Blekinge Tekniska Högskola
Sektionen för hälsa

UTVÄRDERING AV ETT HÄLSOTEK UR MÄNNENS PERSPEKTIV

HÄLSOTEK SOM STÖDJANDE MILJÖ, DESS INVERKAN PÅ HÄLSA OCH FÖRMÅGAN ATT TA ANSVAR FÖR DEN EGNA HÄLSAN

PAYAM SHIRAZI

Examensarbete i folkhälsovetenskap 15 hp
Kursbeteckning
Program Folkhälsovetenskapliga programmet
Maj 2013

Handledare Ewy Olander
Blekinge Tekniska Högskola
Sektionen för hälsa
371 79 Karlskrona

UTVÄRDERING AV ETT HÄLSOTEK UR MÄNNENS PERSPEKTIV

HÄLSOTEK SOM STÖDJANDE MILJÖ, DESS INVERKAN PÅ HÄLSA OCH FÖRMÅGAN ATT TA ANSVAR FÖR DEN EGNA HÄLSAN

PAYAM SHIRAZI

SAMMANFATTNING

BAKGRUND. I samarbete mellan vård regionerna och stadsdelsförvaltningarna i Göteborg, har flera *Hälsotek* bildats för att göra hälsoinformation tillgänglig och för att underlätta för allmänheten att ta ansvar för sin egen hälsa. Sedan tidigare utvärdering av Hälsoteket i Angered 2008, som beskrev bilden av Hälsoteket bland vårdpersonal och besökare, som en kvinnoverksamhet, så har Hälsoteket arbetat med aktiviteter särskilt riktade till män. Flera av aktiviteterna som var riktade till män har sedan lagts ned. I utvärderingen från 2008, uttryckte Hälsotekets manliga besökare att de inte kände sig bekväma på Hälsoteket, och att de kände sig utanför. **SYFTE.** Syftet med studien var att utvärdera Hälsoteket Angered som en stödjande miljö för manliga besökare, dess betydelse för deras hälsa och betydelsen för förmågan att ta ansvar för den egna hälsan. **METOD.** Studien genomfördes med två kvalitativa metoder, deltagande observationer och enskilda intervjuer. Manliga deltagare så väl som personalen intervjuades och Hälsoteket observerades under tretton veckor. **RESULTAT.** Innehållsanalysen av det insamlade materialet formade fem kategorier; *Fysisk och psykisk hälsa, Social miljö, Fysisk miljö, Förmåga till ansvar för egen hälsa och Delaktighet.* Kategorierna har samlats till temat Hälsotek som stödjande miljö. **DISKUSSION.** Hälsoteket i Angered visade en god potential till att vara en stödjande miljö som främjar manliga besökares fysiska- så väl som psykosociala hälsa. Hälsoteket kunde bidra till att stärka besökarnas förmåga att ta ansvar för sin egen hälsa, och ökade männens medvetenhet om hälsofrämjande levnadsvanor. Hälsoteket avlastade hälso- sjukvården genom att stärka grupper som var på väg tillbaka till hälsa, och främjade männens fysiska och psykosociala hälsa.

Nyckelord
Hälsotek, Hälsofrämjande, Angered Arena

Innehållsförteckning

INTRODUKTION **1**

BAKGRUND **1**

Hälsotek **3**

Hälsotek i Angered **5**

Hälsa och hälsofrämjande arbete **6**

Socialt kapital, socialt stöd **7**

Stödjande miljöer **7**

The Educational approach **8**

Egenmaktstärkande **9**

SYFTE **9**

METOD **9**

Urval **9**

Deltagande observationer **10**

Enskilda Intervjuer **10**

Dataanalys **11**

Etiska överväganden **11**

RESULTAT **12**

Fysisk och psykisk hälsa **13**

Rutin av motion utan kommersiell arena *13*

Anpassad fysisk aktivitet på vägen tillbaka *13*

Social Miljö **13**

Friskt socialt sammanhang *13*

God social miljö *14*

Fysisk Miljö **14**

Fysiska hinder *14*

Förmåga till ansvar för egen hälsa **16**

Stärkta av anpassad fysisk aktivitet *16*

Delaktighet **17**

Kostnadsfri fysisk aktivitet *17*

Längtar till Hälsotek *17*

Lågt antal män avskräcker *17*

DISKUSSION **18**

Resultatdiskussion **18**

Angered stadsdel i behov av Hälsotek *18*
Anpassad fysisk aktivitet *18*
Kostnadsfritt alternativ *19*
Hälsotek främjar goda levnadsvanor *19*
Salutogent perspektiv *20*
Komplement till hälso- sjukvården *20*
Få manliga besökare *21*
Metoddiskussion **21**
REFERENSLISTA **22**
BILAGEFÖRTECKNING **27**

INTRODUKTION

Sverige har sedan 2007 arbetat med elva målområden för folkhälsan (prop. 2007/08:110). Propositionen *En förnyad folkhälsopolitik* (prop.2007/08:110) ger landstingen i uppdrag att hitta nya arbetssätt för att arbeta med dessa målområden. Ansvaret för hälsan försköts 2009 till att individen själv skulle ta ett större ansvar för sin hälsa (prop. 2009/10:67). Flera kommuner och landsting har startat Hälsotek för att stärka individens förutsättningar att ta ett större ansvar för sin egen hälsa. Forskning om Hälsotek i Sverige och internationellt har visat på att Hälsotek har en god potential till vara en hälsofrämjande arena och en stödjande miljö som kan påverka besökarnas hälsa positivt. Tidigare studier har visat att Hälsotek-liknande aktiviteter besöks främst av kvinnor (Stockholms läns landsting, 2007, Örebro läns landsting, 2004), och att få män besöker Hälsotek. Ohälsa drabbar män som kvinnor, och Hälsotek behöver nå de män som är i behov av verksamheten. Den här studien genomförs för att undersöka huruvida Hälsoteket i Angered kan vara en stödjande miljö som främjar de manliga besökarnas hälsa, och egenmakt till att ta ett större ansvar för den egna hälsan, för att motivera till fler aktiviteter riktade till män.

BAKGRUND

Världshälsoorganisationen gav år 1999 ut dokumentet Hälsa 21 som anger tjugoen folkhälsomål att sträva efter, mål som jämlikhet i hälsa, en hälsosam start i livet, hälsosammare levnadsvanor och hälsosammare vardagsarenor (WHO, 1999). Sverige arbetar mot målen genom de elva folkhälsoområden som regeringen har arbetat fram (prop. 2007/08:110). Det elva målområdena för folkhälsan är:

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

Regeringens politik för hälso- sjukvården har riktat fokus mot att öka patientens valfrihet men också ansvar för sin egen hälsa (prop. 2009/10:67; prop. 2007/08:110). I proposition 2007/08:110 ger regeringen landstingen i uppdrag hitta nya sätt att arbeta för att främja allmänhetens hälsa. Flera kommuner och landsting har startat Hälsotek dit allmänheten kan vända sig för att informera sig om hälsofrämjande levnadsvanor och använda subventionerade friskvårds aktiviteter för att stärka sin kapacitet att främja sin egen hälsa.

Världshälsoorganisationen gav år 2008 ut rapporten *Closing the gap in a generation,* (WHO, 2008). Rapporten arbetades fram av en kommission, ledd av nitton kommissionärer, vars ordförande var Sir Michael Marmot. Därför kallas rapporten ofta för *Marmotkommissionens*

rapport. Rapporten lyfter upp frågan om social rättvisa, hur hälsoklyftorna mellan olika länder är upp till fyrtio år mätt till förväntad medellivslängd. Rapporten beskriver också hur det finns stora hälsoskillnader inom länder och att de beror på sociala förhållanden och strukturella bestämningsfaktorer för hälsan. Kommissionen rekommenderade att stärka människors förutsättningar för det dagliga livet, genom att arbeta mot en ojämlik fördelning av makt och resurser, att utveckla metoder för att följa upp ojämlikheter i hälsa, att utbilda människor i sociala bestämningsfaktorer för hälsan och att arbeta för en ökad medvetenhet bland allmänheten.

I Malmö tillsattes en kommission för att arbeta med frågor om hälsoskillnader och dess sociala och strukturella bestämningsfaktorer. Malmökommissionen arbetade med Marmotkommissionens rapport som underlag. Malmökommissionen (2013) beskrev i sin slutrapport, fem motiv till att motverka hälsoskillnaderna i samhället: de orättfärdiga skillnaderna i hälsa är oetiska, sociala skillnader i hälsa motverkar en hållbar utveckling, minskade hälsoskillnader gynnar samhället, skillnader i hälsa är en fråga om jämställdhet, och oskäliga skillnader i hälsa är en samhällsekonomisk kostnad. Kommissionen varnade för att ohälsan i sig leder till en social nedgång och hur viktig den sociala dimensionen av hållbarhet är för ekonomisk hållbarhet. Malmökomissionens slutrapport (2013) beskrev hur fokus behöver förskjutas ifrån individuella faktorer bakom hälsa, till ett bredare perspektiv på hälsans sociala bestämningsfaktorer för att inte hälsoklyftorna ska fortsätta att växa. Att arbeta med sociala eller strukturella förändringar, är en hälsofrämjande ansats av hälsoarbete (Naidoo & Wills, 2009). Det innebär ett arbete mot att stärka det friska och målet är att skapa hälsofrämjande arenor. En arena är den plats där människor lever sina vardagliga liv (Naidoo & Wills, 2009). Hälsoteket är tänkt att vara en hälsofrämjande arena som ska stärka det friska och stärka besökarnas förmåga att ta ett större ansvar för den egna hälsan.

I Göteborg arbetar stadsdelarna med Marmotkommissionens rapport genom att ta fram statistik över ojämlikheterna inom stadsdelarna. De indikatorer som stadsdelen Angered har valt att mäta hälsoskillnader med, är Tobaksrökning och tandhälsa. Tandhälsan är en stark indikator för social position och i Angered är tandhälsan sämst bland stadsdelarna i Göteborg (Andersson, 2013). I Angered har 82 % av nittonåringarna karies (Andersson, 2013). Det indikerar att en stor andel av befolkningen i stadsdelen Angered har en låg social position, sämre förutsättningar till en god hälsa och att det finns stora hälsoskillnader i stadsdelen. Därför behövs insatser för att minska ojämlikheterna i hälsa i stadsdelen och främja hälsan för de svagaste grupperna. Hälsoteket i Angered är en kostnadsfri verksamhet, med intentionen att minska ojämlikheter i hälsa, genom att stärka förutsättningarna för en god hälsa för de svagaste grupperna i samhället (Västra Götalandsregionen, 2011). Grupper som av ekonomiska skäl inte har tillgång till kommersiella friskvårdsarenor eller på grund av språksvårigheter inte kan tillgodogöra sig hälsoinformation, får tillgång till en arena för fysisk aktivitet, hälsoinformation och socialt stöd genom Hälsoteket i Angered.

De som har kortast utbildning, har också har lägst chans att leva fram till sin pension och de 20 % av befolkningen som endast har en förgymnasial utbildning är en särskilt socialt utsatt grupp (Socialstyrelsen & Statens folkhälsoinstitut, 2012). Mellanmänsklig tillit och tillit till samhällsinstitutionerna minskar stressen (Ibid). Individer som har mer tillit till andra är också

mer benägna att delta i sociala nätverk och demokratiska institutioner (Socialstyrelsen & Statens folkhälsoinstitut, 2012). Att ha ett arbete är också en viktig bestämningsfaktor för hälsan. (Socialstyrelsen & Statens folkhälsoinstitut, 2012)

Enligt regeringens budgetproposition för 2009 ska arbete som skapar en positiv utveckling i stadsdelar med ett utbrett utanförskap prioriteras för att få fler i arbete (prop. 2008/09:1). Stadsdelen Angered har en lägre medelinkomst än resten av staden och andelen låginkomsttagare är betydligt högre än snittet för Göteborg (Göteborgs Stadsledningskontor, 2013). I stadsdelen Angered är andelen med försörjningsstöd mer än tre gånger så hög som i resten av staden och arbetslösheten är dubbelt så stor (Ibid). Andelen med en eftergymnasial utbildning är lägre i Angered än stadssnittet och likaså självförsörjningsgraden (Ibid). I stadsdelen är andelen födda i utlandet 49 % och andelen med en eftergymnasial utbildning är 26,8% (Ibid). Grupper som löper störst risk för ohälsa är därmed särskilt starkt representerade i stadsdelen Angered (Göteborgs Stadsledningskontor, 2013).

För stadsdelen Angered är sysselsättningsgraden för åldrarna 25 – 64 år, 56 % och inom stadsdelen finns det ännu större skillnader (Göteborgs Stadsledningskontor, 2013). I Gunnilse, som är en ort inom stadsdelen, är sysselsättningsgraden 84 % medan sysselsättningsgraden i orten Hammarkullen är 43 % (Ibid). Delaktighet i samhället, mätt som valdeltagande skiljer sig också inom stadsdelen, som har ett valdeltagande på 62 % totalt. Orten Linnarhult har ett valdeltagande på 80 %, samma siffra för orten Gårdsten är 51 %, vilket visar på ojämlikheter i hälsa inom stadsdelen (Ibid). I Angered finns en stor grupp som står vid sidan av samhället och löper risk för ohälsa, därför finns det ett särskilt behov av hälsofrämjande arenor och ett socialt hälsoarbete i stadsdelen, i enlighet med de fem motiven i malmökommissionens slutrapport. Hälsotek kan därför spela en viktig roll som en socialt hälsofrämjande arena i Angered.

Hälsotek

I slutet av 1990 talet skrev Midha och Sullivan (1998) i Storbritannien att åren av individualiserad ”Thatcher-politik”, som lägger tyngden av ansvaret för hälsan på individen, förbiser de sociala och strukturella bestämningsfaktorerna för hälsan och den inverkan som individens omgivning har på henne (Midha och Sullivan, 1997). Midha och Sullivan argumenterade inte för en renodlad strukturalism och fråntog inte individen hennes ansvar för sin egen hälsa, men menade att hälsofrämjande arbete behöver ta hänsyn till hur individens sociala, kulturella och ekonomiska kontext påverkar hennes hälsa.

Labourpartiet tog initiativ till att starta Healthy Living Centers 1999 (Sharp, 2002) för att minska ojämlikheterna i de strukturella förutsättningarna till hälsan. Tanken var att främja goda levnadsvanor för allmänheten, med ett särskilt fokus på de mest sårbara grupperna i samhället. Aktiviteter kunde vara musikprojekt och promenadscheman som allmänheten kunde delta i. Idén liknade tidigare projekt i London ifrån 1935, med det så kallade Peckham Health Center. Peckham var en socioekonomiskt utsatt del av London och förhoppningen var att allmänheten skulle bli mer delaktiga i samhället. Health Centers skulle främja deras självkänsla, självförtroende och det skulle stärka deras förmåga att leva mer hälsosamt. Healthy Living Centers, som sattes i verket av The Big Lottery Found (Sharp, 2002) har haft

positiva effekter för de besökare som har besökt dem regelbundet över en längre tid och det har också ökat intresset för hälsosamma levnadsvanor bland grupper som tidigare inte har haft ett sådant intresse. Hälsocentren i Storbritannien verkade stabiliserande för besökarnas mentala välbefinnande, det förbättrade deras levnadsvanor vad gällde tobaksvanor och fysisk aktivitet och det gav besökarna en mer positiv syn på deras hälsa och livskvalitet. (Sharp, 2002)

I Frankrike utfördes en studie med 3019 deltagare på Hälsocentren (Perrin, Ferron, Guegen, Deschamps, 2002) och sambanden mellan en fysiskt aktiv livsstil och självupplevd hälsa studerades. Perrin med fleras studie visade att det fanns ett samband mellan en fysiskt aktiv livsstil och självupplevd hälsa bland Hälsocentrens besökare.

I Sverige startade Apoteket de första Hälsotorgen för redan ett decennium sedan (Norelius, 2004). Hälsotorgen skulle vara en hälsofrämjande arena med avsikten att förbättra allmänhetens hälsa och arbetet skulle riktas mot de särskilda behov som fanns i de områden där Hälsotorgen verkade (Norelius, 2004). Studier som utfördes på Hälsotorg kom fram till att Hälsotorg har en potential att vara hälsofrämjande arenor (Jama, Olander, Wallenberg, Haglund, 2010).

Fler erfarenheter ifrån Hälsotorg (Jama, 2008) visade att aktiviteterna och den multikulturella personalen gjorde det till en attraktiv mötesplats för grupper som normalt inte använder friskvårds aktiviteter. Hälsotorg har potentialen att vara ett komplement till sjukvårdens folkhälsoarbete, särskilt för människor med en utländsk bakgrund (Ibid). Hälsotorget i Blekinge (Andersen, Olander, 2008) avlastade primärvården som hänvisade patienter med till exempel fysisk aktivitet på recept, FaR® till Hälsoteket. Studien visade hur primärvården som ofta inte hinner med ett hälsofrämjande arbete, kompletterades av hälsotorget.

Hälsotorget i Bredäng i Stockholms län påverkade besökarnas hälsa positivt (Stockholms läns landsting, 2007). Hälsotorgets styrka var att hälsoinformation blev mer tillgängligt för egenvårdsrådgivning och att Hälsotorget *lotsade* eller hänvisade kunder vidare till den vård de behövde. Hälsotorget i Bredäng besöktes av två tredjedelar kvinnliga besökare och nära hälften av dem var pensionärer. Där fick de hälsoinformation och rådgivning för att förbättra allmänhetens hälsa. Personalen på Hälsotorget i Bredäng uttryckte att Hälsotorget var ett positivt komplement till sjukvården.

Hälsotorget i Örebro besöktes av en majoritet kvinnliga kunder, som fick råd om egenvård och livsstilsfrågor (Örebro läns landsting, 2004). Utvärdering av Hälsotorget kom fram till att Hälsotorgets styrka var att göra hälsoinformation tillgänglig. Studier från Hälsotorget i Karlskrona (Olander, Sander, 2008) beskrev att utlandsfödda inte har samma förutsättningar till vård och hälsa som svenskfödda, på grund av kulturkrockar med hälsosjukvården. Det kan underminera den gruppens förutsättningar till socialt kapital och mellanmänsklig tillit (Patel m fl., 2005). Därför är insatser, för att stärka det sociala kapitalet för de grupperna viktiga (Reg. Skrivelse 2001/02:129).

Liknande aktiviteter kan ha en potential att främja hälsan. Genom att arbeta för goda levnadsvanor, att stärka det mentala välbefinnandet, att främja hälsan för besökarna, vara en

stödjande miljö och en hälsofrämjande arena, som i ovannämnda studier (Norelius, 2004; Jama, Olander, Wallenberg, Haglund, 2010; Jama, 2008; Andersen, Olander, 2008; Stockholms läns landsting, 2007; Örebro landsting, 2004; Olander, Sander, 2008), så kan Hälsotek främja hälsan. Hälsoteket i Angered har många gemensamma arbetssätt som ovannämnda Hälsotorg och Hälsocenter. Därför är det intressant att studera huruvida Hälsoteket i Angered kan främja sina manliga besökares hälsa, som tidigare aktiviteter har gjort.

Hälsotek i Angered

Hälsoteket i Angered startades 2005 i samverkan mellan Hälsosjukvårdsnämnd 12 i Göteborg och Stadsdelsnämnden Angered (Göteborgs Stad, 2012). Det övergripande målet är att stärka och förbättra hälsan och välbefinnandet för invånarna. (Västra Götalandsregionen, 2011). Hälsoteket Angereds målsättningar är:

1. Skapa möjlighet att ta ett större eget ansvar för sin hälsa och levnadsvanor.
2. Göra hälsoinformation lättillgängligt och förstådd i ett mångkulturellt samhälle.
3. Öka och underlätta kommunikation och förståelse mellan invånare, organisationer, föreningar och myndigheter.
4. Uppsökande verksamhet för att sprida hälsoinformation till grupper som är svåra att nå.
5. Skapa möjligheter för aktörer att bidra, genom olika aktiviteter som samlar människor, stärker välbefinnandet och förebygger ohälsa.
6. (Västra Götalandsregionen, 2011).

Hälsoteket ska minska ojämlikheter i Hälsa, förbättra levnadsvanor och välbefinnande, öka den fysiska aktivitetsnivån, främja goda matvanor, arbeta för tobaksstop och främja en god psykisk hälsa (Västra Götalandsregionen, 2011). Hälsoteket ska också vara ett komplement till sjukvården och stadsdelsförvaltningens ordinarie verksamhet. Hälsotekets aktiviteter ska bygga på en folkhälsovetenskaplig grund och arbeta från ett salutogent perspektiv (Ibid). Verksamheten ska utgå ifrån invånarnas behov (Västra Götalandsregionen, 2011).

Hälsoteket ska ta emot FaR-recept och utgöra ett stöd för förskola/skola, vårdcentraler och köpa insatser av sjukgymnast och dietist på primärvårdsnivå (Västra Götalandsregionen, 2011). Hälsoteket Angered har Drop-in hälsorådgivning som exempelvis drop-in frukost och hälsosamtal. Hälsoteket erbjöd även en hälsomånad i mars med föreläsningar om hälsa, kurser om övervikt och smärta, samt gruppträning för barn, ungdomar och vuxna (Göteborgs Stad, 2013). Exempel på gruppträning är bollpass, cirkelträning, *styrka och balans*, promenader och yogainspirerad träning (Göteborgs Stad, 2013).

Hälsoteket samarbetar, förutom med hälsosjukvårdsnämnden även med socialtjänsten i Lärjedalen, barnavårdscentralen i Hammarkullen och Gunnareds kyrka. Målgruppen är

grupper med små ekonomiska medel och motstånd till förpliktigande aktiviteter. (Västra Götalandsregionen, 2011)

År 2008 utfördes en extern utvärdering av verksamheten (Conextio Ethnographic, 2008). Den visade att väldigt få män besöker Hälsoteket i Angered. En av de intervjuade läkarna sa att han inte remitterade män till Hälsoteket för att det var en kvinnoverksamhet. Personalen vill att deras verksamhet ska vara en verksamhet för alla som bor på stadsdelen. I samma utvärdering berättade andra läkare och sjukgymnaster att det kändes positivt att ha den möjligheten att hänvisa patienter och klienter till Hälsoteket och att kunna slussa vidare dem från sjukvården till samhället (Conextio Ethnographic, 2008). Utvärderingen (Ibid) visade att män som var isolerade av fysiska eller psykosociala skäl, hade nytta av Hälsoteket för sin hälsa. Män som inte hade tillgång till alternativa arenor för fysisk aktivitet, hälsoinformation och socialt stöd, hade blivit stärkta av Hälsoteket Angered.

Hälsa och hälsofrämjande arbete

I Ottawa konferensen1986 slog Världshälsoorganisationen fast att definitionen för *hälsa* måste inbegripa mer än frånvaron av sjukdom (WHO, 1986). För en god hälsa och välbefinnande är den sociala omgivningen lika viktig som de individuella förutsättningarna (Ibid). Samhällsmässiga och strukturella bestämningsfaktorer för hälsa och välbefinnande inkluderades i definitionen av hälsa (Ibid). Världshälsoorganisationen, som citerad i Naidoo och Wills (2009, sida 13) beskriver hälsa som den grad till vilken en individ eller en grupp kan uppnå sina ambitioner, tillgodose sina behov och som förmågan att förändra eller anpassa sig till sina omständigheter.

En god hälsa påverkas så väl av individuella förutsättningar som ålder, kön, arv, goda sociala relationer och goda uppväxtvillkor, som av möjligheter till utbildning, ett tryggt boende, samhällsekonomiska förutsättningar och andra bestämningsfaktorer i individens omgivning (Dahlgren & Whitehead, 1991). Definitionen av hälsofrämjande arbete som *The Ottawa Health Charter* (WHO, 1986) beskriver, definieras av Nutbeam (1998) som en omfattande social och politisk process, inte bara för att stärka individens kompetens, men också för att stärka de sociala, miljömässiga och ekonomiska förutsättningarna som påverkar på individens hälsa. Hälsofrämjande som Nutbeam definierar det är den process i vilken människor får kontroll över de bestämningsfaktorer som påverkar på deras hälsa. Därför behöver det hälsofrämjande arbetet även innefatta att öka medvetenheten om hälsans sociala bestämningsfaktorer bland allmänheten (WHO, 2008). Hälsotek kan vara ett socialt hälsoarbete riktat till de svagaste grupperna i samhället, som av ekonomiska skäl inte har tillgång till kommersiella friskvårdsarenor eller på grund av språksvårigheter inte kan tillgodogöra sig hälsoinformation. Hälsotek kan även vara en hälsofrämjande arena som ökar medvetenheten om hälsans bestämningsfaktorer. Ett Salutogent perspektiv (Antonovsky, 1991) fokuserar på vad som bevarar hälsan och inte på vad som orsakar sjukdom. Hälsoteket arbetar från ett salutogent perspektiv (Västra Götalandsregionen, 2011) och är en viktig arena för hälsofrämjande och sjukdomsförebyggande arbete, inte minst för utsatta grupper, grupper med nedsatt fysisk hälsa och äldre.

Socialt kapital, socialt stöd

Socialt stöd är banden mellan människor, sociala nätverk och de normer för ömsesidighet och tillit som det ger upphov till (Putnam, 2000). Mellanmänskligt förtroende och förtroendet för demokratiska institutioner är bestämningsfaktorer för hälsa och socialt stöd har en hälsobevarande effekt (Patel m fl., 2005). Putnam beskriver hur jämlika samhällen med goda sociala relationer och tillit mellan individer, är en förutsättning för demokrati och kallar den mellanmänskliga tilliten och jämlikheten för socialt kapital (Putnam 2000). Hälsoteket som en offentlig verksamhet har en viktig uppgift att bygga upp förtroendet för samhällsinstitutionerna, särskilt bland utsatta grupper, vilket också är målsättningen: ”att öka och underlätta kommunikation och förståelse mellan invånare, organisation, föreningar och olika myndigheter” (Västra Götalandsregionen, 2011).

Janlert (2000) beskriver socialt stöd som ett praktiskt och emotionellt stöd från andra personer i situationer av yttre påfrestningar. När ett socialt stöd saknas som buffert under svåra perioder i människors liv, blir coping-mekanismer som riskbruk av alkohol, tobak och droger en fara för individens hälsa. Många nytillkomna immigranter som helt saknar anhöriga och på grund av språksvårigheter inte vet vart de kan vända sig när de behöver prata med någon, har därför mycket sämre sociala förutsättningar för hälsa (Socialstyrelsen & Statens Folkhälsoinstitut, 2012). Hälsoteket har därför en viktig roll som en stödjande miljö, att stärka det sociala kapitalet, lika mycket som att vara en arena för fysisk aktivitet.

Beteenden och levnadsvanor kan inte urskiljas ifrån sin sociala kontext (Naidoo & Wills, 2009). Flera hälsovådliga levnadsvanor är copingmekanismer för att hantera stressen i tillvaron med fattigdom och isolation. Bland utsatta grupper är ofta hälsovådliga levnadsvanor inte ett hänsynslöst beslut, utan ett val mellan stress och riskbruk (Naidoo & Wills, 2009). Därför blir ett beslut att leva hälsofrämjande mer tillgängligt för de som har en högre social status och starkare kontrollokus (Naidoo & Wills, 2009). Kontrollokus (Janlert, 2000) är individens upplevda kontroll över tillvaron. Hassmén med flera (2003) skiljer mellan individer som har en extern kontrollokus och ser sig själva som att bli mer påverkade utifrån och individer som har en intern kontrollokus och därför är mer benägna att tro att deras liv i större omfattning är ett resultat av deras egna beslut (Hassmén, Hassmén, Plate, 2003).

För att utsatta grupper ska ha en möjlighet till en bättre hälsa behövs insatser riktade mot bestämningsfaktorerna för hälsa, både de externa strukturella faktorerna, såväl som de interna och psykosociala faktorerna, som individens självupplevda förmåga att påverka sin hälsa. Det är också ett av de formulerade målen för Hälsoteket: ”att skapa möjligheter för människor att ta ett större eget ansvar för sin hälsa och göra hälsosamma val” så väl som det övergripande målet: ”att stärka och förbättra hälsan och välbefinnandet hos invånarna” (Västra Götalandsregionen, 2011).

Stödjande miljöer

Arbetet med Stödjande miljöer för hälsa, utvecklades på 1980 talet och söker systematiska förändringar på hela levnadsmiljön, för att främja hälsan. Stödjande miljöer utvecklades i Världshälsoorganisationens *The Ottawa Charter for Health Promotion* (1986). Det är en

ekologisk modell av hälsofrämjande som konkretiserar hälsa som bestämd av faktorer i socioekonomi, organisation, miljö och individuella faktorer med fokus på hälsa och välbefinnande istället för sjukdom. Ett arbete med stödjande sociala miljöer för hälsan, inbegriper att bryta isolation, ge alla möjligheten att ingå i en gemenskap, och att skapa strukturer som finns där för individen vid en krissituation (SOU, 2000:1). Fokus för arbetet ligger också på allmänheten och inte på individen, och innebär en holistisk syn istället för en reduktionistisk syn. Nyckel-principer för arbete med stödjande miljöer är delaktighet, samarbete, egenmaktstärkande och jämlikhet (WHO, 1986).

Kickbusch, (1996) beskriver hur folkhälsoarbetet har skiftat fokus från ett sjukdomsbekämpande perspektiv till att fokusera på potentialen att främja hälsan på vardagslivets arenor, för att både stärka känslan av sammanhang och självkänslan. Hälsotek kan ha en potential att vara en stödjande miljö som ger en känsla av sammanhang och främjar självkänslan (Sharp, 2002; Jama, Olander, Wallenberg, Haglund, 2010). Dooris med flera (2007) skriver att stödjande miljöer bygger på värderingar som delaktighet, rättvisa, och samarbete. Därför är det viktigt att Hälsotek som strävar efter att vara en stödjande miljö också arbetar mot samma värderingar. Stödjande miljöer är en viktig del i folkhälsoarbetet för att främja hälsan från ett holistiskt perspektiv, och för att utjämna skillnader i hälsa (Dooris, 2009). Ett holistiskt perspektiv som söker skapa stödjande miljöer, fokuserar på att förändra förutsättningarna som människor lever i, utöver att förändra individens levnadsvanor (Paton, Sengupta, Hassan, 2005). Porras och Robertsson (1992) beskriver att en stödjande miljö består av fyra faktorer; *organisation, fysisk miljö, arbetssätt och sociala faktorer,* därför är det relevant att arbeta med samtliga faktorer för att Hälsoteket ska ha förutsättningar att vara en stödjande miljö.

Stödjande miljöer kan föra samman flera hälsofrämjande initiativ till en helhet som främjar hälsan (Doris, 2013), och stödjande miljöer sträcker sig förbi sjukdomsbehandlande arbete, till att främja välbefinnandet. Stödjande miljöer kan främja hälsa i en större utsträckning än vad enskilda insatser kan, var för sig (Ibid). Stödjande miljöer skapar goda möjligheter för att arbeta hälsofrämjande med ett teoretiskt underlag (Dooris, 2005). Stödjande miljöer skapar möjligheter till samverkan mellan flera aktörer, för att främja hälsa (Dooris, 2005), och det är även Hälsotekets formulerade målsättning, att ”skapa möjligheter för olika aktörer att aktivt delta och bidra med olika aktiviteter, därmed samla och stärka hälsofrämjande och förebyggande aktiviteter som bedrivs i stadsdelen” (Västra Götalandsregionen, 2011). Genom att vara en arena där individer från olika grupper i samhället på olika hälsonivå möts, kan Hälsoteket vara en stödjande miljö som även stärker det sociala kapitalet och den mellanmänskliga tilliten för besökarna.

The Educational approach

Målen med *The Educational approach* (Ewles & Simnet, 2003) perspektivet är att göra kunskap och information tillgänglig, och utveckla kompetens och färdigheter hos människor, så att de kan ta informerade beslut. Målen med educational approach (Ibid) är inte att få människor att förändra sina vanor, men att ge dem möjligheten att själva välja att göra det om de så önskar. Psykologiska teorier beskriver hur inlärning sker i tre aspekter (Ewles & Simnet, 2003), kognitiva, affektiva och beteendemässiga aspekter. Den kognitiva aspekten är

förståelsen av information, den affektiva aspekten attityder och känslor, och den beteendemässiga, levnadsvanor. Målen med Hälsoteket är att ”göra det möjligt för människor att ta ett eget ansvar för sin hälsa” och ”göra hälsoinformation tillgänglig” (Västra Götalandsregionen, 2011), därför blir educational approach (Ewles & Simnet, 2003) ett relevant perspektiv att studera Hälsoteket genom, då det redan är en så stor del av arbetssättet.

Egenmaktstärkande

För att människor ska stärkas i sin förmåga att främja sin hälsa, och bli *egenmaktstärkta* (*Empowerment*, Naidoo, Wills, 2009) behöver de förstå sin egen maktlöshet, känna starkt för att förändra situationen, och känna sig kapabla att förändra, genom information, stöd och livskunskap. Egenmaktstärkande beskriver det arbetssätt som stärker människors förmåga att förändra sin sociala verklighet och främja sin egen hälsa (WHO, 1998). Det är ett sätt att föra makten tillbaka till individen. Hälsoteket ska vara ett komplement till hälso- sjukvårdens och stadsdelsförvaltningens ordinarie verksamheter, med målsättningen ”att skapa möjligheter för människor att ta ett större eget ansvar för sin hälsa och göra hälsosamma val” (Västra Götalandsregionen, 2011). Individer som kommer ifrån hälso- sjukvården, ska genom Hälsoteket stärkas till att själva förmå att ta ansvar för, och främja sin egen hälsa.

SYFTE

Syftet med studien var att utvärdera Hälsoteket Angered som en stödjande miljö för manliga besökare, dess betydelse för deras hälsa och betydelsen för förmågan att ta ansvar för den egna hälsan.

METOD

Kvalitativa metoder ansågs vara lämpliga för att få reda på de manliga besökarnas perspektiv och uppfattningar (Bryman, 2012) och för att studera det sociala sammanhanget på Hälsoteket i Angered (Naidoo & Wills, 2009).

Urval

Studien koncentrerades på ett Hälsotek, och enbart på manliga besökare, på grund av att män i tidigare studier var underrepresenterade på liknande aktiviteter (Conextio Ethnographic, 2008; Stockholms läns landsting, 2007; Örebro läns landsting, 2004), och att det därför är viktigt att bygga ett vetenskapligt underlag till särskilda aktiviteter för män. Under samtal med utvecklingsledare på stadsdelsnämnden i Angered framkom det att diskussioner har förts om huruvida grupper särskilt för män ska få finnas kvar på Hälsoteket Angered. Under samtal kring urvalet med personalen på Hälsoteket uttryckte personalen att fanns ett behov av Hälsotekets aktiviteter även bland grupper av män. Därför har beslutet tagits att koncentrera utvärderingen på de manliga besökarna på Hälsoteket i Angered, för att visa på hur Hälsoteket har främjat deras hälsa.

Deltagande observationer
Deltagande observationer (Bryman, 2012) genomfördes genom regelbunden deltagande under tretton veckor på Hälsoteket. Blandade grupper, grupper särskilt för manliga besökare, föreläsningar och Drop-in frukost tillfällen observerades. Gruppträningspass som observerades har till exempel varit Funkisgympan på Gunnareds kyrka som var en blandad grupp, bollpasset på Sportlife, även det en blandad grupp, och Styrka och Balans på Hälsoteket i Angered, enbart för män. Även Cirkelträningen på Rannebergens Gym, en blandad grupp, och Rörelse och Ro på Angered Arena, blandad grupp, observerades. Varje aktivitetstillfälle var en gång per vecka på Hälsoteket i Angered, och på de olika lokaler som Hälsoteket lånade. Samtliga manliga deltagare har observerats samtidigt vid varje observationstillfälle, där observatören deltog på aktiviteterna tillsammans med Hälsotekets besökare, och utförde eventuella träningsaktiviteter och dylikt tillsammans med besökarna. Samtliga ledare för Hälsotekets aktiviteter var kvinnliga, med undantag för inbjudna gästföreläsare, som vid ett observationstillfälle var en somalisk man, en chef på skatteverket. Föreläsningar som observerades, var de föreläsningar som hölls på Hälsoteket Angered under temamånad mars, med teman som mänskliga rättigheter, kost och stress. Även under Drop-In frukost tillfällen på Hälsoteket Angered togs frågor om mänskliga rättigheter, och stress upp.

Efter varje observationstillfälle fördes anteckningar på deltagarnas och personalens beteenden, samtal besökarna emellan och samtal med observatören. Observationssamtal genomfördes med besökare på Hälsoteket vid varje observationstillfälle. Observationerna utfördes regelbundet för att förstå den sociala kontextens egenskaper och hur det påverkar på frågeställningarna för studien. Metoden var lämplig därför att den lyft fram, dels de sociala egenskaperna som ligger bakom och påverkar frågeställningarna för studien, och dels besvarar frågorna utifrån besökarnas eget perspektiv (Bryman, 2012). Urvalet av aktiviteter som observerades, bestämdes i samråd med Hälsotekets personal, för att samtliga grupper där män hade möjligheten att delta, och aktiviteterna med en regelbunden grupp manliga besökare skulle inkluderas.

Enskilda Intervjuer
Den andra metoden som användes var *Enskilda intervjuer,* där deltagare intervjuades enskilt tillsammans med observatör, med stöd av en *frågeguide* (Bryman, 2012), se bilaga 3. Även Hälsotekets personal intervjuades med en frågeguide med motsvarande frågor som den för Hälsotekets besökare, för att identifiera jämförbara teman, se bilaga 4. Urvalet av deltagare för intervjuerna var ett *målstyrt urval* (Bryman, 2012), det vill säga ett icke-sannolikhets urval, av enbart manliga besökare. Syftet för urvalet var inte ett slumpmässigt urval, utan att strategiskt välja deltagare som var relevanta för studiens forskningsfrågor (Bryman, 2012), i det här fallet, de manliga besökarna. Syftet med ett målstyrt urval var att urvalet skulle vara relevant för att pröva teoretiska idéer och frågor kring den specifika gruppen manliga besökare på Hälsoteket och frågeställningarna som särskilt berör dem.

Antalet manliga besökare gick inte att på förhand avgränsa till urvalet för enskilda intervjuer, då Hälsoteket inte registrerade personuppgifter. Därför tillfrågades samtliga manliga besökare på Hälsoteket om att delta i enskilda intervjuer under april och maj månad. Studien omfattade tretton enskilda intervjuer som inte spelades inte, utan enbart anteckningar fördes.

Intervjuerna spelades inte in för att underlätta deltagandet i och med att besökare i något fall var skeptiska till att delta i studien, och att antalet manliga besökare på Hälsoteket var lågt, varför varje intervju var viktig för studien.

För att besvara frågeställningarna för studien användes öppna *riktade* frågor med ett *tema* (Bryman, 2012). Frågorna var riktade för att studera männens subjektiva uppfattningar av och upplevelser kring Hälsotekets aktiviteter, men samtidigt öppna frågor, för att diskutera svaren med besökarna. Hälsotekets samordnare, verksamhetschef och de anställda på Hälsoteket intervjuades med en snarlik frågeguide (se bilaga 4). Även personal på Hälsoteket i Östra Göteborg intervjuades som bakgrundsmaterial. Frågorna har ytterligare bearbetats med Hälsotekets personal och samordnare, se bilaga 3 och 4. Intervjuer genomfördes på Hälsotekets lokaler, och på de lokaler som Hälsoteket lånade för verksamheten. Intervjuer genomfördes på Angered Arena, på Hälsoteket i Angered, och på Rannebergens gym. Bara deltagaren och observatören var med vid intervjutillfället.

Dataanalys

Insamlad data analyserades med *kvalitativ innehållsanalysmetod* (Bryman, 2011). Två kvalitativa innehållsanalyser genomfördes, en per datainsamlingsmetod. Bakgrundsdata, data ifrån deltagande observationer och anteckningar därifrån, samt intervjuer och dithörande anteckningar bearbetades och gemensamma mönster och drag identifierades. Samband och gemensamma drag samlades till underkategorier som bildade kategorier, under temat *Hälsotek som stödjande miljö*, enligt Graneheim och Lundmans (2003) modell av innehållsanalys. Båda innehållsanalyser resulterade i samma gemensamma drag och underkategorier från observationer så väl som intervjuer varför dataanalyser från observationer och intervjuer arbetades samman till gemensamma kategorier och ett gemensamt tema för studiens resultat (se figur 1).

Etiska överväganden

Folkhälsosamordnaren, sjukgymnasterna och personalen som arbetade på Hälsoteket kontaktades för att säkerställa att Hälsotekets besökare informerades om att de studerades och syftet med studien i enlighet med *informationskravet* i de forskningsetiska principerna (Bryman, 2012). Hälsotekets besökare informerades om att de kan neka att delta i studien och att det inte kommer att påverka deras kontakter med Hälsoteket i det missivbrev som delades ut inför observationer och intervjuer. Inför de deltagande observationerna tillfrågades deltagarna om godkännande. Vid en situation där någon av Hälsotekets besökare inte velat bli observerad, utfördes selektiva observationer, och inga anteckningar fördes om deltagaren som nekat delaktighet, i enlighet med *samtyckeskravet* i de forskningsetiska principerna (Bryman, 2012).

I samtal med personalen på Hälsoteket togs beslutet att grupper som hade en vårdande eller behandlande karaktär, där besökarna lämnade känslig information, skulle uteslutas ur studien. Observationer av de grupperna skulle innebära ett intrång på besökarnas integritet, och en observation skulle riskera att påverka delaktigheten för besökarna på ett negativt sätt. Aktiviteter som uteslöts är smärthanteringskurser och grupper för nya mammor, FaR- samtal, och samtliga grupper av känslig art. Även kurser och grupper för ungdomar, och kvinnor

uteslöts med hänsyn till *nyttjandekravet* (Bryman, 2012) och att de inte var relevanta för studiens syfte.

Inför studien genomfördes en egengranskning av studiemetoden (se bilaga 6) och en ansökan lämnades till Blekinge Tekniska Högskolas Etikkommitté för en etisk granskning av studiemetoden. Etikkommittén lämnade sitt godkännande till att studien genomfördes med de valda metoderna (se bilaga 5). Hänsyn togs till deras yttranden inför datainsamlingen tillsammans med personal på Hälsoteket, och handledare för studien. Observatören deltog på aktiviteterna under samma villkor som de andra besökarna, för att minimera observatörens inverkan på gruppen. Innan aktiviteterna introducerade Hälsotekets personal observatören som berättade varför han var där. Anteckningar fördes efter varje avslutad observation. Inför intervjuer informerades besökarna både muntligt och skriftligt om syftet med intervjuerna och tillfrågades om godkännande. Frågor som kunde identifiera de svarande under intervjuerna, och likaså svar och delar av svar som kunde identifiera besökarna uteslöts, i enlighet med *konfidentialitetskravet* (Bryman, 2012).

RESULTAT

Resultaten av det insamlade materialet samlades under temat *Hälsotek som stödjande miljö,* med kategorier som beskriver på vilka sätt Hälsoteket var en stödjande miljö för hälsa. Resultaten från dataanalysen av intervjuer, och dataanalysen av de deltagande observationerna resulterade i likvärdiga eller identiska teman och underkategorier. Resultaten från dataanalyserna ifrån de olika metoderna presenteras i en gemensam dataanalys för att undvika upprepningar. Underkategorierna som genererades av dataanalyser, har bildat fem kategorier; *fysisk och psykisk hälsa, social miljö, fysisk miljö, förmåga till ansvar för egen hälsa,* och *delaktighet* (Figur 1). Det insamlade materialet har sökt att beskriva de sätt Hälsoteket var en stödjande miljö för männens hälsa, hur det påverkade deras hälsa, och hur det påverkade deras förmåga att ta ansvar för den egna hälsan.

Figur 1

TEMA:	**Hälsotek som stödjande miljö**				
Kategorier	**Fysisk och Psykisk hälsa**	**Social miljö**	**Fysisk miljö**	**Förmåga till ansvar för egen hälsa**	**Delaktighet**
Sub-Kategorier	Rutin av motion utan kommersiell arena	Friskt socialt sammanhang	Fysiska hinder	Stärkta av anpassad fysisk aktivitet	Kostnadsfri fysisk aktivitet
	Anpassad fysisk aktivitet på vägen tillbaka	God social miljö	Smålokaler utan omklädnings-rum	Stöd till ny livsstil	Längtar till Hälsotek
					Lågt antal män avskräcker

(Figuren visar de gemensamma dragen ifrån samtliga intervjuer och observationer från de kvalitativa innehållsanalyserna)

Resultatet ifrån den dataanalys som genererades av dataanalyser från de två metoderna, presenteras per kategori. Varje kategori presenteras sedan i de underkategorier som har format densamma, med dithörande citat ifrån intervjuer och utdrag från observationsanteckningar.

Fysisk och psykisk hälsa

Rutin av motion utan kommersiell arena
Flertalet observationer och intervjuer gav att Hälsoteket för många besökare skapade en *rutin av regelbunden motion utan en kommersiell arena*. Besökare som annars inte var fysiskt aktiva, började med att regelbundet besöka Hälsoteket, och fick därmed en rutin av regelbunden fysisk aktivitet som främjade deras hälsa. Hälsoteket var ett alternativ till kommersiella arenor och under de observationer som genomfördes och under intervjuerna, har det framkommit att några av deltagarna besökte olika hälsocenter och gym tidigare, men av olika skäl inte klarade av att göra det mer. Besökare beskrev under intervjuer, hur de har format vanor av fysisk aktivitet, sedan de har börjat att besöka Hälsoteket, och hur det främjade deras hälsa:

”det är en rutin som min hustru inte följer med på men jag har bestämt att jag ska komma i alla fall” (intervju, +60år)

”Fått en vana att komma hit varje tisdag” (Intervju, +50år)

Anpassad fysisk aktivitet på vägen tillbaka
Under observationerna och vid flera intervjutillfällen uttryckte besökare att Hälsoteket gav dem en möjlighet till en *Anpassad fysisk aktivitet på vägen tillbaka* till hälsa. Besökare som inte klarade av att delta på kommersiella arenor, både behövde och önskade att vara fysiskt aktiva, för att bevara sin hälsonivå. Besökare uttryckte en önskan om att aktiviteterna skulle vara anpassade till deras förmåga, då det stärkte deras självkänsla allt eftersom de klarade av övningarna. Personalen berättade att Hälsotekets manliga besökare behövde verksamheten för att bevara sin hälsonivå:

”De män som besöker Hälsoteket har ändå ett behov av verksamheten och kan inte delta i vanliga träningsaktiviteter. Det är ofta sjuka personer som har svårt att ta sig någon annan stans, så jag tycker att de borde få komma hit så att de får vara kvar här, även om de inte kommer vidare någon annan stans.” (observationssamtal, personal)

”Jag har kommit hit i flera år, jag är mycket sjuk så jag blev opererad i nacken för ett år sen. Nu har jag kommit hit i ett år och börjat träna, sakta sakta” (intervju, +60år)

Social Miljö

Friskt socialt sammanhang
Under studiens gång framkom det att Hälsoteket hade flera besökare som var i behov av ett *friskt socialt sammanhang.* Deltagare som av olika själv kände sig ensamma, isolerade och därmed även nedstämda, upplevde Hälsoteket som betydelsefullt för deras mentala välbefinnande i avsaknaden av socialt stöd. Några besökare uttryckte ett behov av ett friskt

sammanhang, besökare som var under återhämtning och har förlorat sitt sociala nätverk i samband med sjukskrivningen och förlorat arbete. Hälsoteket var ett viktigt komplement till sjukgymnastiken och sjukvården, som arbetade med fokus på individens sjukdom, vilket upplevdes som en psykosocial börda för flera deltagare. En deltagare uttryckte att vården i sig var stigmatiserande och att känslan av att vara sjuk, för honom orsakade mental ohälsa, stress och nedstämdhet. Hälsoteket bidrog till att stärka självkänslan för besökarna. Personalen beskrev ett specifikt tillfälle där det var särskilt märkbart, och besökarna beskrev under intervjuer hur viktigt det salutogena sociala sammanhanget och miljön var för dem:

”förhoppningsvis att det är jag stärkande, att uppmuntra att berätta för andra, att förmedla en positiv bilda av sig själv, deltagare i sämst skick fick berätta att han var 1500m löpare, och växte i det och fick en annan känsla, blev väldigt konkret och att man lyfter det friska, och får boosta varandra i det, och det ger en känsla” (Observationssamtal, personal)

”Det är skönt att få lämna sjukdomen lite och få göra något annat också. Nu är det läkare, specialistläkare sjukgymnast, det är sjukdomen hela tiden. Det är för mycket sjukdomsperspektiv. Det är för mycket fokus på sjukdom som det är nu och det är jobbigt psykiskt, man tröttnar till slut. Det är ett negativt fokus, för mycket fokus på sjukdom, och på det negativa i media, TV och tidningar, det blir som en ond spiral.” (Intervju, +50år)

God social miljö

Hälsoteket upplevdes vara en *God social miljö* som främjade delaktigheten. Deltagarna var glada och entusiastiska under näst intill samtliga observationer av de olika aktiviteterna, och likaså personalen på Hälsoteket. Det sociala sammanhanget främjade hälsan, och på frågan om hur Hälsotek kunde vara meningsfullt också för andra män har flera besökare, så väl som personal, svarat att det sociala sammanhanget var viktigt. Flera besökare hade format vänskapsrelationer med varandra på Hälsoteket. Män på *Styrka och Balans* gruppen i Angered, och på Cirkelträningen på Rannebergens gym har under intervjuer uttryckt hur mycket de uppskattar att träffa andra likasinnade på Hälsoteket, och vad det betyder för dem:

”Det är roligt att träffa andra gubbar och gummor som du ser här, man blir ju kompisar med varandra, även med kvinnorna.” (Intervju, +60år)

”När andra har hus, och familj och hustru att komma hem till så har man inte det... man blir det femte hjulet, så till slut slutar man gå på fester när ens vänner alla har någon och man är ensam på festen, och känner sig lite utanför, så man slutar att gå, så det blir ensamt en del” (Intervju, +60år)

Fysisk Miljö

Fysiska hinder

Hälsoteket Angereds lokaler låg på samma område som vårdcentralen men i en separat byggnad, och det upplevdes vara svårt att hitta dit. Det var en del trappor in till Hälsotekets lokaler och det upplevdes inte vara lättillgängligt, vilket försvårade förutsättningarna för äldre besökare, såväl som för grupper med en nedsatt rörlighet. *Fysiska hinder* var ett problem för flera av Hälsotekets pensionerade besökare. Ett hinder som nämndes av besökarna, var

trapporna till Hälsotekets lokaler i Angered. Dörren i entrén till Hälsoteket Angered upplevdes vara tung och svår att öppna för flera besökare. Även dörrkarmar på Hälsotekets lokaler i Angered var ett hinder i den fysiska miljön för äldre med rullatorer. I Gunnareds kyrka, Sportlife och Angered Arena fanns det trappor till lokalerna, men på Angered Arena fanns också en hiss. Vid ett tillfälle frågade en äldre besökare på Hälsoteket i Angered, som var med vid ett Drop-in frukost tillfälle, observatören om hjälp att ta sig ut från Hälsoteket:

”Den nittioåriga damen ber observatören om hjälp att ta sig ut med sin rollator. Hon berättar att hon ramlade förra veckan i trapporna upp till Hälsoteket och har därför svårt att öppna de tunga dörrarna. I trapporna finns en ramp där hon föll med sin rollator. Lokalen är inte handikappanpassad, och består av en smal hall, trappor och tunga dörrar.” (Observationsanteckningar från Hälsotekets lokaler i Angered)

”På vägen ut lägger observatören märket till att trapporna är besvärliga för några av deltagarna, och att rampen är instabil. Även dörren verkar vara tung för några av deltagarna.” (Observationsanteckningar från Hälsotekets lokaler i Angered)

Små lokaler utan omklädningsrum

På intervjuer såväl som observationssamtal uttryckte besökare att ett hinder var de *Små lokaler* som Hälsoteket använder. Lokalen i Angered var för liten och besökarna kom åt varandra under aktiviteterna, trots att det inte var mer än ett tiotal män per tillfälle. Lokalen i Gunnareds kyrka var fullsatt, med över tjugo besökare vid varje observationstillfälle. Personalen berättade att de nekade besökare plats vid flera tillfällen och besökare berättade under observationssamtal och intervjuer om konflikter som uppstod när det var trångt. Lokalen i Sportlifes anläggning var näst intill fullsatt, även där med över tjugo besökare vid varje observationstillfälle. I Rannebergens Gym, under cirkelträningens gruppen var deltagarantalet begränsat av Simhallen, till tolv besökare, för att inte Hälsoteket skulle konkurrera med deras ordinarie verksamhet.

Besökare som besökte Hälsoteket under flera år, berättade att det hade varit blandade grupper förut, när Hälsoteket var på en idrottshalls som revs. Lokaler som Hälsoteket använde under studiens gång var för små för att främja delaktigheten för fler. Grupper som var tänkta att vara blandade grupper, som Bollpasset på Sportlife till exempel, besöktes uteslutande av kvinnliga besökare, så även merparten av Drop-in frukost tillfällen som observerades, med ett tiotal kvinnliga besökare vid varje observationstillfälle. Bara vid ett tillfälle av Drop-in frukost på Hälsoteket var det en man med under observationstillfället. Gruppen som var särskilt avsedd för män, och cirkelträningens gruppen besöktes regelbundet av manliga besökare. Under intervjuer uttryckte besökare önskemål om omklädningsrum. På Hälsoteket i Angered stod deltagare i hallen, på toaletten och där det fanns plats, för ombyte. När Hälsoteket var på Rannebergens Simhall, Sportlife eller Angered Arena fanns omklädningsrum, men i Angered och på Gunnareds kyrka saknades ytor för ombyte.

På nybyggda Angered Arena var lokalerna tillräckligt stora för antalet besökare och det uttryckte också besökarna själva under observationssamtal, så väl som under intervjuer. Angered Arena bidrog till att Hälsoteket blev tillgängligt för fler, det uttryckte även

personalen under observationssamtalen. Besökare berättade under intervjuer och observationssamtal om hur bristen på plats upplevdes vara ett hinder:

”men nu så har det blivit mindre och mindre på grund av mindre lokaler. Det var ett tag hälften kvinnor och hälften män, nu så är det bara en kvinna här idag” (Intervju, +50år)

”Det är väldigt bra att vi får vara på Angered Arena med de här stora lokalerna med bra luft. Det känns väldigt tråkigt att få tacka nej när grupper vart fullt och fler inte får plats. Du har ju sett hur det är på gympan i Gunnareds kyrka, det är ju helt fullt i de grupperna.” (Observationssamtal, personal)

Förmåga till ansvar för egen hälsa

Stärkta av anpassad fysisk aktivitet

Individer under återhämtning som besökte Hälsoteket, kände att de blev *stärkta av anpassad fysiskt aktivitet* och flera av dem besökte Hälsoteket regelbundet. Den anpassade aktiviteten förebyggde ohälsa för flera äldre besökare på Hälsoteket. Hälsoteket bidrog till att förbättra den fysiska hälsan genom fysisk aktivitet för äldre som upplevde en försämring av rörligheten. Äldre deltagare på Hälsoteket blev stärkta till att bevara hälsan och rörligheten högre upp i åldrarna, det ökade deras välbefinnande så väl som att det minskade deras behov av omsorg och vård. Besökarna själva berättade under intervjuer om hur de blev rörligare, klarade av mer på egen hand och var mer motiverade till att vara fysiskt aktiva:

”Det ger mig bättre lungfunktion. Det blir bättre för varje dag av att vara på sjukgymnasten så det här hjälper också. Det ökar möjligheten för funktion på fritiden, och man kan göra mer” (Intervju, +50år)

”Det blir roligare att komma ut. Jag har vart ute nu och promenerat några gånger. Man är ute och rör sig mer. Jag känner att jag klarar av mer. Sen går det upp och ner från dag till dag, men det hjälper.” (Intervju, +60)

Stöd till ny livsstil

Hälsoteket var ett *stöd till en ny livsstil* genom att Hälsoteket ökade medvetenheten om vad som påverkar den egna hälsan. Hälsoteket arbetade med att öka medvetenheten både med föreläsningar och under fysisk aktivitet. Flera deltagare upplevde att de har börjat tänka mer på sin hälsa. Hälsoteket arbetade med alla tre psykologiska aspekter av inlärning, med aktiviteter som påverkade de kognitiva, affektiva och beteendemässiga aspekterna, och besökarna uttryckte under intervjuer, hur Hälsoteket ökade deras medvetenhet och förändrade deras attityder till fysisk aktivitet:

”Har blivit Medvetenheten om att det är bra att röra på sig” (Intervju, +50)

”Jag tyckte i början att, en fot fram och en fot bak, men tyckte att det är bra också, och att det är en motion, tyckte att det var bra och fick viljan att fortsätta. Fick viljan att göra någonting, i början var jag jätte lat. Fick viljan!” (Intervju, +40)

Delaktighet

Kostnadsfri fysisk aktivitet

Hälsotekets besökare berättade under intervjuer att de önskade och behövde någon som pushar på dem och motiverar dem till fysisk aktivitet. Regelbunden fysisk aktivitet främjade den fysiska, så väl som det psykiska välbefinnandet för Hälsotekets besökare. Hälsoteket ökade den affektiva motivationen, förändrade attityder till fysisk aktivitet i grupp, och stärkte besökarnas förmåga att själva ta ansvar för sin hälsa. Hälsotekets besökare i den här studien, gemensamt även för den föregående utvärderingen (Conextio Ethnigraphic, 2008) uttryckte under intervjuer, att en *Kostnadsfri verksamhet* ökade den fysiska aktiviteten för besökarna. Besökare valde att besöka Hälsoteket på grund av att det var ett kostnadsfritt alternativ, det var viktigt för Hälsotekets besökare. Hälsoteket var en stödjande miljö genom att grupper som tidigare inte var fysisk aktiva, började vara det. Det var också viktigt att det låg i närområdet. Hälsoteket bidrog till en ökad fysisk aktivitet och delaktighet genom att Hälsoteket var kostnadsfritt och nära till besökarna, vilket framkom under flera intervjuer:

”Jag har en träningscykel hemma, men den används aldrig, så jag tror att man behöver det här, att ha någon som pushar oss gamla karlar.” (Intervju, +50)

”Att det är gratis, och det är inget tvång. Man får ta det i sin egen takt. Män är mindre måna om sin hälsa.” (Intervju, +50)

Längtar till Hälsotek

Flera deltagare uttryckte att de värdesatte Hälsoteket som en Arena för fysisk aktivitet, och på frågan: hur kan aktiviteterna för män utvecklas på Hälsoteket, svarade flera deltagare att det var bra som det var. Besökare uttryckte att de *Längtar till Hälsoteket* och tog med vänner dit. Flera av Hälsotekets besökare besökte Hälsoteket regelbundet under flera år och upplevde att Hälsotekets verksamhet fyllde en viktig hälsofrämjande roll i deras liv. Hälsoteket bidrog till att besökarna var regelbunden fysisk aktiva, och besökarna upplevde Hälsoteket som en stödjande miljö för deras sociala kapital, och psykosociala hälsa. Besökarna gav under intervjuer uttryck för önskemål om att Hälsoteket skulle få finnas kvar:

”(vän) där fick med mig. Han här berättade för mig, jag är ny inflyttad här, det är vi båda. Haft träning i Alingsås genom läkare. Blev det här” (Intervju, +40)

”Det får inte försvinna! Det är det viktigaste, att det får finnas kvar! Det går ju upp och ner, det har vart tolv personer ibland, nu har det vart ganska få som kommer ett tag. Så man blir ju orolig att det ska läggas ned” (Intervju, +50)

Lågt antal män avskräcker

Ett hinder för manliga besökare att vara med på de blandade grupperna, utöver de små lokalerna, var att ett *Lågt antal män avskräcker* dem. När manliga besökare besökte de blandade grupperna, avskräcktes de av det stora antalet kvinnliga besökare, och att inga andra män var med. Det var ett hinder till delaktighet för män. Personal på Hälsoteket berättade att manliga ledare har varit betydelsefulla när Hälsoteket hade dem, för de manliga besökarnas delaktighet. Personalen upplevde att de grupperna besöktes av fler män, och att det var lättare

för en ensam manlig besökare att besöka en blandad grupp som enbart besöktes av kvinnor, om ledaren för aktiviteterna var en man. Män som uttryckte önskemål om att vara fysisk aktiva, upplevde det som ett psykologiskt hinder för dem, och gav uttryck för det under intervjuer så väl som under observationssamtal:

”Det behövs mer män! Det är bra med blandade grupper. (Tycker du att det ska vara fler manliga ledare eller besökare?) -Främst besökare!” (Intervju, +40)

”Observatören ställer frågan om varför hans vän, som följde med honom vid ett tidigare tillfälle på Angered Arena inte har följt med, och får till svar att hans vän hade sagt: -Du är modig som går dig, implicit att det kan vara skrämmande att vara ensam man i en grupp som domineras av kvinnliga Deltagare” (Observationssamtal, Hälsotekets besökare på Sportlife)

DISKUSSION

Resultatdiskussion

Angered stadsdel i behov av Hälsotek

Angered är en segregerad stadsdel, med en hög andel av utlandsfödda med en lägre utbildningsbakgrund, som ofta står utanför arbetsmarknaden och har en lägre delaktighet i samhället (Göteborgs stadsledningskontor, 2013). Därför kan aktiviteter som Hälsoteket i Angered spela en viktig roll som en stödjande miljö och en hälsofrämjande arena (Doris, 2005). Tidigare erfarenheter av Hälsotek internationellt har visat att liknande arbetssätt har en potential till att vara stödjande miljöer som stärker besökarnas sociala kapital och hälsofrämjande arenor som främjar hälsa (Perrin m fl., 2002; Sharp, 2002). Även i Sverige har Hälsotorg och Hälsotek- liknande aktiviteter visat en potential som hälsofrämjande arenor (Jama m fl., 2010; Jama, 2008, Andersen & Olander, 2008). Hälsoteket kan för män utan ett socialt sammanhang, som ett arbete att gå till, vara en viktig stödjande miljö (Dooris, 2005) där de får träffa andra människor, bilda relationer, och får komma in i en gemenskap. Hälsoteket i Angered kan bidra till att främja besökarnas delaktighet, och stärka besökarnas sociala kapital (Patel m fl, 2005) där besökare kan uppleva en känsla av sammanhang (Antonovsky, 1991). Det kan främja besökarnas psykosociala hälsa (Patel m fl., 2005) och bidra till att minska hälsoskillnaderna (WHO, 2008) bland socialt utsatta grupper. Det är särskilt viktigt i stadsdelar med utanförskap och ojämlikheter i hälsa, som stadsdelen Angered (Göteborgs stadsledningskontor, 2012), och det låg i riktning med Hälsoteket Angereds målsättning att ”öka och underlätta kommunikation och förståelse mellan invånare, organisationer, föreningar och myndigheter”.

Anpassad fysisk aktivitet

Tidigare studier på Hälsotek liknande aktiviteter har visat att Hälsotek kan bidra till en regelbunden fysisk aktivitet för besökarna (Jama, 2008, Sharp, 2002, Perrin m fl, 2002). Hälsoteket i Angered hade olika aktiviteter med olika nivå av fysisk ansträngning, från lättare sittgympa på stolar, till bollpass på Sportlife, och cirkelträning på Gym. Hälsoteket i Angered bidrog till en regelbunden fysisk aktivitet för dess besökare, på samma sätt som liknande tidigare aktiviteter (Sharp, 2002; Perrin, m fl, 2002; Jama, 2008). Hälsoteket i Angered kan

vara en hälsofrämjande arena genom att öka den fysisk aktivitetsnivån (Socialstyrelsen & Statens folkhälsoinstitut, 2012) i enlighet med verksamhetens intentioner (Västra Götalandsregionen, 2011). Ett viktigt arbete som Hälsoteket i Angered gjorde var att stärka besökarnas egna förmåga till att främja sin egen hälsa, i enlighet med målsättningen för Hälsoteket (Västra Götalandsregionen, 2011). Genom att Hälsoteket bidrog till att besökarna formade rutiner av regelbunden fysisk aktivitet och hälsofrämjande levnadsvanor, bidrog Hälsoteket till att främja besökarnas fysiska och psykiska hälsa (Socialstyrelsen & Statens folkhälsoinstitut, 2012). Hälsoteket i Angered stärkte besökarnas egenmakt (WHO, 1986) att ta ett större eget ansvar för sin hälsa, i enlighet med målen för verksamheten: ”att skapa möjligheter för människor att ta ett större eget ansvar för sin hälsa och göra hälsosamma val” (Västra Götalandsregionen, 2011).

Kostnadsfritt alternativ

Hälsoteket i Angered kan vara ett alternativ till de kommersiella hälsocentren, och göra fysisk aktivitet tillgänglig för fler. Hälsoteket i Angered bidrog till en ökad fysisk aktivitet och delaktighet, som är bestämningsfaktorer för hälsan (Dahlgren & Whitehead, 1991), genom att Hälsoteket var kostnadsfritt och nära till besökarna. Hälsoteket som en offentlig, kostnadsfri och lättillgänglig arena för fysisk aktivitet för alla, bidrog till att minska ojämlikheter i hälsa (WHO, 2008), i enlighet med intentionerna för verksamheten (Västra Götalandsregionen, 2011). Hälsoteket i Angered har en potential att bidrar till en social hållbarhet i den segregerade stadsdelen (Göteborgs stadsledningskontor, 2012), och kan minska sociala orättvisor i enlighet med Marmotkommissionen (WHO, 2008), genom att Hälsoteket var ett alternativ till kommersiella friskvårdscenter, som inte var tillgängliga för många av Hälsotekets besökare. Hälsoteket i Angered bidrog till att besökare kom över tröskeln till att vara fysiskt aktiva på egen hand. Hälsotekets arbete hade många likheter med Ewles och Simnets (2003) *Educational approach* på det sätt att Hälsoteket gjorde hälsoinformation tillgänglig, och utvecklade färdigheterna hos dess besökare. Hälsoteket Angereds fysiska aktiviteter svarade mot de beteendemässiga aspekterna av inlärning, den sociala miljön de affektiva, och föreläsningarna de kognitiva aspekterna. Hälsoteket kunde på så vis vara en egenmaktstärkande (WHO, 1986), stödjande miljö (Doris, 2005), och med det lyckades Hälsoteket Angered att möta målsättningen för sin verksamhet, med ”att skapa möjligheter för människor att ta ett större eget ansvar för sin hälsa och göra hälsosamma val” (Västra Götalandsregionen, 2011). Hälsoteket var en hälsofrämjande arena, som bidrog till hälsofrämjande levnadsvanor och regelbunden fysisk aktivitet för grupper som annars inte hade varit det.

Hälsotek främjar goda levnadsvanor

Hälsoteket Angered har en potential att främja goda levnadsvanor genom att bidra till en ökad fysisk aktivitet och självupplevd hälsa (Perrin, m fl, 2002). Hälsoteket har en potential att bidra till att förskjuta sjukdomspanoramat för äldre, genom en anpassad fysisk aktivitet i grupp. Äldre pensionärer har ett behov av fysisk aktivitet i grupp för sin fysiska- och psykosociala hälsa (Socialstyrelsen & Statens folkhälsoinstitut, 2012) och Hälsoteket fyller en viktig roll i de besökarnas liv. Hälsoteket Angered har en potential att bidra till att äldre bevarar hälsan och rörligheten längre, och förmågan att ta hand om sin egen hälsa, högre upp

i åldrarna. Hälsoteket kan ha en positiv påverkan på äldre mäns egenmakt (WHO, 1998), och förmåga att själva ta ansvar för sin egen hälsa, i enlighet med målsättningen (Västra Götalandsregionen, 2011).

Hälsoteket Angered kan även bidra till att förebygga psykisk ohälsa genom att förebygga social isolation i samband med ålderdom. Hälsoteket kan bidra till att stärka det sociala kapitalet (Patel m fl, 2005) för äldre, genom att vara en stödjande miljö (Doris, 2005) där männen kan knyta nya relationer till andra besökare. På så sätt kan Hälsoteket bidra till att avlasta hälso- sjukvården i omsorgen av äldre pensionärer, i riktning med intentionerna för verksamheten (Västra Götalandsregionen, 2011). Fysiska hinder i miljön, som framkomligheten för äldre, och bristen på plats, var ett hinder för att Hälsoteket Angered skulle vara en stödjande miljö (Hassmén, Hassmén, Plate, 2003; Dooris, 2005). Fysiska hinder riskerar att ha en negativ inverkan på äldre besökares kontrollokus (Antonovsky, 1991). Fysiska hinder behöver åtgärdas för att Hälsoteket Angered ska ha förutsättningar till att avlasta hälso- sjukvården i enlighet med intentionerna för Hälsoteket (Västra Götalandsregionen, 2011), och främja regelbunden fysisk aktivitet, på det sätt som liknande aktiviteter har lyckats med att göra (Jama, 2008; Perrin, Ferron, Guegen, Deschamp, 2002; Sharp 2002).

Salutogent perspektiv

Det är viktigt att Hälsoteket Angered arbetar för att behålla ett *salutogent* och friskt perspektiv (Antonovsky, 1991) då flera av Hälsotekets besökare uttryckte ett behov, och önskemål av ett friskt sammanhang. Flera besökare uttryckte att de inte vill känna sig svaga eller sjuka, och sådana tendenser kan vara särskilt utmärkande bland män. Det har varit betydelsefullt, även för den självupplevda hälsan och välbefinnandet, att besökarna upplevde att de var fysiskt aktiv personer (Jama m fl, 2010), och i en grupp med friska besökare.

Hälsoteket Angered kan ge deltagarna en känsla av sammanhang (Antonovsky, 1991) och bidra till att stärka deras interna kontrollokus (Hassmén, Hassmén, Plate, 2003). Den sociala miljön på Hälsoteket Angered bidrog till att stärka självkänsla för besökarna, och Hälsoteket som en stödjande miljö (Doris, 2005) påverkade besökarnas välbefinnande positivt, vilket bidrog till att stärka deras psykiska hälsa (Patel, m fl., 2005). Därför har Hälsoteket Angered en viktig uppgift att arbeta från ett salutogent perspektiv (Antonovsky, 1991) i arbetet med att avlasta sjukvården, i riktning med intentionerna för Hälsoteket (Västra Götalandsregionen, 2011). Det viktigt att Hälsoteket Angered fortsätter att arbeta ur ett Salutogent perspektiv (Västra Götalandsregionen, 2011), särskilt med tanke på utmaningen i att en majoritet av besökarna var hänvisade dit av hälso- sjukvården.

Komplement till hälso- sjukvården

Hälsoteket Angered har en potential att avlasta, och vara ett komplement till hälso-sjukvården, på samma sätt som tidigare liknande aktiviteter (Stockholms läns landsting, 2004). Hälsoteket kan vara en sluss mellan hälso- sjukvården och det friska samhället (Jama, 2008; Andersen & Olander, 2008), och Hälsoteket Angered skulle utgöra ett stöd till hälso-sjukvården (Västra Götalandsregionen, 2011). Hälsoteket Angered har en potential att vara en sluss mellan utanförskap av sjukdom och avsaknaden av sociala sammanhang, till inkludering

i en gemenskap. Socialt stöd är en viktig bestämningsfaktor för hälsa (Patel m fl, 2005), och Hälsoteket kan göra det möjligt för besökare att forma nya relationer med varandra. Hälsoteket Angered, som stödjande miljö (Doris, 2005) kan förebygga psykisk ohälsa i avsaknaden av socialt stöd (Patel m fl, 2005) och Hälsoteket kan därmed bidra till att främja den psykosociala hälsan, och välbefinnandet (Patel m fl, 2005) för Hälsotekets manliga besökare.

Få manliga besökare

Hälsoteket Angereds manliga besökare uttryckte att det har varit problematiskt att vara en ensam manlig besökare i en grupp med till majoritet kvinnliga besökare. Det upplevdes som ett hinder för manliga besökares delaktighet, och det riskerar att bli ett hinder för att Hälsoteket ska vara en stödjande miljö för män (Dooris, 2005). I mindre grupper upplevdes det inte vara ett lika stort hinder. Sjukgymnasterna och Hälsoinformatörerna introducerade observatören innan aktiviteterna började. Det legitimerade observatörens närvaro, och öppnade upp för inkludering och samtal med besökarna, särskilt i grupper som dominerades av kvinnliga besökare. Hälsoteket Angereds besökare, så väl som personal uttryckte att blandade grupper kunde främja den sociala miljön och främja det sociala stödet (Patel m fl, 2005) för både kvinnliga och manliga besökare på Hälsoteket. För att Hälsoteket Angered ska vara en stödjande miljö (Dooris, 2005), som främjar sina manliga besökares hälsa, behöver hinder till delaktighet för män avhjälpas.

Metoddiskussion

Styrkor med de valda kvalitativa metoderna var att deltagarna själva fick beskriva deras upplevelser av Hälsoteket. Kvalitativa datainsamlingsmetoder av samtal och intervjuer, har till en stor del lyckats besvara frågorna i studiens syfte. En svaghet med metoden var att frågorna för intervjuerna inte tillräckligt täckte in de faktorer som hindrar deltagandet för männen på Hälsoteket. Frågorna kunde formulerats för att underlätta för deltagarna att förstå vilken information det var som eftersöktes för studien. Fler frågor kunde ha ställts för att mer nyanserad besvara forskningsfrågorna, och finna fler faktorer som påverkade på dem.

Datainsamlingsmetoden för studien kunde vara starkare, med inspelade intervjuer. Det skulle minska risken för feltolkningar, och felskrivningar av intervjusvaren (Bryman, 2012). Metoden med kortare intervjuer, utan inspelningar underlättade för deltagarna att vara med på intervjuer för studien, genom att avdramatisera intervjuerna. Det målstyrda urvalet (Bryman, 2012) av enbart män, var relevant för studiens frågeställningar. Det var relevant att studera männens perspektiv, då Hälsotek generellt inte har besökts av lika många män som av kvinnor (Sharp, 2002; Perrin m fl, 2002, Jama m fl, 2010). Bortfallet bestod av en manlig deltagare som inte ville bli intervjuad. Urvalet stärktes av samtal med personal på Hälsoteket i Angered. Det behövs fler studier för att bättre förstå nyanser och bakgrundsfaktorer till de fenomen som studerats. Fler studier behöver genomföras under en längre period, för att mer nyanserat besvara frågor om Hälsotekets potential att vara en stödjande miljö och hur det påverkar på hälsan för Hälsotekets besökare.

REFERENSLISTA

Andersen, P., Olander, E. (2008). Utvärdering av implementering av hälsotorgen i Blekinge – med fokus på hälsotorgens utvecklingsmöjligheter. Hämtad från:http://www.bth.se/fou/forskinfo.nsf/all/5ccdf69eb3028523c1257543004e6814?OpenDocument hämtad den: 2013-02-06.

Andersson, S., Utvecklingsledare, Intervju. (2013-03-05). Göteborg, Stadsdelsnämnden Angered.

Antonovsky, A. (1991). Hälsans Mysterium. Stockholm, Natur & Kultur.

Bailey, P. (2007). Learning from Healthy Living Centers, the final evaluation summary. Research issue 40, London, Big Lottery Fund 2007.

Bryman, A. (2012). Social research methods. Oxford, Oxford University press.

Conextio Ethnographic. (2008). Utvärdering av Hälsoteket i Angered 2005-2008 – September 2008. Göteborg, Conextio Ethnographic.

De Moor, M., H., M., Beem, A., L., Stubbe, J., H., Boomsma, D., I., De Geus, E., J-C, (2006) Regular exercise, anxiety, depression and personality: A population-based study, *Preventetive Medicine*, 2006, 82(4), 273-279.

Dooris, M. (2013). Expert voices for change: Bridging the silos – towards healthy and sustainable settings for the 21st century, Health & Place, 2013, 20(1): 39-50.

Dooris, M. (2009). Holistic and sustainable health improvement: the contribution of the settings-based approach to health promotion. *Perspectives in Public Health*, 2009, 129(1), 29.

[E-Bok] Dooris, M., Poland, B., Kolbe, L., de Leeuw, E., McCall, D., Wharf-Higgins, J. (2007). Healthy settings: Building evidence for the effectiveness of whole-system health promotion – challenges and future directions. *Global Perspectives on Health Promotion Effectiveness*, 327–352. New York: Springer Science and Business Media.

Dooris, M. (2005). Healthy settings: challenges to generating evidence of effectiveness. Health Promotion International, 2006, 21(1), 55-65.

Downie, R., S., Tannahill, C., Tannahill, A. (1996). Health Promotion: Models and Values. Oxford, OUP Oxford.

Eckerman, I. (2004). Det hälsofrämjande mötet: primärvårdens viktigaste verktyg i folkhälsoarbetet. Hämtad från: http://www.slso.sll.se/SLPOtemplates/SLPOPage1____17227.aspx hämtad den: 2013-02-05.

Ewles, L., & Simnet, I. (2003). Promoting Health: a practial guide. London, Baillière Tindall.

Frankish C, Moulton J, Rootman I, Cole C, Gray, D. (2006) Setting a foundation: underlying values and structures of health promotion in primary health care settings. *Primary Health Care Research & Development 2006*, 7(2), 172–182.

Graneheim, U., H., Lundman, B., (2003). Qualitative content analysis in nursing research: concepts, procedures and measures to achieve trustworthiness. *Nurse Education Today*, 24(1), 105 – 112.

Göteborgs Stad. (2013). Program 28 Januari till och med 31 maj 2013, Hälsoteket Angered. Hämtad från: http://goteborg.se/wps/wcm/connect/d54a8817-2aac-4878-afe8-df975dd0f47a/H%C3%A4lsoteket_ANGERED_v%C3%A5r2013_arkiv.pdf?MOD=AJPERES&CACHEID=d54a8817-2aac-4878-afe8-df975dd0f47a hämtad den 2013-05-21.

Göteborgs Stad. (2012). Folkhälsoarbete I Göteborg, Priset 2011 till Hälsoteket i Angered. Hämtad från: http://www4.goteborg.se/prod/sk/Folkhalsan/dalis2.nsf/vyPublicerade/8160A0423BA67C4BC12578790045DB72?OpenDocument hämtad den: 2013-02-17.

Göteborgs Stadsledningskontor. (2012). Göteborgsbladet 2011. Hämtad från:http://www4.goteborg.se/prod/G-info/statistik.nsf/3a1ad6102b0c4f0ac1256cdf004881c0/e60c2fa16c05f07ac125782200359d91!OpenDocument hämtad den: 2013-03-06.

Hassmén, P., Hassmén., N., Plate, J. (2003). Idrottspsykologi. Stockholm, Natur och kultur.

Jama, A., M., Olander, E., Eriksén, S., Haglund, B., J. (2013). Health communication in primary health care – A case study of ICT development for health promotion. *BMC Medical informatics and Decision Making*, 13(17), 2013.

Jama, A., M., Ewy, O., Lovisa, W., Bo, H. (2010). Health promoting settings in primary health care-" Hälsotorg": an implementation analysis. *BMC Public Health*, 10(707), 2010.

Jama, A., M. (2008). Virtual Health Square: a new Health Promotion Setting? Hämtad från: http://www.bth.se/fou/forskinfo.nsf/all/3680d71cff90fe59c1257544003dd0cb?OpenDocument hämtad den: 2013-02-06.

Jama. A., M. (2008). Förebyggande arbete i lokalsamhället: Exempel från Karlskrona. *Socialmedicinsk tidskrift*, 85(1), 2008.

Kickbusch, I & Ratzan, S. (2001). Health Literacy: making a difference in the USA. *J Health Commun 2001*, 6(2), 87–88.

Kickbusch, I. (1996). Tribute to Aaron Antonovsky – “what creates health?” *Health Promototion International*, 11(1), 5–6.

Malmökommissionen. (2013). Malmös väg mot en hållbar framtid – Hälsa, välfärd och rättvisa. Malmö, Komissionen för ett socialt hållbart Malmö.

Midha, A. & Sullivan, M. (1998). The need to redefine the practice of health promotion in the United Kingdom, *Health Policy* 44(1), 19-30.

Moberg, A. (2008). Utvärdering av Hälsoteket i Angered 2005-2008. Conextio Ethnographic, September 2008.

Mårtenson, L. & Hensing, G. (2011). Hälsolitteracitet grundbult i patientmötet – Bottnar i människors förmåga att fatta självständiga beslut i hälsofrågor. Stockholm, *Läkartidningen,* 108(1), 51-52.

Naidoo, J. & Wills, J. (2009). Foundations for health promotion. Amsterdam, Elsevier.

Norelius, M. (2004). Hälsodialogen, en lägesrapport avseende Hälsotorgen 2004-09-22. Stockholm, Apoteket AB.

Nutbeam, D. (1998). Health Promotion Glossary. Geneva, Världshälsoorganisationen.

Olander, E. & Sander, A. (2008). Internationella Hälsokommunikatörer 2006-2007. Karlskrona, Landstinget Blekinge.

Orth-Gomér, K. & Perski, A. (2008). Preventiv Medicin i teori och praktik. Lund, Studentlitteratur.

Patel, S. S., Peterson, R. A., & Kimmel, P. L. (2005). The impact of social support on end-stage renal disease. *Semin Dial*, 18(2), 98-102.

Paton, K., Sengupta, S., Hassan, L. (2005). Settings, systems and organization development: the Healthy Living and Working Model. *Health Promotion International*, 20(1), 81-89.

Perrin, C., Ferron, C., Gueguen, R., Deschamps, J.P. (2002). Lifestyle patterns concerning sports and physical activity, and perceptions of health, *Soz Praventivmed,* 47(3), 162-71.

Porras, J. & Robertson, P. (1992). Organisation development: theory, practice and research. *Handbook of Industrial and Organisational Psychology*. London, Consulting Psychologists Press, 719-822.

Proposition 2009/10:67. Stärkt ställning för patienten – vårdgaranti, fast vårdkontakt och förnyad medicinsk bedömning. Hämtad från: http://www.riksdagen.se/sv/Dokument-Lagar/Forslag/Propositioner-och-skrivelser/prop-20091067-Starkt-stallni_GX0367/ hämtad den: 2013-06-19.

Proposition 2008/09:1. Budgetproposition för 2009. Hämtad från: http://www.regeringen.se/sb/d/10169/a/111679 hämtad den: 2013-03-05.

Proposition 2007/08:110. En förnyad folkhälsopolitik. Hämtad från:http://www.regeringen.se/sb/d/108/a/100978 hämtad den 2013-06-20.

Putnam, Robert D, 2000. Den ensamme bowlaren. Den amerikanska medborgarandans upplösning och förnyelse. Stockholm: SNS Förlag.

Regeringskansliet. (SOU 2000:91). Hälsa på lika villkor – nationella mål för folkhälsan.

Regeringsskrivelse 2001/02:129 (2002). Integrationspolitik för 2000-talet. Stockholm, Integrationsverket.

Sahlin, A. (2005). Kan apotekens information förbättra egenvården? Hämtad från: http://epubl.luth.se/1404-5516/2005/46/LTU-HV-EX-0546-SE.pdf hämtad den: 2013-02-06.

Sharp, D. (2002). Healthy Living Centers, Journal of Urban Health: Bulletin of the Ney York Academy of Medicine, 79(3), September 2002.

Statens offentliga utredningar 2000:1. En uthållig demokrati! Politik för folkstyre på 2000-talet. Hämtad från: http://www.riksdagen.se/sv/Dokument-Lagar/Utredningar/Statens-offentliga-utredningar/sou-2000-1-_GOB31/ hämtad den: 2013-06-20.

Smith S, Dixon A, Trevena l, Nutbeam D, McCaffery, K., J. (2009) Exploring patient involvement in healthcare decision making across different education and functional health literacy groups. *Social Science & Medicine*, 69(1), 1805-1812.

Socialstyrelsen & Statens folkhälsoinstitut. (2012). Folkhälsan i Sverige – Årsrapport 2012. Stockholm: Socialstyrelsen.

Statens folkhälsoinstitut. (2012). Stillasittande och ohälsa – en litteratursammanställning. Östersund, Statens folkhälsoinstitut.

Statens folkhälsoinstitut. (2010). Övergripande mål för folkhälsa. Hämtad från: http://www.fhi.se/Om-oss/Overgripande-mal-for-folkhalsa/ hämtad den 2013-04-15.

Stockholms läns landsting. (2007:4). Hälsootorg i Bredäng, uppföljning av ett utvecklingsarbete mellan Apoteket Spoven och Vårdcentralen Bredäng. Stockholm, Stockholmsläns landsting.

Svenska Förenta Nationerna Förbundet. (2012). FN & hållbar utveckling, Rio+20. Hämtad från: http://www.fn.se/fn-info/vad-gor-fn/utveckling-och-fattigdomsbekampning/hallbar-utveckling-/ hämtad den 2013-04-19.

Tuomi, M. (2011). Att påverka sin hälsa – Uppfattningar om hälsorelaterade beteenden och om hälsoteket i Angered. Hämtad från: https://gupea.ub.gu.se/bitstream/2077/24480/1/gupea_2077_24480_1.pdf hämtad den: 2013-02-07.

Vissandjée, B., Carigan, P., Bourdeau-Marchand, M. (1999). New Immigrant women and health, *Can Nurse,* April, 95(4), 35-41.

Västra Götalandsregionen. (2011). Avtal om folkhälsoinsatser I Angered, Dnr: HSN 12-11-2011. Göteborg, Västra Götalandsregionen.

Wallenberg, L. (2006). En kartläggning av Hälsotorgen – om intentioner, inriktningar och utveckling. Hämtad från: http://130.237.98.166/content/1/ hämtad den: 2013-02-05.

WHO. (2008). Closing the gap in a generation. Health equity through action on the social determinants of health. Geneva, Världshälsoorganisationen.

WHO. (1999). Hälsa 21 – Hälsa för alla på 2000 talet. Köpenhamn, Världshälsoorganisationen.

WHO. (1986). Health Promotion, Ottawa Charter. Paper presented on the International

Conference on Health Promotion in Ottawa, Ontario, Canada.

Örebro läns landsting. (2004). Hälsovetare på apotek – en kompletterande utvärdering av projektet ”Hälsotorg” på apoteket Hjorten. Örebro, Örebro läns landsting.

BILAGEFÖRTECKNING

Bilaga 1: Missivbrev för deltagande observationer

Bilaga 2: Missivbrev för enskilda intervjuer

Bilaga 3: Frågeguide för intervjuer med Hälsotekets manliga besökare

Bilaga 4: Frågeguide för intervjuer med Hälsotekets personal

Bilaga 5: Svar från Etikkommittén Sydost

Bilaga 6: Ansökan om etisk granskning

Bilaga 1: Missivbrev för deltagande observationer

Till besökare på Hälsoteket i Angered.

Förfrågan om deltagande i en studie

Stadsdelsnämnden i Angered och Hälsoteket i Angered är angelägna om att utvärdera Hälsotekets verksamhet. Besökarnas egna upplevelser och synpunkter är viktiga att beakta för att kunna utveckla och förbättra Hälsotekets aktiviteter. Undersökningen som du tillfrågas om inriktas på att undersöka de manliga besökarnas synpunkter på Hälsotekets aktiviteter och genomförs av en student vid Blekinge Tekniska Högskola, sektionen för hälsa som underlag för ett examensarbete på kandidatnivå. Om Du inte samtycker till deltagande i studien kommer det inte att påverka dina fortsatta kontakter med Hälsoteket. Under observationerna kommer anteckningar att föras utan att personuppgifter lagras. Observationerna pågår genom deltagande under Hälsotekets aktiviteter under April och Maj månad.

Vid redovisning av resultaten kommer Du inte att kunna identifieras. Deltagandet i studien är frivilligt och du kan begära att inte bli observerad om du inte vill det.

Payam Shirazi, som är student i Folkhälsovetenskapliga programmet vid Blekinge Tekniska Högskola kommer att finnas tillgänglig på Hälsoteket och om du har frågor om din medverkan eller söker ytterligare information kring studien är du välkommen att ta kontakt per nedanstående kontaktinformation.

Tack på förhand.

Payam Shirazi	Ewy Olander
Student	Universitetslektor
Blekinge Tekniska Högskola	Blekinge Tekniska Högskola
371 79 Karlskrona	371 79 Karlskrona
Tel.: 0760622135	Tel. 0455 385413
Mail.: shirazi_p@hotmail.com	Mail: ewy.olander@bth.se

Bilaga 2: Missivbrev för enskilda intervjuer

Till manliga besökare på Hälsoteket i Angered.

Förfrågan om deltagande i en studie

Stadsdelsnämnden i Angered och Hälsoteket i Angered är angelägna om att utvärdera hälsotekets verksamhet. Besökarnas egna upplevelser och synpunkter är viktiga att beakta för att kunna utveckla och förbättra Hälsotekets aktiviteter. Undersökningen som du tillfrågas om inriktas på att undersöka de manliga besökarnas synpunkter på Hälsotekets aktiviteter och genomförs av en student vid Blekinge Tekniska Högskola, sektionen för hälsa som underlag för ett examensarbete på kandidatnivå. Om Du samtycker till deltagande i studien kommer Du att medverka i en anonym, ostrukturerad intervju, där anteckningar förs utan att personuppgifter lagras. Intervjun tar cirka 15 minuter. Intervjun genomförs enskilt.

Dina svar kommer att behandlas konfidentiellt. Vid redovisning av resultaten kommer Du inte att kunna identifieras. Deltagandet i studien är frivilligt och du kan avbryta intervjun när du vill.

Payam Shirazi, som är student i Folkhälsovetenskapliga programmet vid Blekinge Tekniska Högskola kommer att kontakta Dig på Hälsoteket och tillfråga Dig om medverkan och kan då också ge ytterligare information kring studien.

Payam Shirazi
Student
Blekinge Tekniska Högskola
371 79 Karlskrona
Tel.:
Mail.: shirazi_p@hotmail.com

Ewy Olander
Universitetslektor
Blekinge Tekniska Högskola
371 79 Karlskrona
Tel. 0455 385413
Mail: ewy.olander@bth.se

Bilaga 3: Frågeguide för intervjuer med Hälsotekets manliga besökare

Frågeguide för undersökning av Hälsotekets manliga besökares uppfattningar om Hälsotekets aktiviteter

1. Är det första gången du besöker Hälsoteket?
2. Om du besöker du Hälsoteket regelbundet, under hur lång tid har du gjort det?
3. Vad fick dig att besöka Hälsoteket?
4. Vad (kan) får dig att vilja fortsätta besöka Hälsoteket?
5. Hur har aktiviteterna för män stärkt din förmåga att ta ansvar för din egen hälsa?
6. På vilket sätt har gruppaktiviteterna riktade till män haft en inverkan på din livsstil och din förmåga att påverka densamma?
7. Hur kan aktiviteterna för män utvecklas på Hälsoteket?
8. På vilket sätt kan Hälsotekets aktiviteter för män vara meningsfulla också för andra män?
9. Är det något mer du vill tillägga?

Bilaga 4: Frågeguide för intervjuer med Hälsotekets personal, samordnare och chefer

Frågeguide för undersökning av Hälsotekets personal, samordnare och chefers uppfattningar om Hälsotekets aktiviteter och männens deltagande

10. Vad tror du får (män) att vilja besöka Hälsoteket?
11. Vad (kan) får männen att vilja fortsätta besöka Hälsoteket?
12. Vilken uppslutning har aktiviteterna för män haft? Varför tror du att det är så?
13. På vilket sätt tror du att gruppaktiviteterna riktade till män inverkar på männens livsstil och förmåga att påverka densamma?
14. Hur kan aktiviteterna för män utvecklas på Hälsoteket?
15. På vilket sätt kan Hälsotekets aktiviteter för män vara meningsfulla för grupper som i nuläget inte besöker Hälsoteket.
16. Är det något mer du vill tillägga?

Bilaga 5: Svar från Etikkommittén Sydost

Projektledare:
Payam Shirazi
Sjömilsgatan 23
421 37 Västra Frölunda
Shirazi_p@hotmail.com

Handledare:
Ewy Olander
Sektionen för hälsa
Blekinge Tekniska Högskola
ewy.olander@bth.se

Rådgivande yttrande över projektet: *"Hälsoteket i Angered ur männens perspektiv"* (dnr. EPK 156-2013)

Etikkommittén Sydost har tagit del av projektbeskrivningen och studien bör kunna genomföras i stort sett enligt planen. Men vi vill betona, att observationer kan vara betydligt mer problematiska ur etisk synvinkel än intervjuer, och att dessa verkar bortglömda i ansökan. Vi förutsätter, att de som deltar i olika aktiviteter som observeras, får muntlig och skriftlig information om vad detta innebär, och att de har möjlighet att neka deltagande. Det ska framgå av informationen att ett nekande, eller om man vill avbryta sin medverkan, inte påverkar de fortsatta kontakterna med Hälsoteket. Det måste också finnas en plan för hur studenten ska hantera eventuella nekanden. Ska aktiviteter där någon inte vill tillåta observation helt och hållet uteslutas, eller observationen göras selektivt så att handlingar som den som inte vill vara med gör, inte registreras?

Observationsinstrumentet finns inte med i ansökan, varför vi inte kan bedöma om känsliga uppgifter kommer att registreras, men av beskrivningen att döma är det inte avsikten.

Intervjuerna ser vi inga problem med, men informationsbrevet kan förbättras på ett par punkter. Om vi förstår det rätt, delas det ut av studenten, och då förefaller informationen om att han kommer att kontakta … förvirrande. Det är också påståendet om att intervjun kommer att vara ostrukturerad – av guiden att döma är den i stället klart och väl strukturerad. Möjligen kan avsikten vara att intervjun ska vara semistrukturerad, dvs. att frågeområdena ska täckas, men att frågor kan formuleras olika och frågeföljden variera.

I ansökan framhålls att ingen mer än studenten ska ta del av intervjusvaren, men detta kan aldrig lovas, eftersom både handledare och granskare av arbetet kan begära att få ta del av dem (dock avidentifierade).

Växjö 2013-04-17

Etikkommittén Sydost

Ingeborg Moqvist-Lindberg
Ordf.

Bilaga 6: Ansökan om etisk granskning

Blankett för etisk egengranskning av studentprojekt, kliniskt forskningsprojekt eller motsvarande inför rådgivande etisk bedömning/granskning

Projekttitel: Hälsoteket Angered ur männens perspektiv

Projektledare: Payam Shirazi

Handledare: Ewy Olander

		Ja	Tveksamt	Nej
1	Avser undersökningen att behandla känsliga personuppgifter (dvs. enligt Personuppgiftslagen behandla personuppgifter som avslöjar ras eller etniskt ursprung, politiska åsikter, religiös eller filosofisk övertygelse, eller medlemskap i fackförening eller att behandla personuppgifter som rör hälsa eller sexualliv).			X
2	Innebär undersökningen ett fysiskt ingrepp på forskningspersonerna (även sådant som ej avviker från rutinerna men som är ett led i forskningen)?			X
3	Är syftet med undersökningen att fysiskt eller psykiskt påverka forskningspersonerna (t.ex. behandling av övervikt) eller som innebär en uppenbar risk att påverka? (Se 4 § 2 punkten i Etikprövningslagen 2003:460)			X
4	Används biologiskt material som kan härledas till en levande eller avliden människa (t.ex. blodprov eller PAD)?			X
5	Kan frivilligheten ifrågasättas (t.ex. utsatta grupper såsom barn, dementa eller psykiskt handikappade liksom personer i uppenbar beroendeställning såsom patienter eller studenter som är direkt beroende av försöksledaren)?			X

Om någon av frågorna 1-5 besvarats *"Ja"* eller *"Tveksamt"* kan forskningsarbetet, om det genomförs på forskarnivå, kräva godkännande vid en etikprövning av regional etikprövningsnämnd (EPN).
För vidare information om Etikprövningsnämnden se www.epn.se.

Om frågorna 1-5 besvarats med ett *"Nej"*, fortsätt egengranskningen genom att kryssa när punkten är uppfylld:

		Ja	Tveksamt	Nej
6	I den skriftliga informationen beskrivs projektet så att deltagarna förstår dess syfte och uppläggning (inklusive vad som krävs av den enskilde, t.ex. antal besök, projektlängd etc.) och på så sätt att alla detaljer som kan påverka beslut om medverkan klart framgår (mörka inget men överdriv ej heller faroma). Minderårig skall i allmänhet ha målsmans godkännande (t ex enkäter i skolklasser).	X		
7	Deltagandet i projektet är frivilligt och detta framgår tydligt i den skriftliga informationen till patient eller forskningsperson. Vidare framgår tydligt att deltagare när som helst och utan angivande av skäl kan avbryta försöket utan att detta påverkar forskningspersonens omhändertagande eller behandling eller, om studenter, betyg etc.	X		
8	Eventuellt upprättande av personregister (där data kan kopplas till fysisk person) är anmält till registeransvarig person på respektive förvaltning (PUL- ansvarig).	X		
9	Det finns resurser för genomförande av projektet och ansvariga för forskningspersonernas säkerhet är namngivna (prefekt, verksamhetschef eller motsvarande).	X		

Blanketten skall bifogas ansökan och skrivas under av den som genomför projektet och i förekommande fall även av handledare.

1

Ovanstående frågor är noga penetrerade och sanningsenligt besvarade.

Ort och datum:
Göteborg 2013-03-06

.....

Projektledare eller motsvarande:
Payam Shirazi

.....

namn
Student kandidatnivå

.....

titel
Blekinge Tekniska Högskola, Sektionen för Hälsa

.....

institution/enhet

Underskrift projektledare eller motsvarande:

.....

Handledare:
Ewy Olander

.....

namn
Universitetslektor, Fil.dr.

.....

titel
Blekinge Tekniska Högskola, Sektionen för Hälsa

.....

institution/enhet

Underskrift av handledare:

.....

www.bth.se
BLEKINGE TEKNISKA HÖGSKOLA
Postadress: 371 79 Karlskrona *Telefon:* 0455 - 38 50 00