. Riskgruppspatienter uppgav att allmänheten var lite negativt inställda till munskydd som de menade att allmänheten skulle

har ha hört från folkhälsomyndigheten.

”Det har fått ett eko bland folket, människor uttalar sig då mot munskydd, vi är som ett eko av myndigheten.”

I den interaktiva dimensionen av health literacy inom kategorin munskydd som rekommendation under covidpandemin så berättade riskgruppspatienter att de skulle ha börjat använda munskydd tidigare om det funnits en sträng rekommendation kring munskyddsanvändning. Riskgruppspatienter var dock noga med att påpeka att något tvång liknande det i Kina hade de inte uppskattat men en hårdare restriktion tycker de hade varit på sin plats.

”Jag tycker ska man ha starkare rekommendation att använda munskydd bland okända människor, när man inte kan hålla avstånd, populärt uttryckt.”

Inom den sista dimensionen av health literacy, kritisk dimension, inom kategorin munskydd som rekommendation, så uttryckte riskgruppspatienter att munskydd skall rekommenderas beroende på smittläget. Riskgruppspatienter uppskattade inte när smittspridningen var hög och att endast ett fåtal använde munskydd och att det skulle behövts hårdare rekommendationer.

”Alla ska ha munskydd när det trängsel och jag tycket att man ska vara hårdare när smittspridningen är hög.”

Riskgruppspatienter menade att folkhälsomyndigheten skulle komma med mera information till allmänheten om korrekt användning av munskydd.

”Det handlar ju inte om enstaka individer som tar på sitt munskydd. Man har förstört någonting som är väldigt väsentligt, i stället att komma med den kunskap som finns, genom att bagatellisera.”

Riskgruppspatienter uttryckte en oro att allmänheten inte tog riskerna med att inte bära munskydd på allvar och de tror att det kommer bli svårt att upprätthålla bärandet av munskydd vid nästa smittspridning. Riskgruppspatienter jämförde dessutom olika länder och deras restriktioner samt munskyddsanvändning och de uttryckte en uppskattning hos de länder där munskyddsanvändningen var utbredd. Såsom riskgruppspatienter uppfattande situationen i Sverige så var de inte förvånade att allmänheten inte använde munskydd för att allmänheten fick information från myndighetshåll att munskydd inte hjälper särskilt mycket, vilket innebar att allmänheten inte sökte vidare efter ytterligare information kring munskydd.

Riskgruppspatienter upplevde att många äldre inte använde munskydd på vårdinrättningar, eftersom de trodde att det inte längre behövdes.

”Jag tror att man släppt rekommendation kring munskydd för riskgruppspatienter. Många äldre som har olika sjukdomar, multisjuka de kan komma till mottagningen utan munskydd, jag tror att de inte tänker på det längre.”

I början av covid-19 pandemin så upplevde riskgruppspatienter att covid-19 kunde smittas visa aerosolspridning och menade att forskningen bekräftade det.

”Om vi skulle fått munskydd i god tid och folk hade förstått att det är aerosolsmitta. Det var ju bevisat av forskningen man gjorde jämförelse då gäster på restaurangen smittades genom luften. Men folkhälsomyndigheten och det gick ju alla på, men vem ska man tro på?”

3.10 Patienters upplevelser av riskgrupp

Den femte kategorin som definierades var *patienters upplevelser av riskgrupp* och där gick det att urskilja både funktionell och interaktiv dimension av health literacy. I den första dimensionen, funktionell, så formulerade riskgruppspatienter att de var medvetna om att de var riskgruppspatienter men fick höra från läkare att de inte var riskgruppspatienter när de önskade att vaccinera sig mot covid-19 före den övriga befolkningen. Riskgruppspatienter sökte då information digitalt huruvida de tillhörde någon riskgrupp eller inte men hittade inte någon specifik information kring detta. Därefter fick riskgruppspatienter information från sjuksköterska att de tillhörde en riskgrupp och därmed kunde de boka in sig för vaccination mot covid-19.

”Jag fick erbjudande i alltid öppet, och det fanns fråga om du är riskgrupp eller inte, när man ska ta vaccination, då svarade jag att jag inte är i riskgrupp. Nej, får inte vaccinera dig nu. Då förstod jag inte om jag var riskgrupp då och erbjudandet försvann och sedan berättade du att jag var riskgruppspatient när jag fick min första spruta. Då förstod jag och registrerade vaccinationen.”

Riskgruppspatienter uppgav att de var osäkra om de tillhörde någon riskgrupp, eftersom de inte fick specifik information som var riktad just till dem om de tillhörde riskgrupp eller inte. Riskgruppspatienter antog då att de riskgrupper som uppmärksammats i media utgjorde riskgruppen. Enligt riskgruppspatienter så rapporterades det företrädesvis om äldre med underliggande sjukdomar i media, vilket riskgruppspatienter då antog var riskgruppen i förhållande till covid-19.

”För mig var covid-19 bara en sjukdom som har drabbat de äldre, äldre än mig, med underliggande sjukdomar. Jag har aldrig känt mig hotad på något sätt.”

Riskgruppspatienter upplevde att det saknades särskild information för riskgruppspatienter och att det endast fanns information riktad mot allmänheten. Riskgruppspatienter blev informerade av sin mottagning att de tillhörde en riskgrupp.

”Ja, jag har förstått nu att jag är en riskgruppspatient när jag har fått information, men inte innan.”

Riskgruppspatienter sökte även information från Folkhälsomyndighetens hemsida om sin sjukdom men hittade ingen specifik information om de tillhörde en riskgrupp eller inte.

”Ingen information specifikt för riskgruppspatienter, som jag kunde se eller läsa.”

Det fick till följd att riskgruppspatienter inte tog några extra försiktighetsåtgärder, eftersom de utgick ifrån att de inte tillhörde någon riskgrupp.

”Jag har varit ute och ätit lunch under hela pandemin och jag använde inte något munskydd då, bara när jag åkte kommunalt, stått i kön i trånga affärer, för att jag inte visste att jag är en riskgruppspatient.”

Inom den interaktiva dimensionen av begreppet health literacy, i kategorin patienters upplevelser av riskgrupp, så rapporterade riskgruppspatienter om att de inte erhöll någon information att de tillhörde riskgrupp, vilket de upplevde som märkligt eftersom när de under tidigare år vaccinerat sig mot säsongsinfluensan så tillhörde de riskgrupp men inte i relation

till covid-19.

”Jag vaccinerade mig mot influensa för att jag visste att jag en riskgruppspatient innan covid. det låter väldigt ologiskt att jag inte är riskgruppspatient nu.”

Upplevelserna från riskgruppspatienters sida var att de upplevde att de tillhörde riskgrupp, eftersom de hade genomgått olika medicinska behandlingar, åt olika mediciner och hade avvikande provsvar. De bedömde sig själva som riskgruppspatienter men upplevde att de inte räknades som det eller blev betraktade som ingående i riskgrupp.

”Ja, det räknar jag med eftersom jag vet mina ömma punkter som jag har lidit av i många år. Ingen intresserar sig för mig om jag är en riskgruppspatient eller inte. Jag vet att jag är infektionskänslig och då jag kallar jag mig riskgrupp.”

3.11 Vägen till och kunskap om munskydd

I den sjätte och sista kategorin som benämns *vägen till kunskap om munskydd* så identifierades alla tre dimensionerna av health literacy. Således gick det att utskilja funktionell, interaktiv och kritisk dimension. I den funktionella dimensionen inom kategorin vägen till kunskap om munskydd kan noteras i riskgruppspatienter sökte information via digitala kanaler och kontaktade läkare som de hade i sin bekantskapskrets för att exempelvis få råd kring användning av munskydd i kollektivtrafiken. Riskgruppspatienter menade också att de diskuterade munskyddets nytta med sin partner för att utbyta idéer. De läste även på om konspirationsteorier kring covid-19 vaccination för att förstå deras grannar som inte vaccinerat sig då grannarna trodde att de hade ett bra immunförsvar. I den omfattande nyhetsrapportering som fanns när covid-19 pandemin var som intensivast så uppfattade riskgruppspatienter att de dagligen bombarderades med information, särskilt det mer eller mindre dagliga uppdaterandet av hur många som dött eller låg på intensivvårdsavdelningen till följd av covid-19. Riskgruppspatienter beskrev att de till sist inte orkade med utan begränsade sitt nyhetsintag till en informationskanal.

”Det var bara massmedia, matade med information, hur många som hade dött, hur många var sjuka. Jag valde till slut att lyssna bara på en nyhet. Man orkar inte ta emot hur mycket information som helst och det bara elände och elände.”

De riskgruppspatienter som inte ville använda munskydd sökte inte information och uppmärksammade inte tillgänglig information kring munskydd. De upplevde att det inte var viktigt att ta på munskyddet på rätt sätt, eftersom de sett ett inlägg i media hur man tillverkade munskydd i Indonesien, på ett icke hygieniskt sätt.

”Det har jag inte brytt mig så mycket om, hur man tar på munskyddet, att det känns lite larvigt när man tar munskyddet med en pincett, och ger den, men jag såg ett inlägg på Youtube, när de tillverkade munskydd i Indonesien och i den här fabriken sprutade maskinerna ut munskydd och de hamnade på golvet och låg överallt och små ungar sprang och plockade upp de från golvet och packade de i askar, då kändes inte så viktigt för mig, tycker jag.”

Riskgruppspatienter följde forskare genom digitala kontakter och såg reklam om munskyddets effekt utifrån forskares undersökningar. Riskgruppspatienter sökte även digital information på internationella kanaler och på annat språk än svenska i samband med att covidpandemin bröt ut.

”Jag gjorde redan tidigt 2020, på våren. På amerikanska siter, läste olika vetenskapliga artiklar dock inte i Sverige.”

”Det har kommit ut i massmedia, kommer upp som reklam på Facebook. På teve såg jag information om munskydd för första gången.”

Riskgruppspatienter tog dock hänsyn till de äldre och använde munskydd för att skydda dem. Riskgruppspatienter upplevde ett stort förtroende för munskyddets skyddseffekt och hade förståelse för att vissa länder i mycket stor utsträckning litade på användandet av munskydd. När riskgruppspatienter besökte vårdcentralen så upplevde de att det var relativt strikt då både patienter och vårdpersonal var tvungna att hålla avstånd, bära munskydd och personalen även visir. Riskgruppspatienter uppfattade också att sjuksköterskor inte tvekade att säga till dem som inte bar munskydd. Riskgruppspatienter upplevde att de fick information om att de skulle bära munskydd på vårdcentralen men inte någon instruktion hur munskyddet skulle användas.

”Jag fick inte information från min vårdcentral eller på mottagningen. Bara att jag ska använda munskydd, men inte hur ska den sitta. Kanske har suttit på väggen, jag vet inte. Varken muntligt eller skriftligt.”

Riskgruppspatienter som reste med flyg under covid-19 pandemin upplevde att munskydd skulle användas på flygplatsen men noterade samtidigt att många resenärer satt munskyddet under näsan. Samt att medresenärer förvisso använde munskydd men långt ifrån hela tiden.

”På flygplanet satte alla jättefint med munskydd och sedan när matvagnen kom så drog ner alla munskydden. Jag förstår inte meningen med det hela.”

Riskgruppspatienter uppgav att de i början av pandemin inte kunde få tag på munskydd utan fick nöja sig med vilken typ som helst enbart för att ha munskydd.

”Då ville jag få tag i sådana som har ventil på, ventil på sidan, sedan köpte jag egna som var gjorda av tyg, det var inte medicinskt riktigt men bara för att få ett munskydd för överhuvudtaget.”

”De andra sa det, alla andra gick omkring med munskydd så tänkte jag, aha då måste jag ha det, fast jag ville inte ha det.”

Riskgruppspatienter förmedlade att de inte var säkra på hur munskyddet skulle användas men förstod ju längre covid-19 pandemin framskred att det fanns olika typer av munskydd och den med mest skyddseffekt är av N95 typ.

”Jag använder också de som är starkare, vita, som ser ut som anknäbb lite grann. Jag använder de när smittan ökar igen.”

Från Folkhälsomyndigheternas Instruktioner ” Så använder du engångsmunskydd” som utgivits 2020 framgick inte varför den blåa sidan av munskyddet skall vara utåt. Riskgruppspatienter misstänkte dock att den blåa sidan av munskyddet skulle vara utåt.

”Jag skulle tro att de blåa skall vara utåt, det ger ett bättre skydd. Jag misstänkte att det var som en regnrock.”

Riskgruppspatienter var inte säkra på om munskyddet skyddade men de upplevde ändå att de var skyddade.

”Det är mer den mentala grejen, att det känns att den skyddar.”

Riskgruppspatienter som hade glasögon förstod inte från början hur man skulle använda munskyddet för att undvika imma på glasögonen.

”Jag har inga kunskaper kring hur man använder munskydd. Det tog jättelångt tid för mig innan jag förstod. Den del av munskyddet som sitter vid näsan, man kan trycka till den, så den sitter tajtare vid näsan, därför fick jag imma på glasögonen.”

Vid många olika tillfällen spritade riskgruppspatienter händerna men inte när de tog på munskydd. Riskgruppspatienter förstod dock att använda munskydd kan utgöra en smittorisk och kastade därför förbrukade munskydd i hundbajspåsar. I den brist på munskydd som rådde i den initiala pandemin så förstod riskgruppspatienter att covid-19 pandemin var en allvarlig situation, och försökte få fatt på en skyddsmask.

”Jag försökte tidigt att få tag på en gasmask. Man förstod att det var allvarligt. Gasmask skyddar ju mot partiklar, gas och det finns olika typer. Om den skyddar mot just covid19, det var inte säkert. Det var ju så lite information hur det spred sig och vilka masker som just hjälper mot covid-19.”

När det gäller appliceringen av munskydd så antog flera riskgruppspatienter att det inte kan vara så svårt att sätta på munskyddet på korrekt sätt vilket. Så de få instruktioner som fanns kring korrekt användning av munskydd brydde sig riskgruppspatienter inte om. De beskriver också sina upplevelser kring munskydd.

”De bästa, som har högst skyddsnivå, de supertunga som man använder på IVA, och den som har som en liten anknäbb, ger 80 procentigt skydd kanske, och den vanliga gröna ger kanske 30%-40 %.”

Upplevelsen var hos riskgruppspatienter att munskydd gav någon slags skydd mot att bli smittad av covid-19. Hur stor skyddseffekten var beroende på munskyddstyp var de emellertid inte säkra på.

”Jag vet inte om covid är aerosol fortfarande, men jag använder fortfarande ffp2 mask.”

Riskgruppspatienter upplevde att tillgång till munskydd och uppmaningen att bära munskydd kunde skilja sig åt inom en och samma vårdinrättning men också mellan olika vårdinrättningar.

”Det finns inte munskydd där nere i stora hallen, däremot finns det på mottagningen och där finns även skyltar att man ska bära munskydd.”

Allteftersom pandemin fortskred så förvärvade riskgruppspatienter mer kunskap kring hur man använder ett munskydd. De fick lära sig på vårdinrättningar om skyddseffekten av olika munskydd och de började att använda den typ av munskydd som de blev rekommenderade.

”Jag frågade en sjuksköterska, hon gav mig information, då fick jag höra att jag inte ska använda det blåa munskyddet då hade jag den blåa då, den skyddar inte dig, de skyddar andra, du ska använda FFP2 och den använder jag fortfarande.”

I den interaktiva dimensionen av health literacy inom begreppet vägen till kunskap om munskydd så förtäljde riskgruppspatienter att de sökt information kring munskydds skyddseffekt på internationella medier och letade efter studier som gjorts av utländska forskare samt att de var rejält källkritiska.

”Jag läste information digitalt på många olika oberoende sidor, jag är väldigt källkritiskt när jag läser, vem är det som har skrivit informationen, vad relaterar den personen till, vad har de för yrke, vilka kunskaper.”

Riskgruppspatienter upplevde att ju längre som pandemin fortskred desto duktigare och flitigare munskyddsanvändare blev de och som ”bonus”, beskrev de, att dessutom blev de även skyddade mot andra förkylningsvirus och influensavirus. Riskgruppspatienter började en bit in i pandemin använda egna munskydd och upplevde det som säkrare jämfört med att nyttja de munskydd som erbjöds på olika vårdinrättningar, som de dessutom misstänkte att de var kontaminerade.

”Jag läste mycket om munskydd och fördelen såg jag snabbt att det kan ju minska smittspridningen i samhället när alla bär munskydd.”

Riskgruppspatienter uppskattade infektionsläkarens Björn Olsen uttryck ”Munskydd är en kärlekshandling” med vilket han menade att man skulle ta hänsyn till andra (författarens egen tolkning).

Avslutningsvis så noterades i den sista kategorin, vägen till kunskap om munskydd, den kritiska dimensionen av health literacy, på så sätt att riskgruppspatienter fattade egna beslut kring användandet av munskydd. Detta gjordes ett gott stycke in i pandemin, när pandemin inte längre klassades som en allmänfarlig sjukdom, eftersom omikron varianten i de allra flesta fall gav milda symptom.

”Jag tror att jag slutade med dem under sommaren, nu känns det lugnt, det var en snällare variant och då slutade jag använda munskydd. Nu är inte covid en samhällsfarlig sjukdom längre, de dragit ner farlighetsgraden och det har påverkat folks medvetande.”

4 DISKUSSION

4.1 Resultatdiskussion

4.1.1 Patientens förståelse och användning av hälsoinformation i förhållande till sin egen och omgivningens hälsosituation.

Riskgruppspatienter har varierande informationskunnighet, vilket överensstämmer med beskrivningen enligt Nutbeam, (2020). I början av pandemin kommunicerades mycket information kring händelseutvecklingen av pandemin men riskgruppspatienter upplevde att det fanns lite informationen från Folkhälsomyndigheten kring munskydd och virusets smittvägar.

Funktionell dimension av health literacy kunde identifieras i situationer där riskgruppspatienter valde att söka ytterligare information via olika utländska digitala kanaler för att bättre förstå hälsoinformation kring munskydd. Funktionell dimension beskriver de grundläggande färdigheter som att få tillgång, förstå och följa relevant information. (Nutbeam, 2020). Tydlighet och samstämmighet är två mycket viktiga parametrar i kommunikation vid kritiska situationer i samhället. Oklara budskap eller motstridiga uppgifter från olika parter leder att mottagare av informationen använder sin tid för att söka efter ytterligare information, snarare än vidta skyddande åtgärder för den egna hälsan (Rasmussen, 2022). Redundant information kring pandemin från olika kanaler bidrog till att riskgruppspatienter inte ville söka information. Riskgruppspatienter hade inte tillgång till munskydd i Sverige i början på pandemin. De använde därför de munskydd som de kunde få tag på, exempelvis ett tygmunskydd eller tom skyddsmask. Huruvida Sars-Cov2 viruset innebar aerosolsmitta eller inte var oklart för många riskgruppspatienter under hela pandemin.

I interaktiv dimension av health literacy fattar riskgruppspatienternas egna beslut kring sin användning av munskydd utifrån egna upplevelser. Munskyddet fungerar bäst, ansåg riskgruppspatienter, när de inte kunde hålla avstånd till andra människor, exempelvis på vårdinrättningar och i kollektivtrafik där säkert avstånd inte alltid kan upprätthållas. Den interaktiva dimensionen beskriver de färdigheter som att kunna tillämpa och härleda meningen från hälsoinformation (Nutbeam, 2020).

Även kritisk dimension av health literacy identifierats där riskgruppspatienter besitter också kunskap som ”medialiteracy”, vilket beskrivs av Carlsson (2003), som förmågan att kritiskt bedöma innehållet av hälsoinformation från media kanaler. Den kritiska dimensionen beskriver avancerade färdigheter där man även skall kunna bedöma och värdera den kritiska hälsoinformationen (Nutbeam, 2020). Riskgruppspatienter har fått en ökad förståelse om virusets smittvägar och använder munskydd på ett korrekt sätt, vilket överensstämmer med studier av Kim et al., (2022b). De har också en ökad förståelse om munskyddets skyddseffekter och att munskydd minskar smittspridningen i samhället, vilket överensstämmer med studier av Bolt et al., (2022). Riskgruppspatienter har även goda kunskaper om smittspridning i samhället, om nya virusvarianter och använder hälsoinformationen från Folkhälsomyndigheten med hänsyn till sin egen och omgivningens hälsosituation. Vidare har riskgruppspatienter stort förtroende för munskyddsanvändning eftersom de är medvetna om riskerna att drabbas av allvarlig sjukdomsutveckling om de blir sjuka i covid-19. På så sätt uppvisar de ett förebyggande beteende, vilket bekräftas i studier av Yu et al., (2022) och Kor et al., (2021).

Författarens tolkning är att det är extra viktigt att det finns relevant uppdaterad information för riskgruppspatienter från Folkhälsomyndigheten så att de kan hålla sig informerade. Enligt

författarens erfarenhet så finns det instruktioner för allmänheten ”Så använder du engångsmunskydd”, som utgivits från Folkhälsomyndigheten, år 2020. Instruktionerna beskriver inte olika munskydds skyddseffektivitet, det vill säga vilken sort man ska använda beroende på vilken situation som patienten befinner sig i. Inte heller beskrivs virusets smittvägar. Bildserien och texten på affischen är liten och det är väldigt svårt att se på avstånd vad som avses. (se bilaga 2). Affischen fanns på väggen på vårdinrättningar i A4 format och enligt riskgruppspatienter uppmärksammades den inte. Författaren menar också att många människor drog sig för att söka vård och därmed inte besökte vårdinrättningar överhuvudtaget.

Hur munskydd skall användas samt hur ofta ett munskydd ska bytas framgick inte i informationen som riskgruppspatienter hade tillgång till. Enligt författarens tolkning saknades specifik instruktion för vissa grupper, exempelvis för människor som använder glasögon eller särskild information för patienter som tillhör en riskgrupp. Riskgruppspatienter önskade att affischer skulle finnas på tunnelbanan eller på bussen, där var man mer avslappnad, så att man kan läsa och studera dem i lugn och ro. Författarens egen tolkning är man oftast är sjuk och krasslig när man besöker vårdinrättningar och fokus ligger då mest på sin egen sjukdom och inte i det läget på att söka information om munskydd även om det fanns en affisch på väggen. Enligt författaren har instruktionerna kring munskydd inte uppdaterats sedan 2020, vilket kan väcka misstankar om instruktionerna verkligen är aktuella i nuläget. Författaren menar att det fanns information från Folkhälsomyndigheten till allmänheten kring betydelsen av att sprita och tvätta händerna innan och efter munskyddsanvändning. Det är dock inte alltid man kan tvätta och sprita händerna innan munskydd sätts på. Ett ytterligare exempel på funktionell dimension av health literacy är att riskgruppspatienter spritade händerna endast när de hade direkt tillgång till desinfektionsmedel. I den interaktiva dimensionen av health literacy visade sig att riskgruppspatienter tog lite egna initiativ genom att exempelvis kasta använda munskydd i hundbajspåsar. Författaren menar att det är viktigt att det finns tydlig information kring att använda munskydd kan utgöra en smittkälla. Vårdpersonal har givit råd och hjälp till riksgruppspatienter kring hur munskydd används på rätt sätt när patienter frågat dem. Enligt författarens erfarenhet så har vårdpersonal goda kunskaper kring munskyddsanvändning, vilka de skulle kunna använda för att informera riskgruppspatienter när de besöker vårdinrättningar.

Riskgruppspatienter är medvetna om att de tillhör en riskgrupp men i början av pandemin fick de information från läkare att de inte tillhörde någon riskgrupp. I den funktionella dimensionen av health literacy användes inte riskgruppspatienter munskydd när det behövdes och de fick heller inte förtur i vaccinationsprogrammet eftersom informationen var felaktig. Riskgrupper som prioriterades var de riskgrupper som löper störst risk att drabbas av allvarlig sjukdomsutveckling och dessa grupper identifierades av Socialstyrelsen (2020). Sammanställningen har uppdaterats under 2021. Information för resterande riskgrupper, som inte var med i de prioriterade riskgrupperna fanns inte, vilket innebar att de då trodde att de inte tillhörde någon riskgrupp. Tidigare studier av Trezona et al., (2017) beskriver att det ska finnas en rättvis tillgång till hälsoinformation för att främja hälsokompetens ibland befolkningen. Författaren menar att det behövs göra individuella bedömningar över alla riskgruppspatienter i ett förebyggande syfte. Individuell hälsoinformation utifrån individuella bedömningar minskar oro bland patienter i riskgrupper och främjar ett korrekt skydds beteende.

Riskgruppspatienter som inte prioriterats tog inga extra försiktighetsåtgärder, eftersom de inte uppfattade att de var i en riskgrupp. Innan vaccination mot covid-19 måste ett antal frågor besvaras och en av dem är ”är du en riskgruppspatient?” Hur ska riskgruppspatienter svara på denna fråga korrekt om de fått höra att de inte tillhör någon riskgrupp? Patienterna är högst

medvetna om att de tillhör en riskgrupp men de upplevde att de behövde en tydlig information kring vad det innebär i ett Covid 19 perspektiv. Enligt författarens erfarenhet saknades det individanpassad information för patienter med olika kroniska sjukdomar från såväl Patientföreningar, Folkhälsomyndigheten samt Socialstyrelsen. Det finns en ny uppdaterad hälsodeklaration från 2022-11-04 som utgivits av Region Stockholm (se bilaga 3). Hälsodeklarationen fyller man i inför vaccinationen mot covid-19. Den uppdaterade hälsodeklarationen inkluderar tydliga frågor som berör kroniska sjukdomar vilket saknades tidigare enligt författarens erfarenhet.

4.1.2 Patienters olika upplevelser om användning av munskydd

Riskgruppspatienter använde olika slag av munskydd och munskydden skapade både fysiska och psykiska påfrestningar hos patienterna. Inom funktionell dimension identifierades att riskgruppspatienter upplevde personligt obehag såsom andningssvårigheter, kommunikationssvårigheter, trycksår på öronen, hudproblem, slembildning samt imma på glasögon. Andningssvårigheter upplevde patienter som använde FFP2 munskydd och tygmasker, vilken överensstämmer med studie Amin et al., (2022). Enligt författarens erfarenhet har vårdpersonalen kunskaper om munskydd och kan underlätta för riskgruppspatienter att undvika dessa påfrestningar med relevant information. Exempelvis genom patientutbildningar, andningsövningar och strategier för att undvika trycksår på öronen. Det behövs särskilda regler för munskyddsanvändning för riskgruppspatienter som upplever andningsbesvär. Upplevelser av kommunikationssvårigheter vid bärandet av munskydd resulterade i att patienter hittade egna strategier för att kunna kommunicera på bästa sätt.

Den interaktiva dimension av health literacy kunde identifierats, exempelvis genom att riskgruppspatienter använde rösten i stället för mimiken eller valde andra ord som de uppfattade var lättare att uttala vid munskydds bärandet. Riskgruppspatienter upplevde att de ”stod ut” i förhållande till övriga allmänheten när de använde munskydd. Detta gav upphov till negativa känslor vilket till viss del överensstämmer med en tidigare studie av Wisman et al., (2022). Författaren menar att social distansering var den dominerande smittskyddsåtgärden i Sverige och inte munskydd. Exempelvis upplevde patienterna en rädsla när de befann sig bland folk som inte bar munskydd.

Kritisk dimension av health literacy noterades när riskgruppspatienter rapporterar att de upplevde att information om munskyddsanvändning inte var övertygande från Folkhälsomyndigheten. Det skapade en oro bland riskgruppspatienter som fortfarande var angelägna om att bära munskydd. Oro hos riskgruppspatienter för nästkommande större smittspridning av Covid 19 eller en ny pandemi är förståelig, eftersom de befarar att allmänheten inte kommer ta munskyddsanvändning på allvar. Riskgruppspatienter upplever att det behövs ny information, som på ett övertygande sätt upplyser allmänheten om att de skall känna ansvar både för sin egen och andras hälsa. Enligt riskgruppspatienter skulle det kunna ske genom en hårdare rekommendation, men fortfarande utan tvång, att hela befolkningen ska bära munskydd, exempelvis i folksamlingar och på vårdinrättningar när smittspridningen ökar. Upplevelser hos riskgruppspatienter av att inte bli sedda skapades som ett resultat av att dessa riskgrupper inte uppmärksammades i samhället och att det inte fanns någon specifik information för dessa grupper.

4.2 Metoddiskussion

Intervjuer var datainsamlingsmetoden som användes. Syftet med metoden var att ta reda på hur patienter upplevde sin omvärld. På så sätt erhöles genom en kvalitativ ansats ett material till forskaren där den intervjuade deltagarnas röst blev hörd och forskaren fick fördjupad kunskap om deltagarnas livsvärld. Kvalitativa studier ger ett kunskapstillskott genom själva beskrivningen. Innehållsanalys som genomförs på ett systematiskt sätt erhålls via en beskrivning och kvantifiering av specifika fenomen (Forsberg & Wengström, 2008).

En svaghet med den gjorda studien var att undersökningsgruppen hade en liknande sjukdomsbild, vilket således innebar att undersökningsresultaten inte kan appliceras till andra riskgrupper. När analysen påbörjades måste forskaren ta ställning till om hen skulle analysera det manifesta innehållet eller även det latent innehåll. Latent innehåll är tystnad, suckar, skratt och hållning (Elo & Kyngäs, 2007). I denna studie genomfördes telefonintervjuer, vilket delvis försvårade analysen av det latent innehåll. Detta är en nackdel för studieresultatet. En styrka med studien var att ämnet är aktuellt och att pandemin inte är över än och att det förmodligen kommer att behövas användas munskydd i framtiden vid nästkommande pandemi eller om smittspridningen ökar i samhället. Ett resultat av en lyckad kvalitativ studie ska kunna bidra till nya tankebilder hos läsaren (Forsberg & Wengström, 2008). Författarens uppfattning är att många personer i Sverige har åsikter om munskydd, både personer som är förespråkare för munskydd till de människor som inte är särskilt positivt inställda till munskyddsanvändning. Ett påstående eller argument testas mot andra kända alternativa påståenden eller argument för att övertyga det vetenskapliga samhället och läsaren (Forsberg & Wengström, 2008). Således har studieresultatet jämförts med tidigare studier och vissa överensstämmelser har hittats. Det som visas i resultatet är väl förankrat i det empiriska materialet och delarna i data och resultat harmonierar med helheten (Fejes & Thorneberg, 2019).

Transparens är viktigt för forskningstexten och har en påverkan på studiens trovärdighet samt möjliggör att forskningen kan diskuteras och kritiseras. Kunskap om patienternas upplevelse och kunskap om munskydd har ett egenvärde, oberoende av hur det är tänkt att användas. Studien genomfördes på ett sådant sätt som den beskrivits, vilket ger studien validitet och bidrar till ökad trovärdighet. Genom att återkoppla studieresultatet till de intervjuade ökar forskaren en studies trovärdighet när studiedeltagarna bereds möjlighet att ge sina synpunkter på studieresultatet (Ahrne et al., 2015). Deltagarna kontrollerar resultatets riktighet i förhållande till deras upplevelser och kunskap, vilket ökar resultatets trovärdighet. För att öka tillförlitligheten i en studie är det nödvändigt att påvisa en koppling mellan resultat och data. Autentiska citat används för att öka forskningens trovärdighet (Elo & Kyngäs, 2007). Möjligheter att generalisera ökar forskningens trovärdighet (Ahrne & Svensson, 2015). Kvale (1997) beskriver en analytisk generalisering som innebär att man gör en välplanerad bedömning i vilken mån resultatet från en undersökning kan ge vägledning kring vad som kommer att inträffa i en annan situation. Forskningsresultat erbjuder snarare ett perspektiv än en absolut sanning. Larsson (2009) beskriver kvalitativ forskning som producerar begrepp, tolkningar, beskrivningar av processer, vilket ger möjlighet för läsaren att identifiera en process som läsaren inte tidigare reflekterat över eller varit med om. Larsson (2009) lyfter upp betydelsen av att vara sensitiv för karakteristiska situationer där resultatet av forskningen kan relateras till nya situationer, vilket benämns situerad generalisering. Genom pragmatisk validering bedöms resultatet utifrån dess relevans och nytta för vilka resultatet presenteras. Läsarens tolkning och hur resultatet relateras till egen och andras situation utgör användbarheten av resultatet (Fejes & Thorneberg, 2019). Validitet säkerställs genom

granskning av källorna. Valideringen utvecklas under undersökningen med konstant kontrollerande, ifrågasättande och teoretisk tolkande av det som upptäcks. Validitet handlar inte bara om vilken metod som används utan också om forskarens person och dennes moraliska integritet (Kvale, 1997).

Resultatet är generaliserbart genom beskrivning av individers prioriteringar, erfarenheter och perspektiv som kan leda till utveckling av strukturer och policyförändringar som är passande för målgruppen och i ett större perspektiv kan evidensen leda till ny teoribildning och utveckling av nya begrepp. (Forsberg & Wengström, 2008). Patientförbund kan använda studieresultatet som stöd och uppdatera sin hemsida med en tydlig beskrivning varför patienterna ingår i riskgruppen. Studieresultat kan även användas för uppdatering av Instruktioner ”Så använder du engångsmunskydd” som utgivits av Folkhälsomyndigheten (2020b).

Nilstun et al., (2007) beskriver tre etiska principer som är grundläggande när vi gör våra beslut. Autonomiprincipen betyder respekt för individens rätt att kunna bestämma över sig själv. Rättvisepincipen betyder att jämna ut skillnader och hjälpa de som har det sämst ställt vid fördelning av resurser. Nyttoprincipen talar om en skyldighet att inte skada, att minska och förebygga lidande men även att främja hälsa. Individen skyddas av de grundläggande principerna som ursprungligen kommer från Helsingforsdeklarationen från 1964. Grunden i individskyddet är kraven på information, konfidentialitet, samtycke och nytta (Andersson, 2021). Studiedeltagarna i den gjorda studien informerades tydligt om syftet med studien, genomförandet och möjliga risker. Studiedeltagare erhöll ett informationsbrev med samtycke samt att deras deltagande kan avbrytas när som helst på deras initiativ. All datainsamling, förvaring och bearbetning skedde konfidentiellt. Behandlade personuppgifter hölls anonymiserade. I studien var alla uppgifter avidentifierade så att det inte gick att spåra en åsikt tillbaka till personen som uttryckt åsikten. All data som samlades in användes endast i denna studie och inte i några andra sammanhang.

4.3 Framåtblick

Studieresultat har praktisk betydelse för folkhälsa. Resultatet från denna studie kan användas i förebyggande arbete. Exempelvis kan alla riskgrupper som bör skyddas vid nästkommande pandemi noggrant identifieras. Preventivt arbete för korrekt munskyddsanvändning bör finnas innan en pandemi bryter ut. Det skulle kunna innebära utveckling av kommunikation kring de tre områden: munskyddsanvändning på ett korrekt sätt, virusets smittvägar och olika skyddseffekter av munskyddet. Tillsammans skulle kommunikationsinsatserna om dessa områden öka individens health literacy.

Vårdinrättningar bör även involveras för undervisning kring korrekt munskyddsanvändning. Folkhälsomyndigheten kan ge ut olika affischer, som till exempel visar olika typer av munskydd och dess skyddseffekter. De kan sättas upp på allmänna platser och i kollektivtrafiken och inte bara på vårdinrättningar. Förslag på fortsatt forskning kan vara att studieresultatet jämförs med andra riskgrupper, alltså personer med en annan sjukdomsbild än vad som ingick i denna studie.

4.4 Slutsats

Denna studie stärker uppfattningen att munskydd skapar kommunikationssvårigheter med omgivningen. Bärandet av munskydd skapar både fysiska och psykiska påfrestningar hos riskgruppspatienter. De har varierande kunskaper kring munskydd beroende på deras erfarenheter under pandemin. I början av pandemin använde riskgruppspatienter olika slag av munskydd för att information om virusets smittvägar samt munskyddets skyddseffekter saknades i Sverige. Riskgruppspatienter sökte därför information i sin bekantskapskrets, inom familjen, via olika digitala kanaler och på annat språk. Riskgruppspatienter fick ingen instruktion från vårdinrättningar kring hur munskyddet skulle användas. Affischen ”*Så använder du engångsmunskydd*”, som utgivits från Folkhälsomyndigheten, år 2020 fanns på väggen på vårdinrättningar och enligt riskgruppspatienter uppmärksammades den inte.

Studieresultatet indikerar att kommunikationen var otydlig och själva rekommendationen kring munskydd från Folkhälsomyndigheten inte var övertygande, vilket bidrog till att munskyddsanvändningen blev låg i Sverige. Riskgruppspatienter fattade egna beslut kring användandet av munskydd. Riskgruppspatienter önskar en hårdare rekommendation kring munskyddsanvändning i folksamlingar och på vårdinrättningar för allmänheten. Riskgruppspatienters önskan av hårdare rekommendationer beror på att de har goda kunskaper om munskyddets nytta på individ och samhällsnivå. Vidare har patienterna ett stort förtroende för munskyddsanvändning och de uppvisar ett förebyggande beteende.

Avslutningsvis upplevde riskgruppspatienter att de inte uppmärksammades i samhället samt att de hade ett behov av individuell information kring vad deras riskgrupp innebar i ett covid-19 perspektiv.

5 REFERENSER

Ahrne, G., & Svensson, P. (2015). *Handbok i kvalitativa metoder*. Författarna och Liber AB.

Andersen, P. T., Loncarevic, N., Damgaard, M. B., Jacobsen, M. W., Bassioni-Stamenic, F., & Eklund Karlsson, L. (2022). Public health, surveillance policies and actions to prevent community spread of COVID-19 in Denmark, Serbia and Sweden. *Scandinavian Journal of Public Health*, 50(6), 711–729. <https://doi-org.libraryproxy.his.se/10.1177/14034948211056215>

Amin, R., Ghosh Dastidar, R., & K, V. (2022). COVID-19 Preventive Measure: A Study on “MASK-A Boon or a Bane.” *Interdisciplinary Perspectives on Infectious Diseases*, 1–13. <https://doi-org.libraryproxy.his.se/10.1155/2022/2253656>

Baker, D. W., Parker, R. M., Williams, M. V., Pitkin, K., Parikh, N. S., Coates, W., & Imara, M. (1996). The health care experience of patients with low literacy. *Archives of Family Medicine*, 5(6), 329–334. <https://doi-org.libraryproxy.his.se/10.1001/archfami.5.6.329>

Bolt, T., Tufman, A., Sellmer, L., Kahnert, K., Mertsch, P., Kovács, J., Kauffmann-Guerrero, D., Munker, D., Manapov, F., Schneider, C., Behr, J., & Walter, J. (2022). Changes in Behavior After Vaccination and Opinions Toward Mask Wearing: Thoracic Oncology Patient–Reported Experiences During the COVID-19 Pandemic. *Clinical Medicine Insights: Oncology*, 1–13. <https://doi-org.libraryproxy.his.se/10.1177/11795549221123618>

Brust, K. B., Papineni, V., Columbus, C., & Arroliga, A. C. (2022). COVID-19—from emerging global threat to ongoing pandemic crisis. *Baylor University Medical Center Proceedings*, 35(4), 468–475. <https://doi-org.libraryproxy.his.se/10.1080/08998280.2022.2068940>

Carlsson, U. (2013). Medier och hälsobudskap. Ringsberg, K., C., Olander, E., & Tillgren, P. (2014). *Health Literacy Teori och praktik i hälsofrämjande arbete*. Studentlitteratur AB.

Chen, W. S., Siau, C. S., Bono, S. A., & Low, W. Y. (2022a). Mediating Effect of Chronic Illnesses in the Relationship Between Psychological Distress and COVID-19 Vaccine Acceptance. *Asia-Pacific Journal of Public Health*, 34(1), 106–112. <https://doi-org.libraryproxy.his.se/10.1177/10105395211047868>

Chen, J.-H. (2022b). State containment measures, living arrangements, and mental health of U.S. older adults during the COVID-19 pandemic. *Aging & Mental Health*, 26(10), 2100–2111. <https://doi-org.libraryproxy.his.se/10.1080/13607863.2021.2021142>

Cheng, J. W., & Nishikawa, M. (2022). Effects of Health Literacy in the Fight Against the COVID-19 Infodemic: The Case of Japan. *Health Communication*, 37(12), 1520–1533. <https://doi-org.libraryproxy.his.se/10.1080/10410236.2022.2065745>

Cornett S. (2009). Assessing and addressing health literacy. *Online Journal of Issues in Nursing*, 14(3), 1. <https://doi-org.libraryproxy.his.se/10.3912/ojin.vol14no03man02>

Davin, S. (2003). Healthy viewing: the reception of medical narratives. *Sociology of Health & Illness*, 25(6), 662–679. <https://doi-org.libraryproxy.his.se/10.1111/1467-9566.00364>

Elo, S., & Kyngäs, H. (2008). The qualitative content analysis process. *Journal of Advanced Nursing (Wiley-Blackwell)*, 62(1), 107–115. <https://doi-org.libraryproxy.his.se/10.1111/j.1365-2648.2007.04569.x>

Fejes, A., & Thornberg, R. (2019). *Handbok i kvalitativ analys*. Författarna och Liber AB.

Folkhälsomyndigheten. (2022a). *Vaccination mot covid-19 under andra halvåret 2022*. Hämtad 2 september, 2022, från

<https://www.folkhalsomyndigheten.se/contentassets/afce13ccc44142729525953f4581d234/vaccination-covid-19-andra-halvaret-2022.pdf>

Folkhälsomyndigheten. (2022b). *Användning av munskydd*. Hämtad 4 september, 2022 från <https://www.folkhalsomyndigheten.se/smittydd-beredskap/utbrott/aktuella-utbrott/covid-19/om-sjukdomen-och-smittspridning/smittspridning/munskydd/>

Forsberg, C. & Wengström, Y. (2008). *Att göra systematiska litteraturstudier*. Natur och Kultur.

Gaur, P., Agrawat, H., & Shukla, A. (2021). COVID-19 vaccine hesitancy in patients with systemic autoimmune rheumatic disease: an interview-based survey. *Rheumatology International*, 41(9), 1601–1605. <https://doi-org.libraryproxy.his.se/10.1007/s00296-021-04938-9>

Graneheim UH, & Lundman B. (2004). Qualitative content analysis in nursing research: concepts, procedures and measures to achieve trustworthiness. *Nurse Education Today*, 24(2), 105–112.

Holmberg, M. (2020). *Pandemier och epidemier. Från kolera till covid-19 i ett tvärvetenskapligt perspektiv*. Studentlitteratur AB.

Kim, H. K., & Tandoc Jr., E. C. (2022a). Wear or Not to Wear a Mask? Recommendation Inconsistency, Government Trust and the Adoption of Protection Behaviors in Cross-Lagged TPB Models. *Health Communication*, 37(7), 833–841. <https://doi-org.libraryproxy.his.se/10.1080/10410236.2020.1871170>

Kim, H. J., & Han, S. Y. (2022b). Mask use during the COVID-19 pandemic: A descriptive survey in South Korea. *Nursing & Health Sciences*, 24(2), 351–359. <https://doi-org.libraryproxy.his.se/10.1111/nhs.12942>

Kor, P. P. K., Leung, A. Y. M., Parial, L. L., Wong, E. M. L., Dadaczynski, K., Okan, O., Amoah, P. A., Wang, S. S., Deng, R., Cheung, T. C. C., & Molassiotis, A. (2021). Are People With Chronic Diseases Satisfied With the Online Health Information Related to COVID-19 During the Pandemic? *Journal of Nursing Scholarship*, 53(1), 75–86. <https://doi-org.libraryproxy.his.se/10.1111/jnu.12616>

Kvale, S. (1997). *Den kvalitativa forskningsintervjun*. Studentlitteratur.

Kaihlanen, A.-M., Virtanen, L., Buchert, U., Safarov, N., Valkonen, P., Hietapakka, L., Hörhammer, I., Kujala, S., Kouvonen, A., & Heponiemi, T. (2022). Towards digital health equity - a qualitative study of the challenges experienced by vulnerable groups in using digital health services in the COVID-19 era. *BMC Health Services Research*, 22(1), 1–13. <https://doi-org.libraryproxy.his.se/10.1186/s12913-022-07584-4>

Larsson, S. (2009). A Pluralist View of Generalization in Qualitative Research. *International Journal of Research & Method in Education*, 32(1), 25–38.

Li, Y., Liang, M., Gao, L., Ayaz Ahmed, M., Uy, J. P., Cheng, C., Zhou, Q., & Sun, C. (2021). Face masks to prevent transmission of COVID-19: A systematic review and meta-analysis...Association for Professionals in Infection Control and Epidemiology, Annual

Conference (Virtual), 28-30 June, 2021. *American Journal of Infection Control*, 49(7), 900–906. <https://doi-org.libraryproxy.his.se/10.1016/j.ajic.2020.12.007>

Lindgren, B.-M., Lundman, B., & Graneheim, U. H. (2020). Abstraction and interpretation during the qualitative content analysis process. *International Journal of Nursing Studies*, 108, N.PAG. <https://doi-org.libraryproxy.his.se/10.1016/j.ijnurstu.2020.103632>

Muscat, D. M., Shepherd, H. L., Nutbeam, D., Trevena, L., & McCaffery, K. J. (2021). Health Literacy and Shared Decision-making: Exploring the Relationship to Enable Meaningful Patient Engagement in Healthcare. *JGIM: Journal of General Internal Medicine*, 36(2), 521–524. <https://doi-org.libraryproxy.his.se/10.1007/s11606-020-05912-0>

Nilstun, T., Lundqvist, A., & Löfmark, R. (2007). *Vetenskapsteori i medicin och klinik*. Studentlitteratur.

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. (2021). From health education to digital health literacy – building on the past to shape the future. *Global Health Promotion*, 28(4), 51–55. <https://doi-org.libraryproxy.his.se/10.1177/17579759211044079>

Nutbeam, D., Levin-Zamir, D., & Rowlands, G. (2018). Health literacy and health promotion in context. *Global Health Promotion*, 25(4), 3–5. <https://doi-org.libraryproxy.his.se/10.1177/1757975918814436>

Nutbeam, D., & Lloyd, J. E. (2021). Understanding and Responding to Health Literacy as a Social Determinant of Health. *Annual Review of Public Health*, 42, 159–173. <https://doi-org.libraryproxy.his.se/10.1146/annurev-publhealth-090419-102529>

Nutbeam D. (2008). The evolving concept of health literacy. *Social Science & Medicine*, 67(12), 2072–2078. <https://doi-org.libraryproxy.his.se/10.1016/j.socscimed.2008.09.050>

Potter, S. J., Stapleton, J. G., & Mary M.6Moynihan. (2008). Designing, Implementing, and Evaluating a Media Campaign Illustrating the Bystander Role. *Journal of Prevention &*

Intervention in the Community, 36(1/2), 39–55. <https://doi-org.libraryproxy.his.se/10.1080/10852350802022308>

Rasmussen, J. (2022). *Frågor om tydlighet och samstämmighet i den svenska riskkommunikationen om covid-19 under våren 2020*. Underlagsrapport till SOU 2022:10 Sverige under pandemin Stockholm 2022. Hämtad den 18 november, 2022, från <https://coronakommissionen.com/wp-content/uploads/2022/02/underlagsrapport-fragor-om-tydlighet-och-samstammighet-i-den-svenska-riskkommunikationen-om-covid-19-under-varen-2020.pdf>

Region Stockholm. (2022). *Rekommendation om Source Control med anledning av covid-19, gäller från 2022-04-01*. Hämtad 3 september, 2022 från <https://vardgivarguiden.se/globalassets/kunskapsstod/smittydd/covid-19/source-control/covid-19-source-control-och-personlig-skyddsutrustning-for-personal-inom-var-d-och-omsorg.pdf?IsPdf=true>

Ringsberg, K., C., Olander, E., & Tillgren, P. (2014). *Health Literacy Teori och praktik i hälsofrämjande arbete*. Studentlitteratur AB.

Regeringskansliet. (u.å.a). *Agenda 2030. Mål 3. Hälsa och välbefinnande*. Hämtad den 24 september, 2022 från <https://www.regeringen.se/regeringens-politik/globala-malen-och-agenda-2030/agenda-2030-mal-3-halsa-och-valbefinnande/>

Regeringskansliet. (u.å.b). *Agenda 2030. Mål 10. Minskad ojämlikhet*. Hämtad den 12 november, 2022 från <https://www.regeringen.se/regeringens-politik/globala-malen-och-agenda-2030/agenda-2030-mal-10-minskad-ojamlikhet/>

Regeringskansliet. (u.å.c). *Agenda 2030 och de globala målen för hållbar utveckling*. Hämtad den 15 januari, 2023 från <https://www.regeringen.se/regeringens-politik/globala-malen-och-agenda-2030/>

Socialstyrelsen. (2020). *Uppdatering av tidigare rapport gällande identifiering av riskgrupper gällande identifiering av riskgrupper som löper störst risk att drabbas av ett särskilt allvarligt sjukdomsförlopp vid insjuknande i covid-19*. Hämtad den 5 oktober, 2022, från

<https://www.socialstyrelsen.se/globalassets/sharepoint-dokument/dokument-webb/ovrigt/identifiering-av-riskgrupper-covid19.pdf>

Socialstyrelsen. (2021). *Uppdrag att löpande se över och vid behov uppdatera sammanställningen över de identifierade grupperna som löper störst risk att drabbas av särskilt allvarlig sjukdomsutveckling vid insjuknande i covid-19* (S2021/00825 delvis). Hämtad den 5 oktober, 2022 från

<https://www.socialstyrelsen.se/globalassets/sharepoint-dokument/dokument-webb/ovrigt/socialstyrelsen-riskgrupper-covid19-delrapport-tre.pdf>

Sørensen, K., Van den Broucke, S., Fullam, J., Doyle, G., Pelikan, J., Slonska, Z., & Brand, H. (2012). Health literacy and public health: a systematic review and integration of definitions and models. *BMC Public Health*, *12*(1), 80. <https://doi-org.libraryproxy.his.se/10.1186/1471-2458-12-80>

Sørensen, K., Levin-Zamir, D., Duong, T. V., Okan, O., Brasil, V. V., & Nutbeam, D. (2021). Building health literacy system capacity: a framework for health literate systems. *Health Promotion International*, *36*, i13–i23. <https://doi-org.libraryproxy.his.se/10.1093/heapro/daab153>

Trezona, A., Dodson, S., & Osborne, R. H. (2017). Development of the organisational health literacy responsiveness (Org-HLR) framework in collaboration with health and social services professionals. *BMC Health Services Research*, *17*, 1–12. <https://doi-org.libraryproxy.his.se/10.1186/s12913-017-2465-z>

Vetenskapsrådet. (2017). *God forskningssed*. Hämtad 22-04-10 från <https://publikationer.vr.se/produkt/god-forskningssed>

Vårdgivarguiden. (2022). *Hälsodeklaration vid vaccination. Gäller vaccination mot covi-19, influensa och pneumokocker*. Hämtad den 22 november, 2022 från

<https://vardgivarguiden.se/globalassets/kunskapsstod/smittydd/vaccination/halsodeklaration-vid-vaccination.pdf>

Wittenberg, E., Ferrell, B., Kanter, E., & Buller, H. (2018). Health Literacy: Exploring nursing challenges to providing support and understanding. *Clinical Journal of Oncology Nursing*, *22*(1), 53–61. <https://doi-org.libraryproxy.his.se/10.1188/18.CJON.53-61>

Wismans, A., van der Zwan, P., Wennberg, K., Franken, I., Mukerjee, J., Baptista, R., Marín, J. B., Burke, A., DeJardin, M., Janssen, F., Letina, S., Millán, J. M., Santarelli, E., Torrès, O., & Thurik, R. (2022). Face mask use during the COVID-19 pandemic: how risk perception, experience with COVID-19, and attitude towards government interact with country-wide policy stringency. *BMC Public Health*, 22(1), 1–14. <https://doi-org.libraryproxy.his.se/10.1186/s12889-022-13632-9>

Wramner, K., P., Wramner, H., & Wramner, B. (2017). *Grundläggande folkhälsovetenskap*. Liber AB.

Yu, J., Gorman, B. S., & Springer, C. M. (2022). Source of Information on Intentions to Adopt Protective Behaviours During COVID-19 in China. *Inquiry (00469580)*, 1–9. <https://doi-org.libraryproxy.his.se/10.1177/00469580221090411>

Zhang, X., & Wang, J. (2021). Dose-response Relation Deduced for Coronaviruses From Coronavirus Disease 2019, Severe Acute Respiratory Syndrome, and Middle East Respiratory Syndrome: Meta-analysis Results and its Application for Infection Risk Assessment of Aerosol Transmission. *Clinical Infectious Diseases*, 73(1), e241–e245. <https://doi-org.libraryproxy.his.se/10.1093/cid/ciaa1675>

6 Bilagor

6.1 Bilaga 1. Intervjufrågor

1. Upplever du att du ändrade ditt beteende gentemot andra människor efter att du börjat att använda munskydd? Om svaret är ja- På vilket sätt?
2. Upplever du att du ändrade ditt beteende när det gäller fysiska besök på din mottagning / vårdinrättning sedan du har börjat med användningen av munskydd? Om svaret ja- På vilket sätt?
3. Är du en riskgrupp?
4. Har du sökt någon information kring användning av munskydd? Om svaret ja- Var någonstans?
5. Fick du information från mottagningen / vårdinrättningen där du vårdats kring munskyddets betydelse samt instruktioner för hur munskydd skall användas på ett korrekt sätt?
6. Upplever du att smittskyddsåtgärden att bära munskydd är nödvändigt?
7. Berätta om dina kunskaper om korrekt användning av munskydd?
8. Följer du Folkhälsomyndighetens instruktioner ”Så använder du engångsmunskydd ”som utgivits 2020 (bifogar affischen).
9. I vilka situationer använder du munskydd? Meningen att bära munskydd.
10. Skulle du vilja att ändra rekommendationen gällande munskydd? Om svaret Ja- Hur?
11. Tror du att vi alla kommer att använda munskydd nästkommande år? Om svaret ja- Varför?
12. Känner du dig trygg med munskydd på så sätt att det skyddar dig ifrån att bli smittad av Covid-19?

6.2 Bilaga 2. Affisch visar vi hur du använder munskydd på ett korrekt sätt.

Så använder du engångsmunskydd

Ta på munskydd



Tvätta händerna eller använd handdesinfektionsmedel, exempelvis handsprit.



Kontrollera att munskyddet är helt och rent.



Placera munskyddet rättvänt över näsa, mun och haka. Banden ska sitta runt öronen eller huvudet. Se till att munskyddet sluter tätt utan några glipor.



Rör **inte** munskyddet när du har det på dig.

Ta av munskydd



Tvätta händerna eller använd handdesinfektionsmedel, exempelvis handsprit.



Ta tag i banden och lyft bort munskyddet utan att röra resten av munskyddet.



Kasta engångsmunskyddet.



Tvätta händerna eller använd handdesinfektionsmedel, exempelvis handsprit.

6.3 Bilaga 3. Hälsodeklaration vid vaccination.

Hälsodeklaration vid vaccination

Gäller vaccination mot covid-19, influensa och pneumokocker.

Personnummer:

Fyll i en hälsodeklaration per person.

Namn:

Känner du dig frisk idag utan tecken på infektion som exempelvis feber?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej
Har du vaccinerat dig de senaste 7 dagarna?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej
Om ja, mot vad:	
Har du allergi mot ägg?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej
Har du allergier mot något annat (till exempel födoämne, insekter, läkemedel) som någon gång gett dig kraftiga reaktioner som du behövt behandling på akutmottagning eller inläggning på sjukhus för?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej
Har du någon gång efter vaccination eller efter injektion av läkemedel fått en kraftig reaktion som du behövt behandling på akutmottagning eller inläggning på sjukhus för?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej
Har du ökad blödningsbenägenhet p.g.a. sjukdom eller behandling?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej
Har du någon av följande kroniska sjukdomar eller tillstånd:	
Kronisk lungsjukdom, inklusive svår och instabil astma?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej
Nedsatt lungfunktion och försämrad hostkraft till följd av neuromuskulär sjukdom, extrem fetma (BMI>40) eller annat?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej
Kronisk hjärt- och kärlsjukdom inklusive stroke och högt blodtryck?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej
Nedsatt immunförsvar till följd av sjukdom eller behandling? Till exempel immunbristsjukdom, nylig stamcellstransplantation, immunhämmande behandling vid cancer eller autoimmun sjukdom.	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej
Genomgått organtransplantation?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej
Kronisk lever- eller njursvikt?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej
Diabetes mellitus typ 1 eller 2?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej
Cystisk fibros?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej
Nefrotiskt syndrom?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej
Har du cochleaimplantat?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej
Har du likvorläckage?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej

→ Fortsättning nästa sida

Har du Downs syndrom?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej
Har din mjälte opererats bort eller har du dåligt fungerande mjälte?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej
Är du gravid? Om ja, ange graviditetsvecka:	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej
Är du vård-/omsorgspersonal?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej
Samtycker du till att dina vaccinationsuppgifter går att läsas av andra vårdgivare?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej

Underskrift – lämna ifylld hälsodeklaration till din vaccinator

Vuxna	
..... Datum Underskrift av den som ska vaccineras
Barn under 18 år	
Jag samtycker till att mitt barn vaccineras mot <input type="checkbox"/> covid-19 <input type="checkbox"/> influensa <input type="checkbox"/> pneumokocker	
..... Vårdnadshavarens namnteckning Vårdnadshavarens namnteckning
..... Namnförtydligande Namnförtydligande
..... Ort, datum, telefon dagtid Ort, datum, telefon dagtid
<i>För information om samtycke och mognadsbedömning av personer under 18 år, var god se: www.smittskyddstockholm.se → Sök 'samtycke vaccination' eller 'mognadsbedömning'</i>	

Ifylles av vaccinator – vid vaccination av ungdomar yngre än 18 år

Har samtycke inhämtats från vårdnadshavare enligt regionens riktlinjer? (OBS! Vid samtycke måste påskriven hälsodeklaration sparas!)	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej
Har samtycke från ungdomen godkänts efter individuell mognadsbedömning enligt regionens riktlinjer? (OBS! Gäller endast om ungdomen är född 2006 eller tidigare)	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej
Vaccinatörens underskrift om Vaccinera har driftsproblem	
..... Datum Namnteckning