



Folkhälsomyndigheten

Hälsokommunikation i det nya medielandskapet

Kartläggning av internationell och svensk forskning 2010–2016



Hälsokommunikation i det nya medielandskapet

Kartläggning av internationell och svensk forskning 2010–2016

Bindningar och jäv

För Folkhälsomyndighetens egna experter och sakkunniga som medverkat i rapporter bedöms eventuella intressekonflikter och jäv inom ramen för anställningsförhållandet.

När det gäller externa experter och sakkunniga som deltar i Folkhälsomyndighetens arbete med rapporter kräver myndigheten att de lämnar skriftliga jävsdeklarationer för potentiella intressekonflikter eller jäv. Sådana omständigheter kan föreligga om en expert t.ex. fått eller får ekonomisk ersättning från en aktör med intressen i utgången av den fråga som myndigheten behandlar eller om det finns ett tidigare eller pågående ställningstagande eller engagemang i den aktuella frågan på ett sådant sätt att det uppkommer misstanke om att opartiskheten inte kan upprätthållas.

Folkhälsomyndigheten tar därefter ställning till om det finns några omständigheter som skulle försvåra en objektiv värdering av det framtagna materialet och därmed inverka på myndighetens möjligheter att agera sakligt och opartiskt. Bedömningen kan mynna ut i att experten kan anlitas för uppdraget alternativt att myndigheten föreslår vissa åtgärder beträffande expertens engagemang eller att experten inte bedöms kunna delta i det aktuella arbetet.

De externa experter som medverkat i framtagandet av denna rapport har inför arbetet i enlighet med Folkhälsomyndighetens krav lämnat en deklARATION av eventuella intressekonflikter och jäv. Folkhälsomyndigheten har därefter bedömt att det inte föreligger några omständigheter som skulle kunna äventyra myndighetens trovärdighet. Jävsdeklarationerna och eventuella kompletterande dokument utgör allmänna handlingar som normalt är offentliga. Handlingarna finns tillgängliga på Folkhälsomyndigheten.

Denna titel kan laddas ner från: www.folkhalsomyndigheten.se/publicerat-material/.

Citera gärna Folkhälsomyndighetens texter, men glöm inte att uppge källan. Bilder, fotografier och illustrationer är skyddade av upphovsrätten. Det innebär att du måste ha upphovsmannens tillstånd att använda dem.

© Folkhälsomyndigheten, 2017, rev. 2018

Artikelnummer: 04203-2017

Förord

Med denna rapport vill Folkhälsomyndigheten ge en bild av vad som sker inom forskningsområdet hälsokommunikation internationellt och i Sverige. Med stöd i forskning och med erfarenheter från praktiken ser vi hur det nationella hälsokommunikationsarbetet kan utvecklas för att förebygga ohälsa och främja befolkningens hälsa.

Vi ville också se vilka metoder inom området som har använts för hälsokommunikation samt hur det förändrade medielandskapet har påverkat forskningsområdet hälsokommunikation. Rapporten är avgränsad till Folkhälsomyndighetens uppdrag inom folkhälsoområdet.

Utifrån rapporten kan vi dra slutsatsen att hälsokommunikationsforskningen vilar tungt på paradigmet från det medicinska vetenskapsområdet och att det finns brister i utvärdering. Hälften av studierna i materialet saknar teoretisk förankring och de tillför begränsat med ny kunskap. Föga förvånande är internet den viktigaste informationskällan för många. Vad gäller sociala medier finns höga förväntningar, men få exempel där dess möjligheter används fullt ut.

Det finns en stor utvecklingspotential inom såväl hälsokommunikationsforskningen som i dess praktik. För att arbeta kunskapsbaserat med hälsokommunikation finns inga enkla modeller eller lösningar. Området är komplext och beroende av sin omvärld och sitt sammanhang – inte minst genom den interaktiva kommunikationen som erbjuds i det snabbt växande digitala landskapet. Ett ökat samarbete med medie- och kommunikationsforskningen skulle berika forskningsområdet.

Helena Sandberg, docent i medie- och kommunikationsvetenskap vid Lunds universitet, är ansvarig för och huvudförfattare till denna rapport. Rebecca Asmundsson-Fristedt (MSc) har medverkat som forskningsassistent i arbetet med att kartlägga och koda material och ta fram deskriptiv statistik.

I arbetsgruppen har kommunikatör Susanne Karregård och informationsspecialist Ann-Louise Johansson ingått. Susanne Karregård har även ansvarat för projektledning. Rapporten har genomgått kollegial granskning av två externa sakkunniga.

Folkhälsomyndigheten

Elisabeth Wall Bennet

Avdelningschef, avdelningen för kommunikation och verksamhetsstöd

Innehåll

Sammanfattning	8
Summary.....	11
Bakgrund.....	14
Syfte	16
Metod	18
Resultat internationella studier.....	23
Svenska studier	37
Diskussion	43
Hälsokommunikation som sakområde.....	73
Referenser.....	84
Bilaga 1. Kodbok.....	90
Bilaga 2. Källmaterial för kartläggning	97
Bilaga 3. Sökdokumentation databaser	118

Sammanfattning

I denna kartläggning analyseras och diskuteras hälsokommunikation som forskningsfält och sakområde. Undersökningen omfattar en litteraturöversikt med internationella och svenska studier och ska bland annat ge svar på följande frågor:

- Vilka lärdomar kan vi dra av forskning och hälsokommunikationsarbete 2010–2016?
- Finns nya rön, begrepp och metoder av vikt att känna till?
- Finns studier som mäter hur individer navigerar och söker hälsoinformation i det nya medielandskapet?

Litteraturöversikten har även kompletterats med en genomgång av hur svenska lärosäten tar sig an ämnet hälsokommunikation, för att ge en övergripande bild av sakområdet.

Majoriteten av litteraturen i översikten kommer från Nordamerika. Materialet visar få studier som har genomförts i Europa inklusive Norden och Sverige. Forskningen som representeras i litteraturen är till sin karaktär heterogen och mångfacetterad och berör vitt skilda hälsoproblem och populationer. En stor andel av studierna behandlar inte kön eller genusaspekter i relation till hälsokommunikation eller hälsofrämjande insatser, och 37 % av publikationerna fokuserar på frågor som ligger utanför Folkhälsomyndighetens prioriterade hälsoområden (alkohol, narkotika, dopning, tobak och spel (ANDTS), friluftsliv och fysisk aktivitet samt matvanor, hiv- och STI-prevention, sexualitet och reproduktiv hälsa, psykisk hälsa och suicidprevention, vaccination, smittskydd, beredskap och antibiotikaresistens).

Den definition av hälsokommunikation som kartläggningen utgår ifrån är följande: *”Planerade kommunikationsinsatser från samhället eller samhällsstödda organisationers sida till större eller mindre grupper och kollektiv med avsikt att uppnå hälsovinster på samhällelig och individuell nivå.”* (Palm, Sandberg 2004)

Många studier saknar teoretisk förankring

Hälften av publikationerna använder någon form av teori eller uppger sig ha en teoretisk förankring. I de publikationer som refererar till teorier förekommer dock 112 olika teorier, vilket visar hur spretigt materialet och fältet är. Teorierna är i huvudsak kognitiva, psykologiska och beteendevetenskapliga, och det är få som explicit berör kommunikationsprocessen vare sig det handlar om massmedierad kommunikation, gruppkommunikation eller interpersonell kommunikation, dess mottagande eller betydelse. Detta är en stor brist i hälsokommunikationsforskningen. Kartläggningen identifierar inga betydande ansatser till teori- eller begreppsutveckling. En del nya medier och sociala nätverksplattformar för hälsokommunikation nämns, men förutom det tycks fältet nästintill stå stilla.

Studierna ger få konkreta och nya resultat

Av de studier som har mätt resultat har majoriteten studerat kortsiktiga effekter (mindre än ett år efter slutförd insats), och en knapp fjärdedel har undersökt långsiktiga effekter av intervention (mer än ett år efter insatsen). De vanligaste effekterna som redovisas är kunskapsmässiga i kombination med förändrade attityder och avsikter. Kartläggningen tyder på att positiva resultat överrapporterar medan en mindre andel studier rapporterar eller behandlar negativa eller oönskade resultat. Sammantaget finns brister i utvärderingen av hälsokommunikationsforskningen under den period 2010–2016 som vi studerat, och den ger obetydligt med ny kunskap med vetenskapligt stöd. Exempelvis är en vanlig slutsats i forskningen att det är viktigt att göra målgruppsanalyser och testa budskap innan en kampanj genomförs.

De flesta insatser kombinerar olika strategier

De mest förekommande strategierna inom hälsokommunikation är kombinerade kommunikationsstrategier, t ex interpersonella kommunikationsstrategier och massmediekampanjer. Det är mindre vanligt med renodlade massmediekampanjer där mottagarna översköljs med budskap (bombmattestrategi) under en kort tid, samt med mer långsiktiga kommunikationsstrategier i form av nätverksmodeller och virala strategier, så kallad ”buzz marketing”.

De största mediekategorierna är webbaserade så kallade onlinemedier, och kombinationer av kommunikationskanaler och medier. Inga av de aktuella publikationerna tar upp kommunikation via specifika mobilapplikationer i hälsofrämjande syfte. Kartläggningen ger därmed inte vägledning för att utveckla hälsokommunikation genom sådan teknologi.

Av de publikationer som analyserar eller använder ny medieteknologi rör 65 % hemsidor på internet inklusive webbportaler (t.ex. MySpace); 24 % kombinerar webbsidor och sociala medier, och ett fåtal berör Facebook respektive Twitter specifikt. Datamaterialet kan därmed inte svara på många av de frågor som rör hälsokommunikation i sociala medier.

Internet är viktigaste informationskällan för många

Internet är en viktig informationskälla när det gäller frågor om ohälsa och hälsa, vilket bland annat framgår av ett antal amerikanska studier i materialet om individers sätt att söka information om hälsa. Samtidigt är det stora delar av befolkningen som söker information på andra sätt, och tryckta källor har fortfarande en viktig roll för äldre individer. Amerikanska studier visar att internet är den viktigaste informationskällan för framför allt unga, högutbildade (främst män) och höginkomsttagare. Äldre, i synnerhet kvinnor, samt lågutbildade och låginkomsttagare vänder sig i första hand till hälso- och sjukvårdspersonal. Låginkomsttagare och migrantgrupper har ett särskilt behov av tillgång till hälsoinformation och det behövs riktade insatser mot dessa grupper. En rad olika faktorer förklarar individens informationssökningsbeteende samt förtroende för olika källor: utöver kön,

ålder och socioekonomi har religion och erfarenhet av egen eller nära anhörigs ohälsa betydelse. I materialet finns få studier från en svensk kontext som rör befolkningens sökande efter hälsoinformation, tilltro till hälsoinformation och användning av den.

Höga förväntningar på sociala medier

De publikationer i översikten som behandlar hälsokommunikation i sociala medier pekar på att det finns stora förväntningar på dessa kommunikationskanaler och att de har stor potential för kommunikation och interaktion. Dock finns få exempel där de sociala mediernas möjligheter används fullt ut. Sociala medier används snarare som de traditionella medierna, för enkelriktad massdistribution av budskap. Hälsokommunikation i sociala medier är också mycket resurskrävande, osäker och kräver omfattande planering liksom tydliga strategier och avsikter för att fungera bra. En central fråga är huruvida de sociala medierna överhuvudtaget är lämpliga kanaler för myndighetsaktörer, med tanke på att de har en mer personlig och intim karaktär.

Trots en del negativa forskningsresultat är företrädare för forskningsfältet fortfarande optimistiska när det gäller de sociala mediernas potential för att främja hälsa. Forskningen om och användningen av sociala medier i hälsosyfte utvecklas hela tiden, men det är klokt att tona ned de mycket högt ställda förväntningarna på vad man kan uppnå med dem. Det är svårt att skapa kunskaps- och beteendeförändringar genom traditionella kommunikationskanaler, och det är sannolikt inte enkelt genom de sociala medierna heller.

Summary

Health Communication – An in-depth analysis of the area of expertise and research literature 2010–2016

This report analyses and discusses health communication as a research field and subject area. The investigation shall answer questions such as:

- What lessons can be learned from research and health communication work 2010–2016?
- Are there important new findings, concepts and methods that we should be aware of?
- How do people navigate and search for information in the new digital online media?

The research concerning health communication is characterized by a strong North American dominance and appears to be limited in scope in Europe, including the Nordic countries and Sweden. The research is heterogeneous and multi-faceted and concerns a wide range of health problems and populations. A surprisingly large proportion of studies do not consider sex or gender aspects in relation to health communication or health-promoting measures, and 37 % of the publications focus on issues outside of the Public Health Agency of Sweden's prioritized health areas.

Many studies lack theoretical foundation

Approximately fifty per cent of the studies use some type of theory or claim to have a theoretical foundation. However, among the publications that refer to theories, there are 112 different types of theories, which gives evidence of the theoretical diversity within the field. The theories mainly concern cognition, psychology and behavioral science, and few explicitly touch on the communication process, be it mass media communication, group communication or interpersonal communication, its reception or meaning. This is a major shortcoming in health communication research. On top of that the investigation has not identified any significant attempts at theory or concept development. Some new media and social network platforms for health communication are mentioned, but beyond that, the field seems almost entirely stagnant.

The studies provide few new, concrete results

Of the studies that have measured results, the majority have studied short-term effects (less than a year after measures were completed) and just under 25 % have studied long-term effects of intervention (more than one year after the communication activity). By far the most common effects presented are cognitive, combined with changes in attitudes and intentions. The investigation shows that positive results are over-reported while a smaller proportion of studies report or address negative or unwanted results. Overall, there are shortcomings in the assessment of health communication research between 2010 and 2016, and it provides almost no

new evidence-based knowledge. Instead, well-established truths and obvious facts are repeated. For example, one common conclusion is that it is important to tailor messages to the target group and pre-test messages before launching a campaign, which is hardly new knowledge.

Most actions combine different strategies

The most common communication strategies in the health communication field are combined strategies and interpersonal communication strategies. Less common are pure mass media campaigns where the audience is bombarded with messages for a short period, or more long-term communication strategies in the form of network models and viral strategies, known as “buzz marketing”.

The dominant media categories are web-based online media and combinations of communication channels and media. None of the publications in question bring up health-promoting communication via specific mobile applications. The investigation thus cannot provide guidance for developing health communication using such technology.

Of the publications that analyses or utilize new media technologies, 65 % concern websites including web portals (e.g. MySpace), 24 % combine websites and social media, and a small number concern Facebook or Twitter specifically. The research material thus cannot answer many of the questions that concern health communication in social media.

The internet is the most important information source

The internet is an important information source when it comes to questions regarding health and illness, which is noted in a number of American studies on people’s health-related information search. At the same time, large portions of the population seek information in other ways. Printed media still have an important part to play, especially among elderly people. American studies show that the internet is the most important information source, especially for the young, well-educated (mainly men) and high-income groups. Older people, especially women, and low income and less educated people primarily turn to healthcare professionals. Low-income groups and immigrants have a particular need for access to health information and there is a need for measures which target these groups. A number of factors explain an individual’s information-seeking behavior and their trust in different sources: in addition to gender, age and socio-economic factors, the person’s religion and experience of illness, personally or among close relatives, also play a part. The material includes few studies on information seeking behavior in Sweden, Swedes’ trust in health information and use thereof.

High expectations of social media

The studies that concern health communication in social media highlight the great expectations that exist regarding these communication channels, and their potential for communication and interaction. However, there are few examples of the opportunities of social media being fully utilized. Social media is rather used in the same

way as traditional media, for unidirectional mass-distribution of messages. Health communication in social media is also very resource-intensive, insecure and requires extensive planning, clear strategies and intentions to work well. A central issue is whether or not social media channels are suitable for government actors in the first place, considering that they are more personal and intimate in nature.

Despite some negative research results, representatives of the research field are still optimistic regarding the health-promoting potential of social media. Research about and the use of social media for health purposes continue developing, but it is wise to downplay the very high expectations of what can be achieved. It is difficult to change behaviors through traditional communication channels, and the same most likely holds true for social media.

Bakgrund

Folkhälsomyndigheten ska ha ett tydligt kunskapsbaserat arbete inom området hälsokommunikation. Det innebär bland annat att öka kunskapen om hälsokommunikation genom att

- vara uppdaterade på vad som sker på området hälsokommunikation när det gäller folkhälsa internationellt och i Sverige
- följa vilka metoder inom hälsokommunikation som är effektiva internationellt och i Sverige
- sprida bästa tillgängliga kunskap.

År 2004 gav dåvarande Statens folkhälsoinstitut ett uppdrag till Lunds universitet. Resultatet blev rapporten *Strategier för hälsokommunikation och deras användbarhet. En genomgång av forskningsläget* (Palm, Sandberg 2004). Rapporten publicerades som en del av myndighetens slutrapport inom ramen för Livsmedelsverkets och Folkhälsoinstitutets uppdrag att föreslå en nationell handlingsplan för att främja svenska folkets kostvanor och fysiska aktivitet.

Med uppdraget att ta fram *Hälsokommunikation i det nya medielandskapet – kartläggning av internationell och svensk forskning 2010-2016* vill Folkhälsomyndigheten sammanställa kunskap inom hälsokommunikation, både som forskningsfält och sakområde, med fokus på den digitala utveckling som skett i samhället de senaste 10 åren.

Definitioner av hälsokommunikation

ECDC (European center for disease prevention and control) definierar hälsokommunikation så här: “the study and use of communication strategies to inform and influence individual and community decisions that enhance health” (Sixsmith et al., 2013:1495). ECDC:s definition inkluderar alltså såväl forskning om hälsokommunikation som strategisk kommunikation i syfte att utveckla och förbättra individers hälsa.

Palm och Sandberg (2004) beskrev hälsokommunikation i tidigare uppdrag för dåvarande Statens folkhälsoinstitut:

”Planerade kommunikationsinsatser från samhället eller samhällsstödda organisationers sida till större eller mindre grupper och kollektiv med avsikt att uppnå hälsovinster på samhällelig och individuell nivå.” (Palm, Sandberg 2004)

Som synes är denna definition snävare och inkluderar endast det hälsokommunikativa arbetet som offentliga organ och myndigheter utför. Den är med andra ord ändamålsenlig för att definiera hälsokommunikationspraktiken, men begränsar samtidigt förståelsen av hälsokommunikation som fenomen. Det gör å andra sidan även ECDC:s definition, och det kan vara därför på sin plats att diskutera dessa definitioner. De behöver även vidgas eftersom hälsokommunikation inte enbart inkluderar offentliga insatser och praktik utan också all forskning om denna samt

kommunikation kring hälsa (och ohälsa) på såväl mellanmännisklig nivå som organisations- och samhällsnivå, från och till flera olika aktörer, med olika syften och i olika sammanhang.

Mediesamhällets betydelse

Den samhälleliga kommunikationen om hälsa inkluderar både offentliga och andra organisationers planerade kommunikation (kampanjer och insatser) liksom den medierade offentliga diskursen om hälsa och ohälsa som sker i analoga och digitala medier och kanaler. För att kunna förstå förutsättningarna för den hälsokommunikation som myndigheter planerar bör man ta hänsyn till den expansiva medieutvecklingen i samhället. Hälsokommunikation kan vara såväl stödjande som konkurrerande och komma från såväl kommersiella aktörer som idéburna och offentliga organisationer, men också från medborgare som genom så kallad medborgarjournalistik och egen medieproduktion i främst digitala medier bidrar till kommunikationen och informationen om hälsa. Andra centrala komponenter i hälsokommunikationen är de sociala sammanhang och relationer som individer ingår i där budskap produceras, identifieras, tolkas och begripliggörs samt eventuellt också omsätts till handling eller icke-handling.

Den tidigare definitionen av Palm och Sandberg (2004) synliggör i första hand myndigheter som avsändare och initiativtagare till hälsokommunikation samt deras intentioner. Individen, vars hälsa ska främjas, får en underordnad roll i definitionen och därmed också i förståelsen av hälsokommunikationens komplexa natur i det dynamiska och föränderliga medielandskapet. Det är denna bredare definition av hälsokommunikation som den här kunskaps- och litteraturöversikten utgår ifrån.

Syfte

Syftet med uppdraget är att sammanställa kunskapsläget inom området hälsokommunikation med utgångspunkt i det förändrade medielandskapet under åren 2010 till 2016. Det gör vi dels genom en kartläggande litteraturöversikt som undersöker vilka områden, problem och frågor som behandlas i hälsokommunikationsforskningen, dels genom att ge en övergripande bild av hur området hälsokommunikation ser ut på svenska lärosäten. Vi utgår från Folkhälsomyndighetens prioriterade områden. Målet är att använda den sammanställda kunskapen för att behandla och besvara frågor inom följande tre områden:

1. Lärdomar av tidigare hälsokommunikationsinsatser 2010–2016

- Vilka studier av hälsokommunikationsinsatser genomfördes under åren 2010–2016?
- Finns exempel på framgångsrika hälsokommunikationsinsatser och vilka lärdomar kan dras av dessa? Finns exempel på insatser som kan ha kontraproduktiv effekt? Finns det studier som berör s.k. ”Fear appeal” eller skrämselfbudskap?

För att se den aktuella forskningen ur perspektivet att den digitala utvecklingen skett snabbt de senaste åren, har vi även velat belysa det förändrade medielandskapet. För att kunna göra det har vi kompletterat litteraturöversikten med litteratur om svenskarnas användning av internet och digitala kanaler. (Svenskarna och Internet, Davidsson och Findahl 2016)

2. Det förändrade medielandskapet

- Finns studier som mäter hur det förändrade medielandskapet har påverkat individers användning av medier och tillgång till hälsoinformation?
- Vilka mediekanaler förekommer i materialet och i vilken utsträckning belyser eller diskuterar hälsokommunikationsforskningen kommunikation i digitala medier?

Ovan frågeområden besvaras genom en kartläggande litteraturöversikt. Resultaten redovisas i kapitlet *Resultat internationella studier*. För att säkerställa att inget svenskt material missats i de internationella databaserna gjordes en kompletterande sökning i svenska databaser (se *Metod*). Det svenska materialet är genomgången med samma metod som resultaten från sökningen i de internationella databaserna. Resultat redovisas i kapitel *Svenska studier*. I kapitlet *Diskussion* besvarar vi ovan frågeställningar med utgångspunkt från resultaten i kartläggningen.

För det tredje frågeområdet kompletteras den kartläggande litteraturöversikten med en genomgång av hur svenska lärosäten tar sig an ämnet hälsokommunikation. Syftet är att ge en övergripande bild av hälsokommunikation som sakområde i Sverige.

3. Hälsokommunikation som sakområde

- Hur kan hälsokommunikation stödja andra hälsofrämjande insatser och samhällseliga styrmedel?
- På vilket sätt skiljer sig hälsokommunikation från andra former av strategisk kommunikation? Finns något inom strategisk kommunikation som är unikt för hälsokommunikation?

Resultat redovisas i kapitel *Hälsokommunikation som sakområde*. Således har dessa tre områden utgjort syfte för kunskapssammanställningen, samtidigt som underliggande frågor har täckts in och besvarats.

Metod

Forskningsmaterialet i den kartläggande litteraturöversikten består av 243 internationella vetenskapliga publikationer och 23 svenska studier, totalt 266 publikationer. Syftet har varit att identifiera breda tendenser och karaktärsdrag som har relevans för hälsokommunikationsområdet. Arbetet med kartläggningen påbörjades i maj 2016 och pågick i perioder till och med våren 2017. Detta kapitel behandlar valet av översiktstyp och metoden för litteratursökning och relevans-bedömning av insamlad litteratur. Här diskuteras även hur uppdragets syfte har operationaliserats, vilket legat till grund för kodschema, kodning och analys av litteraturen.

Kartläggande litteraturöversikt

Folkhälsomyndigheten vill ge en beskrivning av litteraturen om hälsokommunikation, inkluderande både beskrivande och analytiska frågeställningar. Därför valdes en kartläggande ansats för litteraturöversikten. Kartläggande litteraturöversikter är särskilt användbara i syfte att undersöka omfattning och karaktär av litteraturen inom ett visst område och identifiera kunskapsluckor.

Folkhälsomyndighetens *Handledning för litteraturöversikter* (2017) har varit vägledande för arbetet.

Arbetet har varit iterativt och prövande. Processen kan beskrivas som icke-linjär och de olika metodstegen har överlappat varandra. Arbetet har i de inledande stegen skett i nära samarbete med projektledare och informationsspecialist vid myndigheten, och kritiska metodsteg har kontinuerligt stämts av i dialog med uppdragsgivaren. De inledande metodstegen omfattar frågeformulering, litteratursökning och relevansbedömning.

Övriga metodsteg är kartläggning av litteraturen samt analys och sammanfattning av resultaten, vilket författarna svarar helt själva för.

Litteratursökning

Sökstrategin för litteratursökningen var inte på förhand fastställd utan ett antal provsökningar gjordes för att precisera databaser och söksträngar. Samtidigt fastställdes inklusionskriterier.

För litteratursökningen valdes databaserna Scopus och PubMed. För att fånga ytterligare svenska relevanta studier söktes även i DiVA, SwePub och Google Scholar (se bilaga 3 för fullständig sökdokumentation).

Resultatet av databassökningarna exporterades till referenshanteringsverktyget EndNote, där dubletter och kandidat-, magister- och mastersuppsatser exkluderades. Återstående träffar exporterades till Excel för vidare relevansbedömning.

Som komplement till databassökningarna utfördes också handsökningar i svenska medicinska tidskrifter (Dagens Medicin, Läkartidningen, Nordicom och Social-

medicinsk tidskrift). Dessutom tillkom ett antal publikationer som uppdragsgivaren sedan tidigare samlat inom ämnesområdet.

Inklusionskriterier

Följande inklusionskriterier ställdes upp:

- Peer-review granskade vetenskapliga artiklar och rapporter (inklusive grå litteratur; utvärderingar, myndighetsrapporter, ”white papers” och avhandlingar).
- Västerländska publikationer från USA, Kanada, Europa och Norden.
- Utgivningspråk engelska eller svenska.
- Utgivningsår 2010–2016 (se bilaga 3).

Relevansbedömning

Träffresultatets titlar och abstracts lästes igenom och en grov gallring gjordes utifrån inklusionskriterierna av ansvarig forskare och projektledaren vid Folkhälsomyndigheten. Den kvarstående litteraturen kodades (se avsnittet Innehålls-
analys och kodschema) och lästes i fulltext, varpå ytterligare publikationer gallrades bort (se avsnittet Skäl till att utesluta litteratur). Kodning och fulltextläsning genomfördes av den ansvariga forskaren och forskningsassistenten. Efter fulltextläsning återstod 233 publikationer som gick vidare till deskriptiv och narrativ analys.

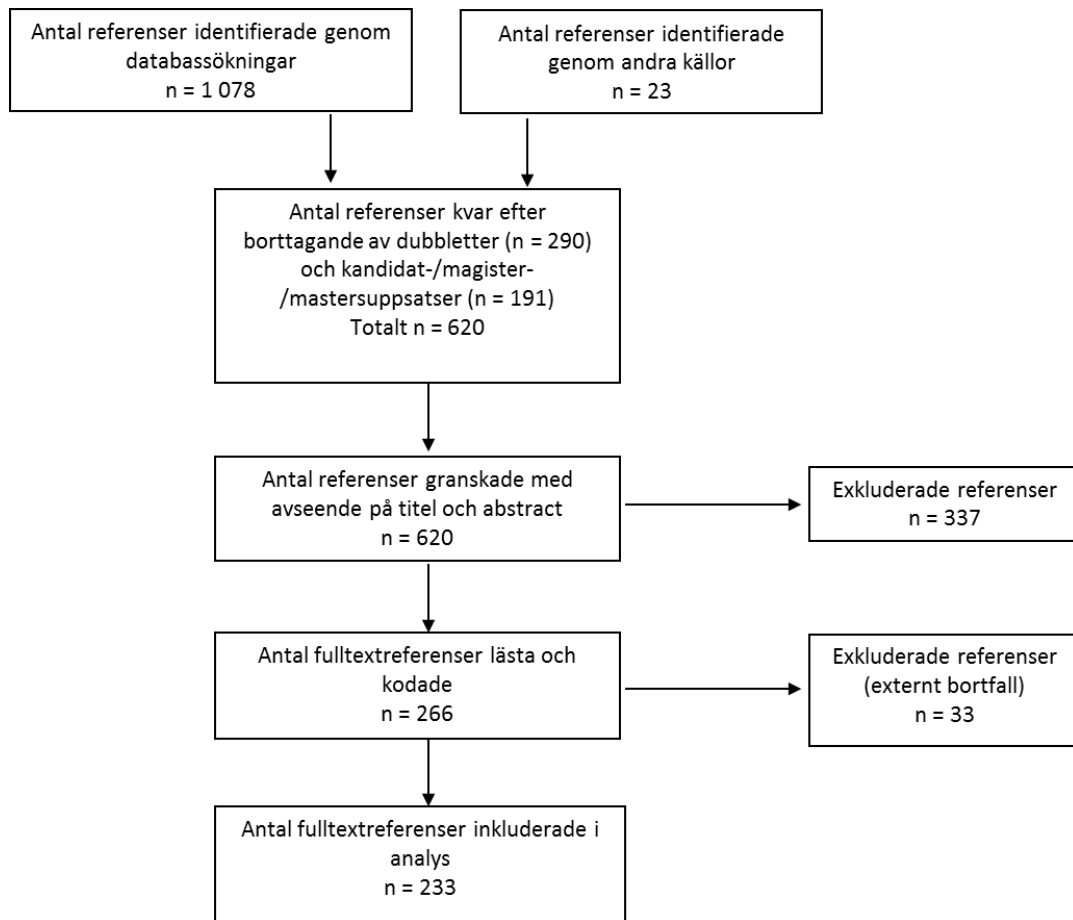
Skäl till att utesluta litteratur

Av de 266 publikationer som lästes i fulltext bedömdes 33 inte uppfylla inklusionskriterierna. Detta var de två främsta anledningarna:

1. Vid närmare granskning visade sig källan vara skriven på annat språk än engelska eller svenska (t.ex. Santoro, 2015; Schwermer, 2013; Arcaro, et al., 2013; Villa Hernandez, et al., 2012; D’Addario, et al., 2011).
2. Innehållet ansågs beröra ämnen och frågor som ligger utanför uppdragets frågeställningar. Exempel på sådan litteratur var en vetenskaplig artikel som redovisar barns fysiska aktivitet i Finland, men som inte berör hälsokommunikation (Liukkonen et al. 2014), en amerikansk artikel som utvärderar en policy för läkemedelsrisker (Lofstedt et al. 2013), en svensk opinionsartikel om tolkars status i sjukvården (Fatahi, 2012) och en personlig intervju med en transkulturell psykiatriker om vederbörandes yrkesval (Hont, 2016).

Därutöver föll ett antal publikationer bort då de visade sig vara publicerade före 2010 (t.ex. Sandberg, 2005; Svensson & Månsdotter, 2008; Olander & Nilsson, 2009).

Figur 1 Flödesschema



Innehållsanalys och kodschema

All litteratur har närlästs och analyserats. I en innehållsanalys kategoriserades materialets egenskaper systematiskt (kodades) för att det sedan skulle kunna redovisas med hjälp av deskriptiv statistik. Dessutom har materialet studerats och närlästs med utgångspunkt i de breda frågeområden som uppdraget omfattar. Resultatet av denna närläsning återges i vad som närmast kan beskrivas som en narrativ analys där litteraturens relevanta aspekter granskas, syntetiseras och sammanfattas under respektive frågeområde.

Kodschemat utvecklades med utgångspunkt i de uppställda frågorna och de huvudsakliga områden som översikten ska kartlägga. De har med andra ord operationaliserats till ett antal variabler eller kategorier med ett antal i förväg fastställda variabelvärden (se bilaga 1 Kodbok). En central variabel var Folkhälsomyndighetens prioriterade folkhälsoområden som låg till grund för relevansbedömning och utgällning av material som riskerade vara mindre intressant. Således kodades materialet bland annat utifrån följande folkhälsoområden:

- alkohol, narkotika, dopning, tobak och spel (ANDTS)
- friluftsliv och fysisk aktivitet samt matvanor
- hiv- och STI-prevention
- sexualitet och reproduktiv hälsa
- psykisk hälsa och suicidprevention
- vaccination, smittskydd, beredskap och antibiotikaresistens.

En kategori för kombinerade områden upprättades, liksom en kategori för övrigt (bilaga 1 Kodbok). Utgångspunkten var ett kodschema med 19 variabler men efter provkodning och i det löpande arbetet med kodningen av materialet ökade antalet variabler till 31 stycken. De inkluderar bland annat: materialtyp, metod, ämnesområde och kommunikationsstrategi (se bilaga 1). Tre variabler kodades med fritext medan övriga tilldelades fasta variabelvärden.

Kodningen av materialet gjordes av en forskningsassistent under vägledning och i kontinuerlig dialog med ansvarig forskare. En pilotversion av kodschemat testades tidigt på delar av materialet, där var tjugonde artikel i det kronologiskt ordnade materialet valdes i syfte att täcka in och representera hela tidsspannet. Tio artiklar valdes således ut och av dem testkodades fem slumpmässigt utvalda. Syftet med testkodningen var att se huruvida variablerna lyckades fånga breda tendenser i materialet och att etablera en samsyn kring definitioner och variabelvärden. Detta resulterade i att flera variabler reviderades. Exempelvis ströks variabeln kommunikations- och medieteori och ersattes med en binär variabel (huruvida teori över huvud taget används och tydligt framgår) samt ett efterföljande fritextsvar för specifikation av eventuell teori. Syftet med denna förändring var att fånga viktiga teoretiska aspekter i materialet utan att samtidigt koda i tvingande eller felaktiga kategorier.

Därefter testades det reviderade kodschemat mot de redan testkodade artiklarna samt tre slumpmässigt valda vetenskapliga artiklar ur materialet och två exempel från den grå litteraturen. Syftet med detta test var att säkerställa att den nya versionen fungerade bättre, och att kodschemat även var applicerbart på den grå litteraturen. Provkodningen resulterade i att några variabler preciserades ytterligare. Bland annat reviderades variabel 3, materialtyp, så att rapporter från myndigheter slogs ihop med kategorin policydokument. Även variabel 5 preciserades (studiens finansiering).

Under kodningens gång anpassades kodschemat på så sätt att variabelvärden tillkom där det behövdes. Det fick dock inte några konsekvenser för det redan kodade materialet och justeringarna gällde i huvudsak variabel 3 som behandlar *materialtyp*. Det visade sig att en del av de svenska studierna bestod av artiklar i branschtidningar och läromedel. Med anledning av det vidgades variabelvärdet (5), rapporter från övriga, till att även inkludera material från exempelvis branschorganisationer och intresseorganisationer samt opinionsbildande material. Värdet (6), som står för ”annat”, i samma variabel har kommit att inkludera läromedel (bilaga 1 Kodbok).

Metodkritik och begränsningar

Innehållsanalysen och kodningen av materialet syftar till att beskriva och sammanfatta materialets innehåll på ett överskådligt vis. En fördel med metoden är att den gör det lättare att hantera ett omfattande och potentiellt komplext material. Metodens svaghet är emellertid exakt densamma, det vill säga att mångfald, heterogenitet och nyanser riskerar gå förlorade.

Kodningen av materialet fungerade i huvudsak problemfritt, men det finns vissa utmaningar med att dela in ett stort och olikartat material i förutbestämda kategorier. Exempelvis orsakade den grå litteraturen, som till större delen består av översikter och metaanalyser, vissa svårigheter eftersom innehållet är diversifierat och kommer från olika källor. Det kan leda till att de variabelvärden som ska fånga upp det som är specifikt intressant istället går bort till förmån för värden såsom ”kombinerat” eller ”övrigt”. Dessa översikter och metaanalyser kodades ändå med samma schema som övrigt material, men somliga variabler bedömdes som ”ej applicerbara”. Problemet är alltså att finna balansen mellan det specifika och det generella i materialet. Det avhjälpes med fritextrutor, vilket ger möjlighet att balansera kodningen av både generellt material och specifikt material i samma schema.

Variablerna för att fånga in effekter och resultat samt effektmått var också svårapplicerade. Dessa variabler är tveklöst de mest reviderade delarna av kodschemat eftersom de både har förfinats i binära värden och sedan expanderats alternativt slagits samman. Överlag är effektmått en komplicerad fråga i det analyserade materialet. Det präglas av många olika mätmetoder och förfaringssätt (se nedan under Resultat), och i några fall var det även svårt att avgöra om författarna till artikeln lyckats mäta effekt över huvud taget. Vid behov kommenterades detta i fritext i slutkommentar till enskilda analysenheter, och de variabelvärden som slutligen användes för att koda fungerade som avsett.

De flesta utmaningarna i kodningen gick att lösa i ett tidigt skede, medan andra svårigheter blev tydligare under arbetets gång. Ett exempel gäller kategorisering av materialet utifrån de folkhälsoområden som belysts. Dessa var förutbestämda och till viss del begränsande till Folkhälsomyndighetens prioriterade områden, och en del områden eller ämnen som behandlades i materialet hamnade därmed i kategorin Annat/Övrigt. Exempelvis fanns inte ”informationssökning” som en förutbestämmd kategori från början, och därmed fanns risken att missa en central del av frågeställningarna och en viktig aspekt i materialet. Efter kodningen återvände kodaren därför till de artiklar som hamnat i övrigt-kategorin, kodade om dessa till fritext och specificerade de ämnen och områden som varje enskild artikel berör. En detaljerad metodlogg fördes parallellt med kodningen för att öka transparensen i behandlingen av materialet.

Resultat internationella studier

I detta kapitel presenteras resultatet av innehållsanalysen med hjälp av deskriptiv statistik och diagram. Redogörelsen omfattar de internationella vetenskapliga publikationerna. De publikationer som uteslutande berör en svensk kontext behandlas i avsnitt *Svenska studier*.

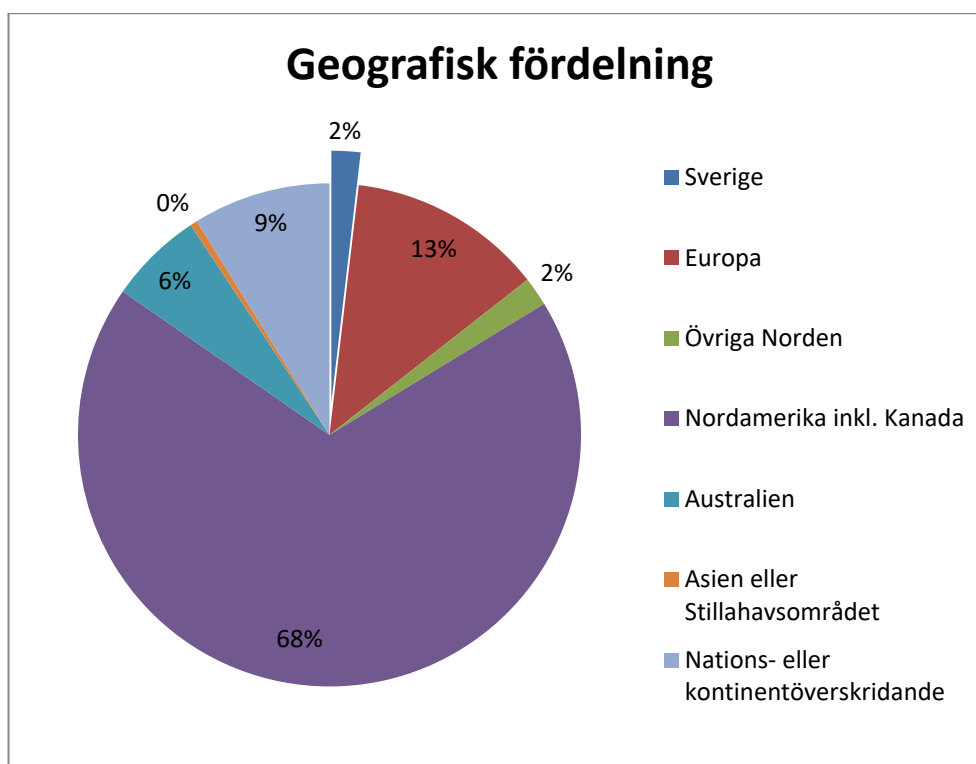
Samtliga variabler och delar av det kodade materialet redovisas inte nedan, utan här presenteras data som bedöms ha högst relevans för Folkhälsomyndighetens frågeställningar.

Grundläggande egenskaper hos materialet

Av det internationella materialets 243 artiklar och rapporter bedömdes 23 som externt bortfall och uteslöts ur analysen. Den redovisade statistiken är således baserad på 220 publikationer.

Överlag visar materialet för perioden 2010–2016 en skev geografisk fördelning, med en stark dominans av nordamerikanska publikationer ($n = 215$) (se diagram 1). Endast en mindre del av de internationella publikationerna har gjorts i en svensk (2 %), övrig nordisk (2 %) eller europeisk kontext (13 %).

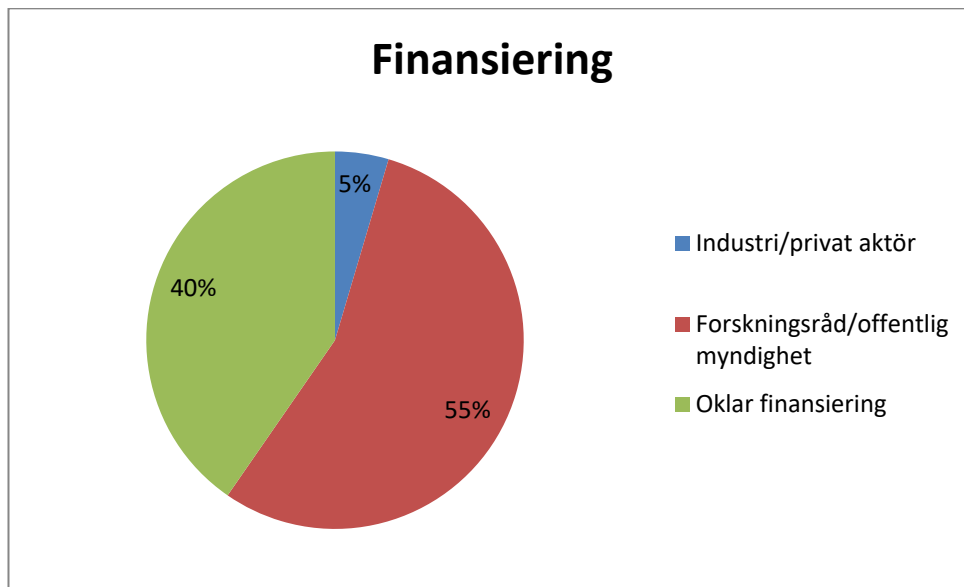
Diagram 1. Publikationernas geografiska fördelning ($n = 220$)



När det gäller materialets spridning över tidsperioden är något fler artiklar och rapporter publicerade 2013 (18,18 %, $n = 40$), 2014 (21,36 %, $n = 47$) och 2015 (15 %, $n = 33$) jämfört med övriga årtal. Merparten av materialet består av peer review-granskade vetenskapliga artiklar (80 %, $n = 177$). Ungefär hälften av studierna, 55

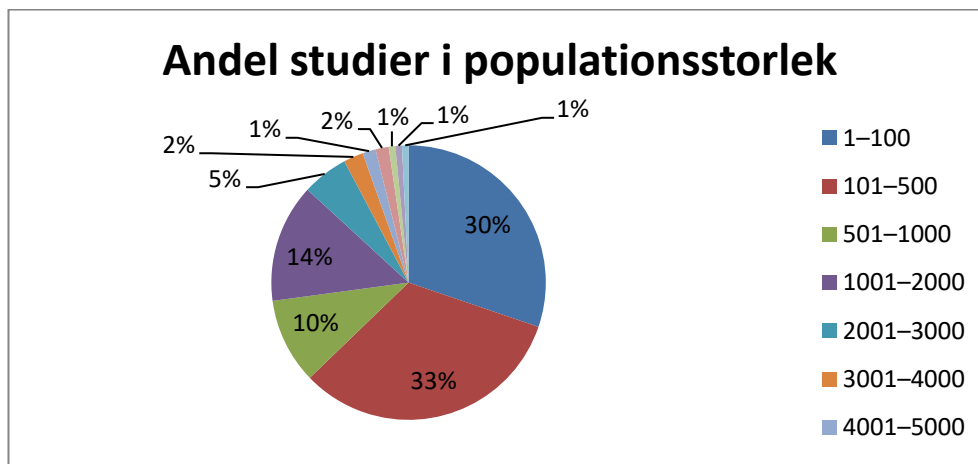
% (n = 120), har finansierats av myndigheter eller forskningsråd. Omkring 40 % av materialet (n = 88) har oklar finansiering, men man kan dra en tentativ slutsats om att de studier som inte finansierats av forskningsråd eller myndigheter genomförts inom ramen för (klinisk) tjänstgöring i hälso- och sjukvården eller någon hälsofrämjande organisation. En mindre del av publikationerna har finansierats av läkemedelsindustrin eller någon annan privat aktör.

Diagram 2. Finansiering av studier (n = 220)



De empiriska studierna inkluderar olika stora studiepopulationer beroende på studiens design. Tvärsnittsstudier baseras på data från stora studiepopulationer medan mer explorativa och kvalitativa studier inkluderade ett mindre urval av individer. Följaktligen varierar studiepopulation i storlek mellan 1 och mer än 20 000 individer. Medianen för populationsstorlek är 302 (exklusive s.k. outliers, se nedan) och medelvärdet ligger på 923,5. Knappt en tredjedel av studierna (30 %) inkluderade färre än 100 individer. En dryg tredjedel ligger i intervallet 101–500 individer. Ungefär 10 % av studierna undersöker en population bestående av 501–1 000 individer (se diagram 3).

Diagram 3. Den undersökta populationens storlek i varje studie (n = 129)

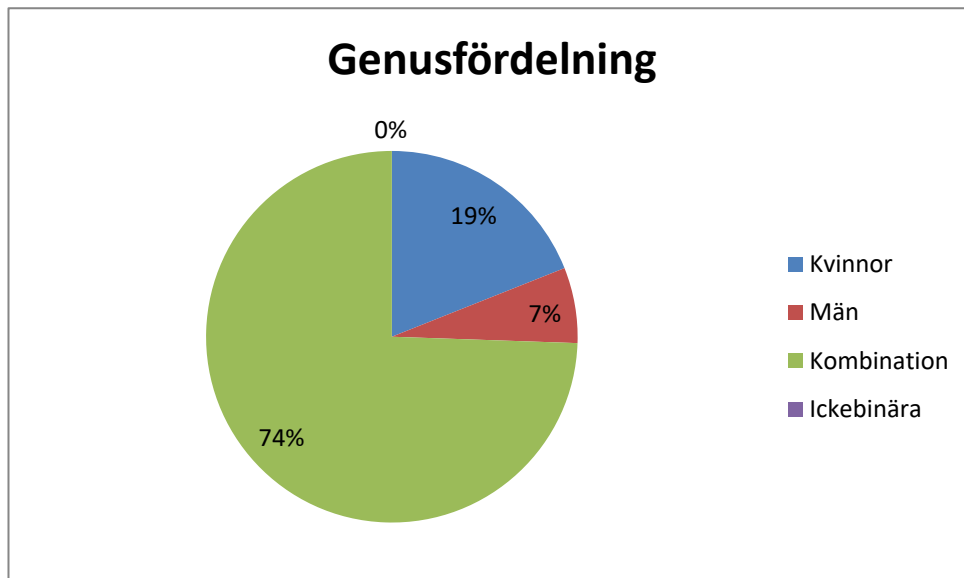


Ett fåtal studier kan betraktas som s.k. outliers eller avvikande fall då de bygger på data från mer än 10 000 individer (n = 1). Ett fåtal omfattar mer än 20 000 individer (n = 3), och dessa finns inte med i diagrammet över populationsstorlek.

En viktig fråga att få svar på är vilka befolkningsgrupper som har ingått i de kartlagda studierna. En första variabel är ålder och det visade sig att nästan hälften av studierna (47 %) uppmärksammar kombinerade åldersgrupper (se diagram 6). Vi ser alltså inte att någon specifik åldersgrupp prioriteras i hälsokommunikationsforskningen. En mindre andel studier behandlar barns hälsa (5 %) och tonåringars liksom unga vuxnas (7 %). Äldre befolkningsgrupper står i fokus i endast 4 % av studierna. Etnicitet är en viktig förklaringsfaktor för människors hälsa och hälso-utveckling och det behandlas i 41 % av studierna. Av de studier som behandlar etnicitet (n = 91) finns en jämn fördelning: ca 14–17 % rör olika minoriteter eller etniska grupper medan 54 % behandlar en kombination av grupper.

En bestämningsfaktor för människors hälsa är kön och genus, forskningen visar tydligt att män och kvinnors hälsa och hälso-utveckling skiljer sig åt. En stor andel av studierna (38 %) behandlar emellertid inte kön eller genusaspekter alls i relation till hälsokommunikation eller hälsofrämjande insatser. I 46 % av studierna behandlas kombinerade kategorier, i 12 % berörs kvinnor specifikt, och 4 % fokuserar enkom män. Av de artiklar som diskuterar kön eller genus (n = 137) ser fördelningen ut enligt diagram 4.

Diagram 4. Behandling av genusaspekter i materialet (n = 137)

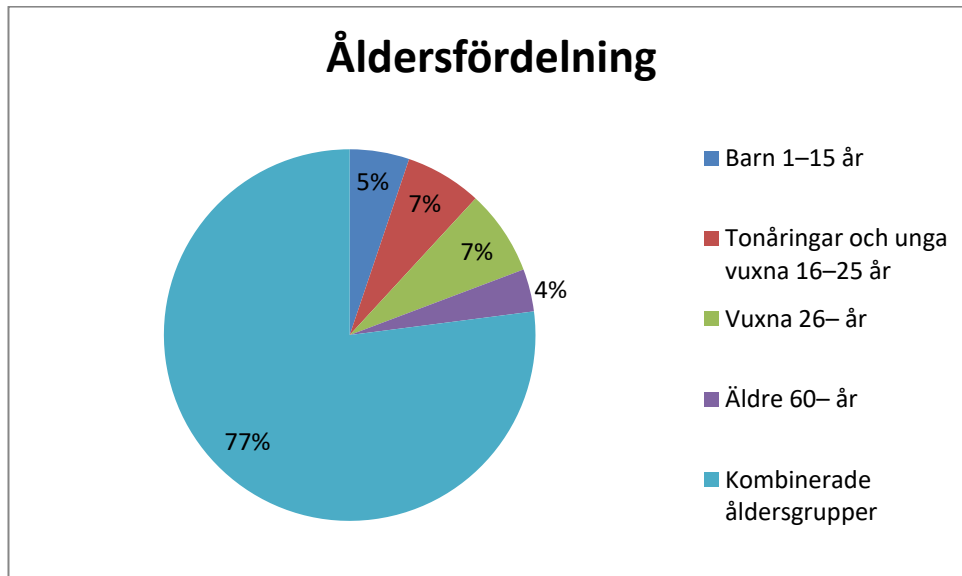


Folkhälsomyndighetens uppdrag är att arbeta för en jämlik hälsa. Hälsa är dock inte rättvist fördelad i befolkningen, varken i Sverige, i USA (Viswanath & Ackerson, 2011) eller globalt sett. Socioekonomiska faktorer behandlas i 47 % av publikationerna. Av dessa (n = 103) är det oftast en kombination av socioekonomiska faktorer som diskuteras (56 %), följt av endast utbildning (25 %) eller endast inkomst (17 %) (diagram 5).

Diagram 5. Socioekonomiska faktorer i studierna (n = 103)



Diagram 6. Andelen (%) studier som behandlar olika ålderskategorier i materialet (n = 220)

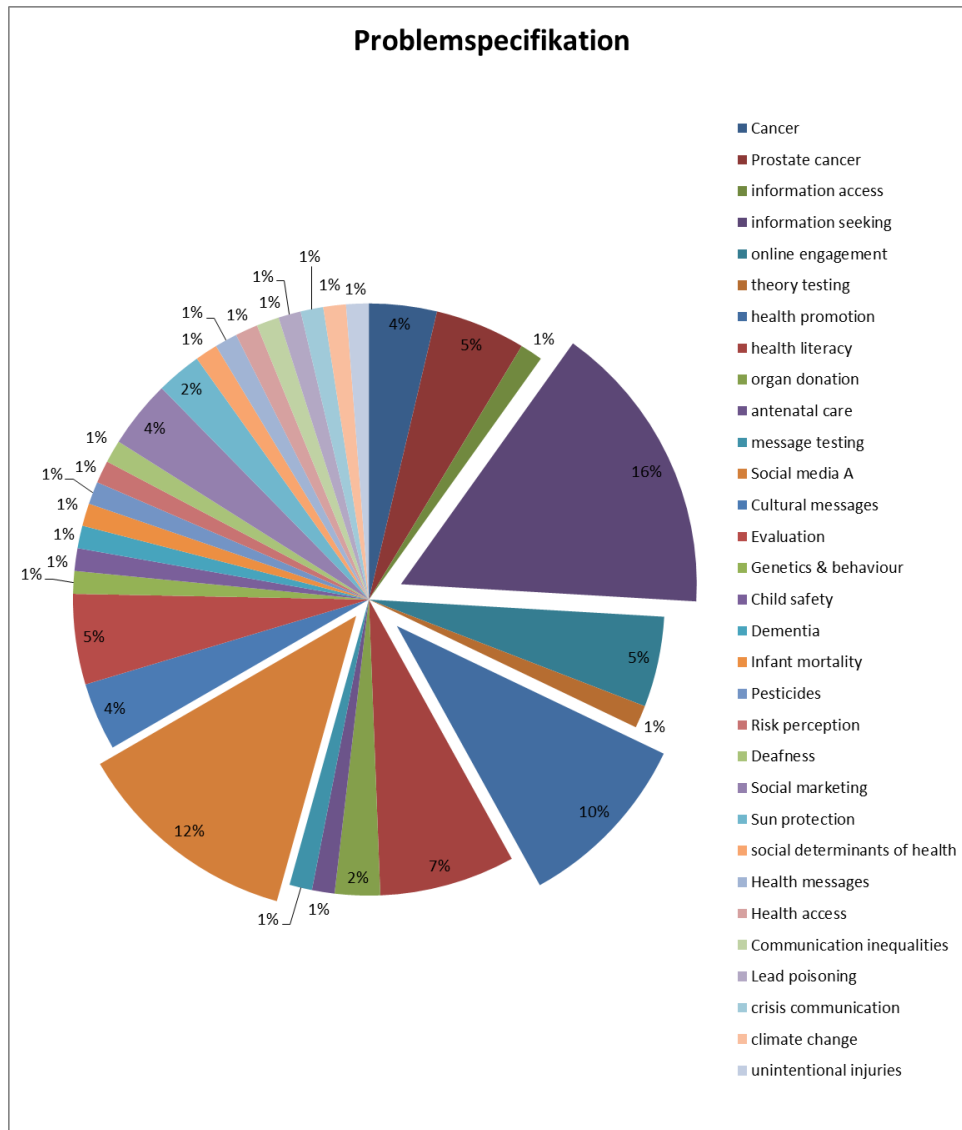


Folkhälsoområden

En central aspekt av kartläggningen är att undersöka vilka områden, problem och aktuella frågor som behandlas i hälsokommunikationsforskningen. Inte minst är det relevant att veta hur Folkhälsomyndighetens prioriterade områden representeras i forskningen. Därför har dessa områden varit en utgångspunkt för kartläggningen samtidigt som övriga relevanta frågor har täckts in och kartlagts.

En första analys av materialet visar att myndighetens områden behandlas i olika grad i materialet: ANDTS 11 %, friluftsliv, fysisk aktivitet och matvanor 18 %, hiv- och STI-prevention 6 %, sexualitet och reproduktiv hälsa 7 %, psykisk hälsa och suicidprevention 2 %, vaccination, smittskydd och beredskap 12 %. Det vanligast förekommande området i hälsokommunikationsforskningen verkar alltså vara friluftsliv, fysisk aktivitet och matvanor. En så stor andel som 37 % av studierna behandlar dock ämnen som ligger utanför Folkhälsomyndighetens uppdrag. Dessa spänner över ett stort och heterogent fält från cancer, gifter och spädbarnsvård till olyckor (se diagram 7).

Diagram 7. Övriga ämnen och problemområden i hälsokommunikationslitteraturen (n = 81)



Av detta övriga och som synes mångfacetterade material behandlar 16 % (n = 13) hur människor söker information ("Information seeking behaviour"). I 12 % (n = 10) av publikationerna avhandlas hur aktörer använder sociala medier i sin kommunikation (kategorin Social media A), och 10 % (n = 8) diskuterar hälsofrämjande arbete och forskning på ett generellt plan utan att koppla det till ett givet folkhälsoproblem ("Health promotion"). I 7 % av studierna (n = 6) behandlas människors förmåga att förstå och kritiskt granska information ("Health literacy"). Det är alltså en begränsad del av huvudmaterialet som behandlar det som Folkhälsomyndigheten särskilt efterfrågar när det gäller ny kunskap om hälsokommunikation i det digitala landskapet.

Teori, metod och effekter

En annan viktig fråga för Folkhälsomyndigheten är vilka lärdomar som kan dras från tidigare hälsokommunikationsinsatser när det gäller framgångsrika metoder för hälsokommunikationsarbete. I uppdraget ingick också att ta reda på vad som är

nya forskningsrön och insikter i form av teoriutveckling för perioden, alltså inslag av *ny* teori och *nya* begrepp som är relevanta för hälsokommunikationsarbetet. Detta avsnitt behandlar i huvudsak användning och förekomst av teori, metod, budskapsstrategi och kommunikationsstrategi i publikationerna.

Teoretisk förankring

Den teoretiska förankringen i litteraturen varierar stort och ger ett fragmenterat intryck. Endast hälften av studierna använder någon form av teori eller utger sig för att ha en teoretisk förankring. Bland dem finns 112 olika teorier representerade, vilket också är en indikation på fältets heterogenitet. De vanligast förekommande teorierna och deras representation i materialet listas nedan:

- Framing theory (15 %). (Framinganalys berör främst s.k. gain/loss-frames i hälsobudskapen och kombineras ofta med andra teorier, t.ex. Prospect Theory, Theory of Reasoned Action).
- Social Cognitive Theory/Model, (13 %).
- Ecological Model/Social Ecological Model (9 %).
- Health Belief Model (9 %).
- Digital divide (7 %).
- Theory of Reasoned Action (7 %).
- Social Marketing (6 %).

Att Framing theory toppar listan kan förklaras av att en stor andel av studierna rör formativa utvärderingar där budskap formuleras, utformas och testas inför kommande interventioner. Av listan ovan framgår att de i litteraturen mest refererade och använda teorierna och modellerna är välbekanta och sedan länge etablerade inom fältet. Teorierna är i huvudsak kognitiva, psykologiska och beteendevetenskapliga, medan teorier som explicit berör kommunikationsprocessen är kraftigt underrepresenterade vare sig det handlar om massmedierad kommunikation, gruppkommunikation eller interpersonell kommunikation, eller dess mottagande och betydelse. Två teorier av det senare slaget är undantag, men de används eller informerar sällan hälsokommunikationsforskningen. De två teorierna är:

- Uses and Gratifications Theory, (<2 %).
- Agenda Setting Theory (<1 %).

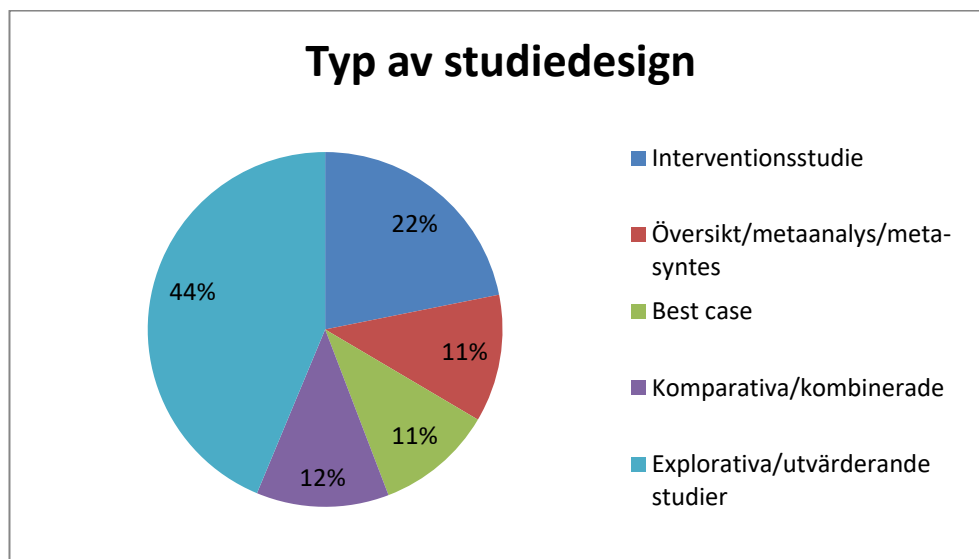
I materialet finns alltså få oväntade alternativa eller nya angreppssätt och teorier, inte minst från medie- och kommunikationsområdet i vid bemärkelse. Inte heller innehåller det några betydande ansatser till teori- eller begreppsutveckling.¹

Metod och effektmått

Materialets metodologiska angreppssätt (studiedesign) har kartlagts och den mest förekommande ansatsen är utforskande eller explorativa studier och analyser. Det kan exempelvis vara studier som består av budskapstester inför en kampanj, aktionsforskning eller formativa studier men också andra slags utvärderingar av kommunikationsaktiviteter och kartläggning av målgrupper inför och under kommunikationsplanering. Drygt en femtedel av publikationerna behandlar interventionsstudier, och dit räknas såväl randomiserade kontrollerade studier som lokala interventionsprogram (community intervention). Till de jämförande (komparativa) studierna (12 %) räknas både tvärsnittsstudier (ofta stora survey-studier), s.k. ”cross sectional studies” och ”comparative studies”.

Materialet består främst av kvantitativa studier (52 %). I en tredjedel av materialet kombineras metoder och angreppssätt och i ungefär 18 % av studierna används en mer tolkande ansats och kvalitativ metod (se diagram 8).

Diagram 8. Metodologiska angreppssätt i hälsokommunikationsforskningen



I merparten av studierna och rapporterna (79 %) anger författarna att någon form av resultat eller effekt har uppmätts. I ungefär en femtedel nämns inte kommunikationseffekter eller resultat, utan publikationerna är deskriptiva och beskriver en

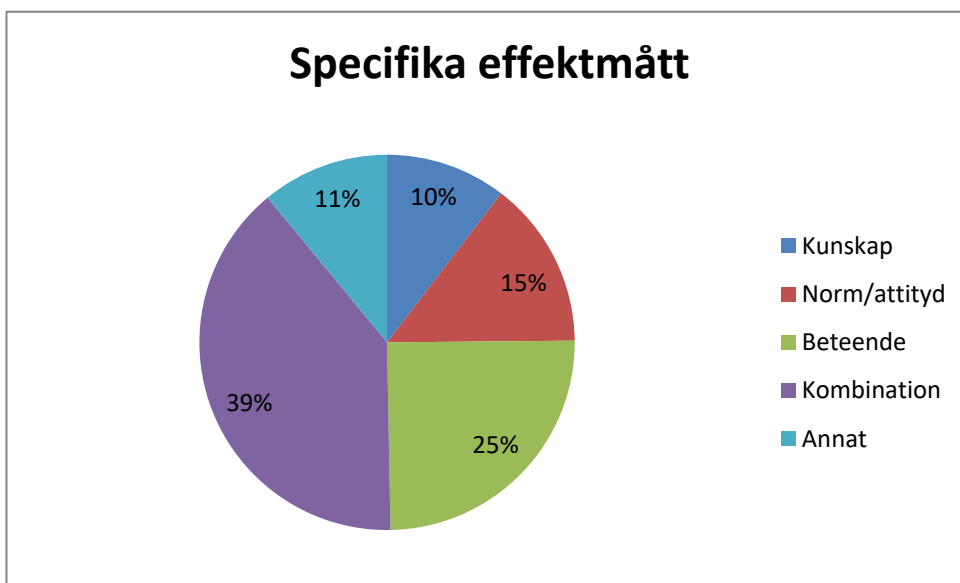
¹ Ett potentiellt undantag är en studie där riskbegreppets underliggande teoretiska konstruktion prövas empiriskt i syfte att förfinas operationaliseringen och begreppets förklaringskraft (Ferrer, et al., 2016). Studien sägs ha teoretiska implikationer, men ger inte mycket vägledning om vilka.

planerad kommunikationsåtgärd, ett första steg i en kampanj eller aktivitet, ett teoretiskt verktyg eller en metod.

Av de studier som mätt resultat eller undersökt effekter av något slag (n = 173) har 76 % studerat kortsiktiga sådana (mindre än ett år efter slutförd insats eller projekt) och 24 % har undersökt långsiktiga effekter (mer än ett år efter insats), vilket i realiteten motsvarar ca 20 studier av de drygt 200 som har analyserats.

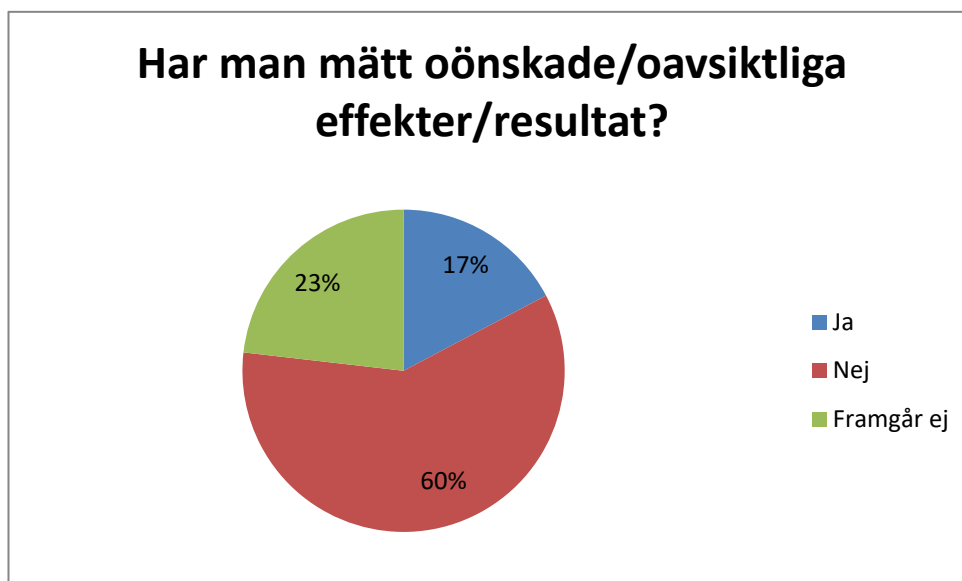
I merparten av studierna som undersöker hälsokommunikationens utfall mäter man kombinationer av olika effekter. De absolut vanligaste effekterna som redovisas är kognitiva effekter i kombination med attityder och intentioner (se diagram 9).

Diagram 9. Studiernas uppmätta effekter (n = 173)



I 69 % av publikationerna uppger författarna att man uppnått eller uppmätt önskade avsiktliga effekter och resultat, medan en betydligt mindre andel av publikationerna redogör för oväntade eller oönskade effekter eller resultat som inte stämmer med hypotesen eller frågeställningen (17 %) (diagram 10 och 11).

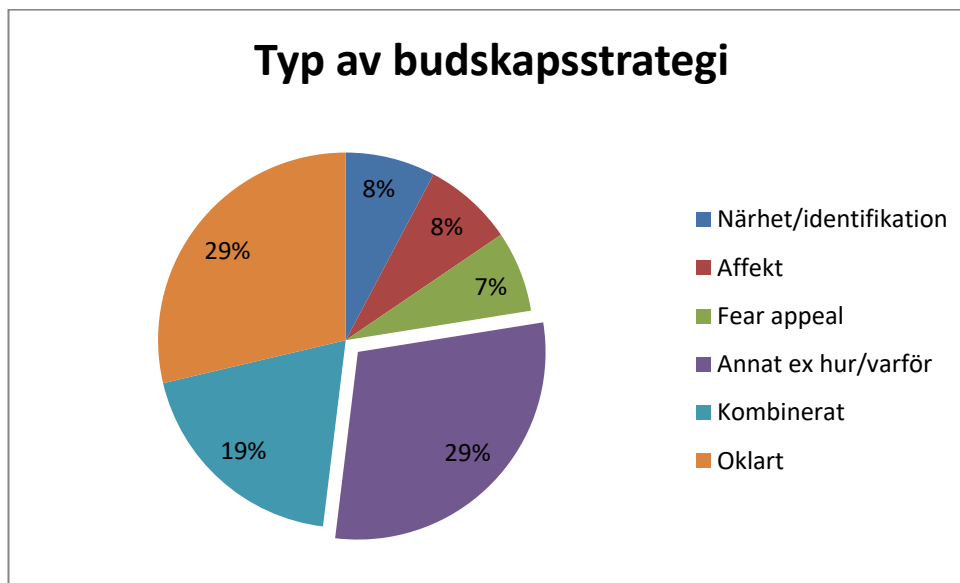
Diagram 10 och 11. Önskade och avsiktliga effekter kontra oönskade och oavsiktliga (n = 173)



Budskaps- och kommunikationsstrategier

I allt praktiskt hälsokommunikationsarbete har såväl budskaps- som kommunikationsstrategier betydelse för utfall och framgång. I nästan hälften av de granskade forskningspublikationerna (45 %) behandlas någon form av budskapsstrategi, antingen enbart teoretiskt eller inom ramen för en given intervention. De olika typerna av budskapsstrategier som refereras eller tillämpas i praktiken åskådliggörs i diagram 12.

Diagram 12. Budskapsstrategier i hälsokommunikationsforskningen (n = 129)



Närlhet (8 %) betecknar budskapsstrategier där man i sin kommunikation anspelar på eller använder förebilder för att uppnå identifikation, gemenskap och sammanhållning. Affekt (8 %) inbegriper budskapsstrategier som bygger på underhållning, lekfulla inslag ("gamification") och musik, dvs. sådant som appellerar till tänkta mottagares och målgruppers känslor. Även om kategorin affekt berör känslor gäller det här överlag positiva sådana. Att väcka negativa känslor såsom sorg, ilska, skuld och skam är en annan budskapsstrategi som också förekommer (7 %), och i nästan lika stor omfattning, men den har förts till kategorin "Fear Appeal" eller skrämselfudskap. Här används två kategorier av känslorframkallande strategier för att se hur de används inom hälsokommunikationsforskningen. I en tredjedel av publikationerna är budskapsstrategin oklar. De vanligast förekommande strategierna i forskningen består av varför- eller hur-information, det vill säga budskapsstrategier som syftar till att motivera och utlösa en handling samt göra det så enkelt som möjligt för individer att agera eller ändra ett beteende i enlighet med ett givet budskap. En kombination av strategier är också vanligt, bland annat interpersonell kommunikation som exempelvis informerar om hur *och* varför en individ bör vaccinera sig.

I sammanlagt 97 publikationer (nästan hälften av materialet, 48 %) analyseras eller tillämpas en given kommunikationsstrategi. De absolut vanligast förekommande är kombinerade kommunikationsstrategier (37 %) och interpersonella kommunikationsstrategier (34 %). Renodlade massmediekampanjer eller så kallade bombmattestrategier för kommunikation förekommer i 20 % av studierna. Det är mindre vanligt med mer långsiktiga kommunikationsstrategier i form av nätverksmodeller (s.k. organisk tillväxt) (6 %) och virala strategier (så kallad Buzz marketing) (1 %). En slutsats av detta är att masskommunikation och massmediala kampanjer är på tillbakagång till förmån för hälsokommunikation via interpersonella kanaler. Sannolikt har mediasystemets utveckling varit en bidragande orsak. Tack vare internet har masskommunikationen flyttat till nya kanaler på

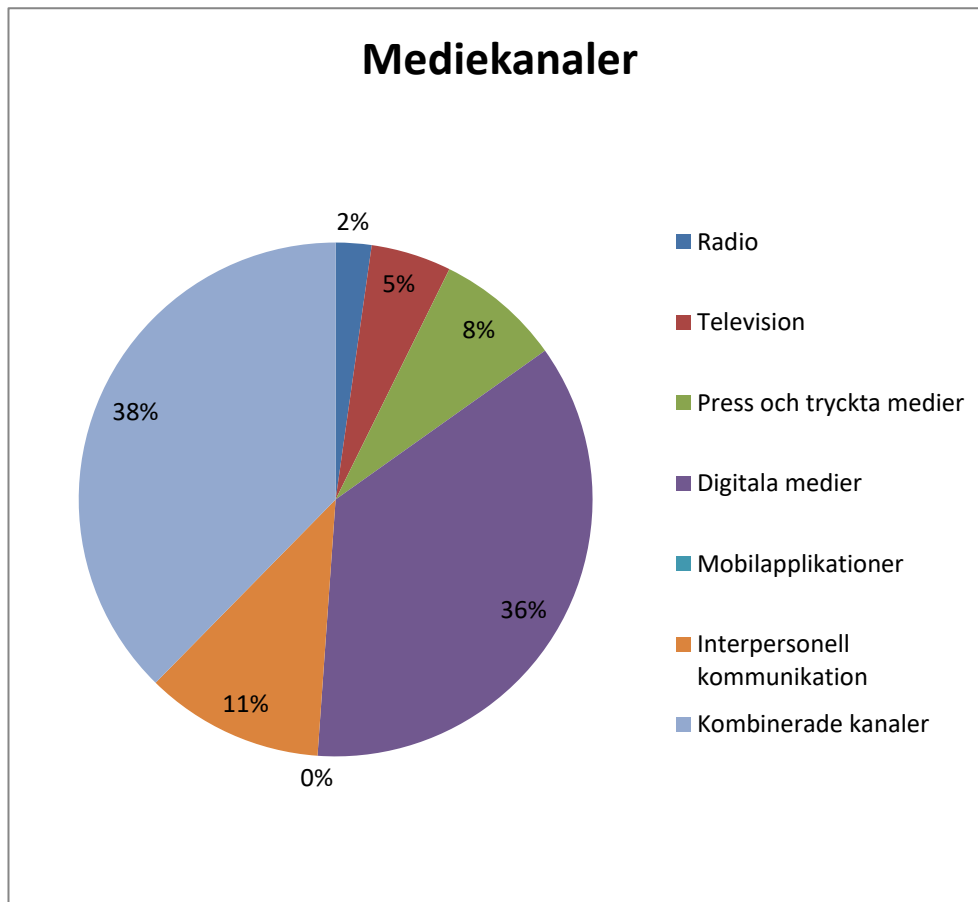
internet, vilka möjliggör såväl massdistribution av information (bombmattestrategi) som interpersonell kommunikation (nätverksstrategi).

Val av medier och kanaler

En angelägen fråga för Folkhälsomyndigheten, liksom andra offentliga och privata aktörer, är hur det förändrade medielandskapet har påverkat individers användning av medier och tillgång till hälsoinformation. Frågan är bred och rör flera olika aspekter. De som lyfts i detta avsnitt berör framför allt de mediekanaler som har identifierats i materialet och i vilken utsträckning hälsokommunikationsforskningen belyser eller diskuterar kommunikation i digitala medier.

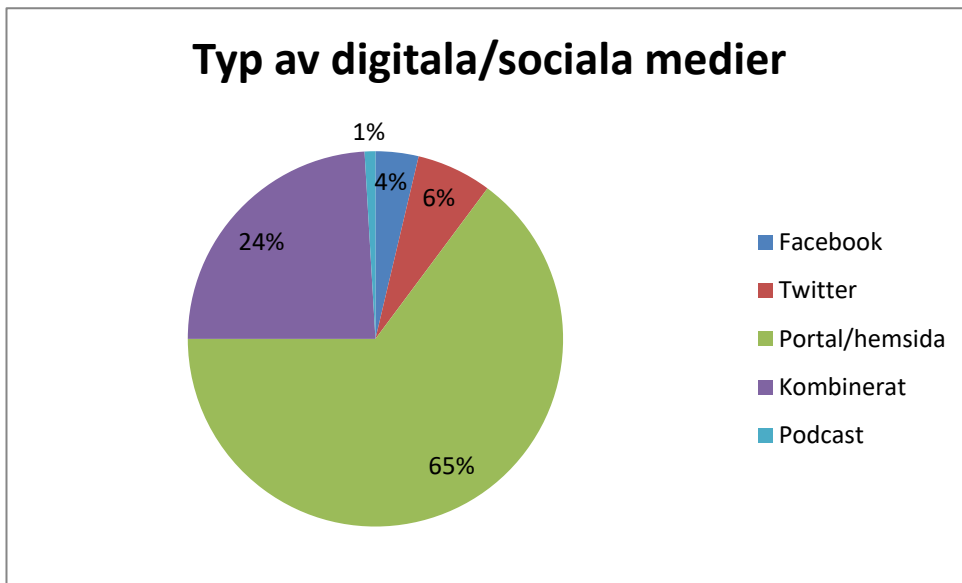
Merparten av litteraturen behandlar medierad kommunikation, antingen de specifika medier som har använts inom ramen för en intervention eller kommunikationsinsats, eller analys av kanaler med en mer explorativ ansats (t.ex. inom ramen för en formativ utvärdering av målgruppers medieanvändning). I 15 % av studierna behandlas eller används envägskanaler i form av traditionella massmedier såsom radio (2 %), tv (5 %) och tryckta medier av olika slag (press men också pamfletter, etiketter, affischer och broschyrer) (8 %). Tvåvägskommunikation och interpersonella kanaler i form av exempelvis e-post, sms och traditionell undervisning eller utbildningsinsatser diskuteras eller används i 11 % av studierna. De största kategorierna i materialet är dock webbaserade online-medier (37 %) och kombinationer av kommunikationskanaler och medier (38 %). Kommunikation via specifika mobilapplikationer (exklusive sms) kunde inte identifieras i materialet. Materialet ger därmed ingen vägledning för utveckling av hälsokommunikation genom appar och spel ("gamification").

Diagram 13. Mediekanaler i hälsokommunikationsforskningen (n = 178)



Kategorin digitala medier har studerats lite närmare för att få mer detaljerad kunskap om vilka sorters digitala medier som särskilt studeras i hälsokommunikationsforskningen. Av samtliga publikationer som analyserar eller använder ny medieteknologi (n = 108) rör 65 % (n = 70) webbsidor på internet inklusive webbportaler (t.ex. MySpace, Youtube), se diagram 14. Diagrammet visar även att 24 % (n = 26) av studierna kombinerar webbsidor och sociala medier, och knappt 4 % (n = 4) respektive 6 % (n = 7) berör Facebook eller Twitter specifikt. Därmed har Folkhälsomyndighetens frågor och fokus på nya och sociala medier, såsom det formulerats i uppdraget, täckning i forskningsmaterialet om än i begränsad omfattning. Hälsokommunikationsforskningen om nya medier är fortfarande under utveckling, men det finns en rik medievetenskaplig forskning som analyserar digital kommunikationsteknologi och sociala mediers betydelse för människors kommunikation, relationer, identitetsskapande och vardagsliv. Denna forskning behandlar dock sällan frågor som är kopplade till hälsa och ohälsa. För att berika och utveckla hälsokommunikationsforskningen kan man därför försöka bygga bryggor mellan hälsovetenskaper och medie- och kommunikationsvetenskap.

Diagram 14. Digitala medier i hälsokommunikationsforskningen (n = 108)



Svenska studier

Detta kapitel innehåller en diskussion om de svenska studierna, med generella trender i materialet och nedslag i specifika publikationer. För fullständig sökdokumentation se bilaga 3.

Överlag visar de svenska studierna samma slags spretighet som det internationella materialet. Det svenska materialet består av såväl vetenskapliga artiklar som läromedel och enstaka artiklar av mer opinionsbildande karaktär.

I de svenska studierna (n = 14) finns det två områden som är dominerande, nämligen

- hälsokommunikation riktad till utlandsfödda som ska påbörja sin etablering i Sverige
- alkoholinterventioner riktade till anhöriga till missbrukare och till riskgruppen svenska universitetsstudenter.

De beskrivs närmare nedan. Av 14 artiklar behandlar 5 hälsoinformation på internet (2 behandlar sociala medier).

Hälsokommunikation till utlandsfödda

Publikationer om hälsokommunikation till utlandsfödda (3 av 14) berör i huvudsak insatser med så kallade hälsokommunikatörer. De ska utbilda utlandsfödda i hur svensk sjukvård fungerar samt i olika teman för hälsa, exempelvis kost och motion eller sexualkunskap. Löthberg et al. (2013) studerar hur dessa hälsokommunikatörer kommunicerar med och informerar deltagare på sina respektive modersmål.

Studien tyder enligt författarna på att tandhälsan blev bättre och förtroendet för den svenska sjukvården ökade signifikant i de län där interventionen har genomförts.

De utlandsfödda tycks generellt ha sämre psykisk och fysisk hälsa än den svenska populationen (Bäärnhielm et al. 2013). Publikationer som berör hälsa hos utlandsfödda och hälsokommunikation riktad mot dessa har det gemensamt att de betonar förebyggande insatser och lärande i dialog och interaktion liksom användande av opinionsbildare eller vidareförmedlare. Al Adami (2015) presenterar en förstudie om hälsokommunikation till nyanlända flyktingar. Syftet är att kartlägga vilka modeller för hälsokommunikation som prövats i Sverige, och vilka lärdomar som kan överföras på kommunikation med nyanlända flyktingar. Förstudien indikerar enligt författaren att projekt som involverar hälsokommunikatörer bedrivs i olika former och delar av landet, varav en del i nära samarbete med arbetsförmedlingen medan andra arbetar mer med den aktuella kommunen. Studien genomsyras av ett demokrati- och rättviseperspektiv på hälsokommunikation som drivs av att nyanlända ska ha en likvärdig samhällsorientering och förståelse för hälsa och hälso- och sjukvårdssystemet, oavsett var i Sverige de bosätter sig. Sverige står inför en utmaning när det gäller att informera om och främja hälsa hos nyanlända,

och publikationerna gör denna problematik synlig även om de inte ger några lösningar.

Alkoholinterventioner

Ett annat framträdande område i det svenska materialet är alkoholinterventioner (5 av 14 publikationer), där fokus främst ligger på att förebygga riskfylld alkoholkonsumtion (t.ex. Bendtsen et al., 2012; Elgan et al., 2012). Tre av publikationerna (Bendtsen et al., 2012, McCambridge et al., 2012 och McCambridge et al., 2013) härstammar från samma forskargrupp och verkar beröra samma intervention eller projekt. De berör utvärdering av och studieprotokoll för att genomföra och utvärdera resultaten av en e-postbaserad intervention riktad till studenter vid svenska lärosäten. Sverige presenteras som det första landet i världen med att implementera ett nationellt system för denna slags insatser via e-post. Bendtsen et al. behandlar s.k. ”electronic screening” och ”brief intervention” i artikeln *Effectiveness of a Proactive Mail-Based Alcohol Internet Intervention for University Students: Dismantling the Assessment and Feedback Components in a Randomized Controlled Trial* (2012), vilket innebär att ett frågeformulär går ut via e-post, och svarspersonerna får sedan skraddarsydd personlig feedback utifrån sina svar. Författarna drar slutsatsen att resultaten ger vissa indikationer på att den veckovisa konsumtionen av alkohol minskat hos riskgruppen i interventionen. I McCambridge et al. (2012, 2013) är slutsatserna mer prövande och författarna presenterar förväntade snarare än faktiska resultat eftersom bägge artiklarna redogör för hur studier ”ska genomföras” och vad som ”ska komma i utvärderingen” av respektive studie. Detsamma gäller artikeln av Elgan et al. (2012).

Svensson och Månsdotter (2008) har gjort en studie som förvisso faller utanför kartläggningens tidsspann, men som är viktig att lyfta då den bidrar med centrala perspektiv på hälsokommunikationsarbete som inte behandlas i någon större utsträckning i annan litteratur. Studien presenteras i ett temanummer av Socialmedicinsk tidskrift: *Genus i folkhälsa. Fina flickor och alkohol. Folkhälsa – Bevarande av kvinnors underordning?* I artikeln diskuterar författarna betydelsen av genusperspektiv när man utformar alkoholpreventiva budskap, på basis av en kritisk analys de gjort av genusrepresentationen i alkoholkommitténs skrift *Tonårsparlören*.

Författarna tar avstamp i ett genusperspektiv på folkhälsa som inte har en framträdande plats i varken de svenska eller de internationella studierna. De redogör för principiella grunder såsom autonomi, omsorg och jämlikhet, vilka sätts i relation till feministisk teori och strukturella bestämningsfaktorer för hälsan. Artikeln konkluderar att språket i *Tonårsparlören* cementerar maktstrukturer där kvinnan underordnas mannen, exempelvis genom att betona risken för att råka ut för en gruppvåldtäkt i samband med alkoholkonsumtion, samt att det innebär en risk att vara ensam (Svensson & Månsdotter, 2008). Diskursivt innebär dessa konstruktioner att den unga kvinnan har sig själv att skylla för att hon blivit våldtagen eftersom hon valt att bli berusad, samt att hon inte anses kunna ta hand om sig själv då hon uppmanas att aldrig vara ensam i berusat tillstånd. Vidare ser författarna det

som talande i sig att kvinnor får ett eget kapitel i skriften, medan de unga männen inte har ett motsvarande kapitel. Detta visar enligt dem att tonårskillar eller unga män utgör normen vilken kvinnor ska föga sig efter och därigenom cementeras den underordnande diskursen ytterligare. Ur ett folkhälsoperspektiv kan bristen på en genusanalys i hälsokommunikationsarbete leda till att pojkar och unga män hamnar i centrum för autonomiprincipen, medan flickor och unga kvinnor relegeras till omsorgsprincipen och ska ”skyddas”. Det vill säga att unga män framställs som självständiga och autonoma och kan ta hand om sig själva, medan kvinnor oftast ses som osjälvständiga och i behov av omsorg och beskydd. Artikeln lyfter behovet av att integrera genuskritiska perspektiv i allt folkhälsoarbete samtidigt som den visar att jämlikhetsprincipen ibland försvinner i det hälsokommunikativa arbetet.

Internet som en källa och verktyg för stöd, motivation och information

Delar av det svenska materialet (5 av 14 publikationer) berör hur internet fungerar som plattform för socialt stöd och motivation och som informationsverktyg. Eriksson och Salzmänn-Eriksson (2013) beskriver ett forum för nyblivna pappor som en viktig del i processen att skapa en identitet som förälder och visar att det är ett nätverk där papporna får stöd i omsorgsfrågor. Ytterligare en artikel berör just faderskap och information, där internet ses som en viktig plattform för att inhämta kunskap – i synnerhet för förstagångsfäder (Johansson et al., 2010). Båda artiklarna om faderskap och föräldraskap betonar vikten av att nå ut till en grupp som ofta hamnar i skymundan när information om graviditet och föräldraskap förmedlas. Johansson et al. (2010) konkluderar att 58 % av fäderna i studien använde internet som en informationskälla, att många av dessa väntade sitt första barn, att många hade en högre utbildning och att en del av dem hade tidigare erfarenhet av kejsarsnitt. Författarna säger sammanfattningsvis att hälso- och sjukvården behöver hålla sig uppdaterad om den information som finns tillgänglig på nätet samt kommunicera och interagera mer med föräldrar angående den information som de finner på internet.

Studierna ovan kan sägas beröra informationsinhämtning via internet mer generellt, medan Johansson och Ivarsson (2010) har studerat en specifik webbsida. I antologibidraget *Motivation till motion och utveckling av webbaserad hälsopromotion* diskuterar författarna hemsidan Tappa.se ur ett utvärderande och utvecklande perspektiv förankrat i beteendevetenskaplig teori. Syftet med studien är att undersöka vilka faktorer som påverkar användning av tjänsten samt användarnas motivation till motion och deras upplevda förändring. Författarna slår fast i kapitlet att användarna blir motiverade av möjligheten till självbestämmande, men att de inte upplever någon effekt på kondition eller självkänsla efter att de börjat använda Tappa. Vidare visar författarna att de vanligast förekommande målsättningarna för individerna som använder tjänsten tycks bestämmas av yttre faktorer, såsom utseende, och att det hälsofrämjande hamnar i skymundan. Ett problem som tas upp är att tjänsten inte i tillräckligt hög utsträckning når de individer som har andra typer av målsättningar eller inte är särskilt motiverade. Författarna föreslår därför

att Tappa.se kan tjäna på att teoriförankra delar av sin tjänst för att nå fler av de personer som kanske behöver tjänsten som mest.

Bergwall och Uhnö (2013) gör en litteraturgenomgång för att studera sociala mediers betydelse för individens beslut om vaccination. Översikten berör det makt-skitte som sker mellan medborgare och institutioner när information kan produceras, utvecklas och spridas bortom de aktuella offentliga institutionernas kontroll. Bland annat belyser författarna antivaccinationsrörelsen och dess förmåga att polarisera debatten om på ett sätt som gör det svårare att förstå såväl risker som fördelar med vaccinationer. Översikten går igenom olika sociala medieplattformar såsom: Twitter, Facebook, Youtube, Myspace och Yahoo! Answers. Twitter lyfts främst som ett verktyg för myndigheter och institutioner att kommunicera om vaccinrelaterade frågor, för att exempelvis avvärja eller hantera missförstånd och desinformation. Författarna hävdar dock att Sverige inte använder Twitter på detta sätt i lika stor utsträckning som övriga undersökta länder. När det gäller Facebook diskuterar författarna såväl aspekter av uppförandepolicyer bland läkarstudenter som användningen av plattformen som ett dialogverktyg under en kris eller pandemi, där styrkan i plattformen ligger i möjligheten att frångå envägs-kommunikation till förmån för dialog. Denna potential utnyttjas dock inte fullt ut, menar författarna. De argumenterar också för att hälsoaktörer måste vara beredda att avsätta resurser och kompetensutveckla personal i att hantera sociala medier. Enligt författarna är Youtube den plattform som är mest framgångsrik när det gäller att förmedla vaccinationsbudskap. En del undersökningar i översikten visar att många föredrar klipp och filmer med fullständiga referenser från pålitliga källor, t.ex. CDC (Centers for Disease Control and Prevention) i USA. Det tas även upp att förebyggande information om sjukdom och vaccination skulle kunna ha en positiv effekt då det skulle kunna öka möjligheten att upptäcka och ifrågasätta manipulativa videor eller desinformation. Avslutningsvis konstaterar Bergwall och Uhnö att läkare är förstahandsvalet för att inhämta kunskap i vaccinrelaterade frågor.

I litteraturöversikten tar Bergwall och Uhnö (2013) också upp frånvaron av svenska studier. De lyfter istället CDC som en av de mest centrala aktörerna och menar att de ligger i framkanten av forskningen om sociala medier och vaccination. Enligt författarna gör bristen på svenska undersökningar det svårt att dra några betydande slutsatser om sociala mediers eventuella påverkan på svenskars vilja att vaccinera sig eller sina barn. Fler studier efterfrågas av författarna, framför allt i en svensk kontext.

I rapporten *Kommunala kommunikatörers beredskap för kriskommunikation via sociala medier* diskuterar Eriksson (2014) kriskommunikationshantering på kommunal nivå och problem som är kopplade till digitala medier, t.ex. okontrollerbar kommunikation och spridning av felaktig information. Eriksson påtalar också gapet mellan den positiva attityden till sociala mediers möjligheter till interaktivitet och det sätt på vilka dessa kanaler faktiskt används. Eriksson visar bland annat att kvinnor i högre utsträckning än män ställer sig positiva till att använda sociala medier samt att dessa kanaler är något av ett tveeggat svärd eftersom de anses öka

möjligheten att nå ut till enskilda medborgare samtidigt som de också ger ökad möjlighet till samhällsprotester. Mer än hälften av de tillfrågade kommunikatörerna i studien ansåg att sociala medier bidrar till att göra samhället mer demokratiskt. Studien visar också en relativt liten andel kommunikatörer har erfarenhet av att praktiskt använda sociala medier, trots den höga tilltron till dem. Eriksson avslutar med att konstatera att sociala mediers inneboende interaktivitet och möjlighet till dialog anses vara en resurs, om än personal-krävande, och att sociala medier till viss del är krisaccelererande på så sätt att det är svårt för en krishanterande myndighet att hantera felinformation och ryktes-spridning. Överlag föredrar de kommunala kommunikatörerna sociala medier som ett verktyg för enkelriktad kommunikation.

Sammanfattning av det svenska materialet

Det svenska kompletterande materialet har olika studiedesign och undersöker många olika frågor, precis som det internationella materialet. Även här finns avsaknad av teoretisk förankring, och beteendevetenskapliga perspektiv är mer vanligt förekommande än kommunikationsvetenskapliga.

Positiva trender i det svenska materialet återfinns i de artiklar som berör hälsokommunikation som är riktad till utlandsfödda. Projekten med så kallade hälsokommunikatörer är en storskalig intervention med syfte att säkerställa rätten till jämlikhet, god vård och god hälsokunskap (hälsoliteracitet). De visar också att hälsokommunikation som sakområde tydligt präglas av samhällsutvecklingen. Artiklarna berör i huvudsak interpersonell kommunikation, men det hade varit berikande med reflektioner över hur dessa grupper kan nås via olika mediekanaler. Vidare finns det studier som visar att utvärdering och utveckling av hälsokommunikation är en väsentlig och viktig del inom sakområdet. Det blir särskilt tydligt i Josefsson och Ivarsson (2010) som uttryckligen argumenterar för nyttan med teoretisk förankring i arbetet med såväl beteendeförändring som budskaps- och interventionsanpassning.

En annan slutsats är att svensk forskning inom hälsokommunikationsområdet tycks vara synnerligen begränsad och att det finns ett stort behov av att utveckla fältet såväl teoretiskt som empiriskt.

Två av de svenska studierna diskuterar sociala medier. Den ena (Bergwall & Uhnö, 2013) är en litteraturöversikt som inte behandlar svenska data eller den svenska kontexten, utan påtalar bristen på svenska studier. Den andra publikationen (Eriksson, 2014) behandlar svensk kontext och svenska data, men det är en studie med fokus på risk- och kriskommunikation samt frågor som rör krisberedskap. Riskkommunikation får anses vara en viktig komponent i hälsokommunikation, men Eriksson behandlar inte befolkningens hälsa och hälsoutveckling i relation till sociala medier.

Det finns olika anledningar till att den svenska forskningen och utvecklingsarbetet inom fältet inte har en mer framträdande plats i denna kartläggning. En förklaring

kan vara att forskningen inte indexerats som hälsokommunikation utan snarare beskrivs som något annat och därmed inte har fångats upp i databassökningarna. En annan förklaring kan vara att studier och rapporter har gjorts av någon annan aktör än en forskningsaktör (t.ex. fristående konsulter eller byråer) och att resultatet och studien därmed inte publiceras och blir tillgängliga i elektroniska databaser. Konsekvensen att kunskap inte tillgängliggörs för eller prövas av en vidare krets kan leda till att utvecklingen förhindras och att misstag kan upprepas.

Diskussion

I detta kapitel diskuteras något mer utförligt några av de tendenser som framträtt i den kartläggande litteraturöversikten med både det internationella och svenska materialet, och som delvis redan diskuteras i föregående kapitel.

Avsnitten utgår från de frågeområden som definierats i syfte; lärdomar av tidigare hälsokommunikationsinsatser 2010–2016, med exempel på de studier som förekommer i materialet och vilka lärdomar som kan dras av dessa. I avsnittet *Det förändrade medielandskapet* utgår vi från den digitala utvecklingen som skett de senaste åren och hur det återspeglas i den litteratur som ingår i översikten. Samt vilka mediekkanaler som förekommer i materialet och i vilken utsträckning de belyser eller diskuterar hälsokommunikationsforskningen i digitala medier.

Lärdomar av hälsokommunikationsinsatser 2010–2016

I detta avsnitt problematiseras initialt att resultaten i översikten visar att det finns få studier om hälsokommunikation som är tillförlitliga, och sedan gäller diskussionen teoretiska ansatser samt social marketing som en framgångsrik ansats i hälsokommunikationsarbete. En ytterligare slutsats är att de studier som identifierats i litteraturöversikten ger begränsat med ny kunskap samt att fältet snarare reproducerar tidigare kunskap.

Bristen på utvärderingar av kommunikationsinsatser, och bristerna i dem, lyfts fram liksom mätningar av effekter. Kapitlet avslutas med ett resonemang om budskapsstrategier i hälsokommunikationen.

Evidensbaserad hälsokommunikation – en orimlighet?

“Health communication for the prevention and control of communicable diseases is underdeveloped in EU and EEA countries. The research activity for health communication in communicable diseases in the Europe context is in a nascent stage of development. The lack of systematic evaluation of health communication for communicable diseases has resulted in a limited evidence base which could give rise to inefficient use of resources” (Sixsmith et al, 2014:4).

Citatet ovan är hämtat från en europisk kartläggning av forskningsläget, och det påtalar den ännu mycket begränsade forskningen om hälsokommunikation i Europa. I första hand gäller det fältet infektionssjukdomar och preventiv hälsa, men denna kartläggning ger visst stöd för att det också finns för lite europeisk forskning om hälsofrämjande arbete och kommunikation av icke smittsamma, livsstilsrelaterade sjukdomar. Det blir särskilt tydligt då den europeiskt förankrade forskningen ställs mot nordamerikansk forskning. En sådan jämförelse är dock inte okomplicerad: Dessa samhällen har olika historia och kultur samt skiljer sig åt på en

mängd olika plan, inte minst politiskt och ekonomiskt. Detta ger olika förutsättningar för såväl folkhälsoutveckling som policyarbete och hälsokommunikativt arbete.

Kommunikationens påverkan på individer är komplex och också ofta oförutsägbar. Ändå försöker såväl hälsokommunikationsforskare som praktiker identifiera framgångsrika och beprövade metoder för att kunna planera och genomföra insatser. Sökandet efter framgångsmetoder känns igen från andra områden, vilket riskerar leda till en instrumentell syn på kommunikation.

Experimentella kontrollerade studier efterfrågas då de anses vara den enda vägen för att nå bästa möjliga kunskap.² Sådana kontrollerade studier görs i viss utsträckning, vilket framgår av kartläggningen, men de ger dessvärre ringa vägledning för kommunikation utanför ”laboratoriets” väggar. De kontrollerade studier som ingår i denna kartläggning har mycket specifik karaktär; de rör snäva urval av grupper och individer, specifika aspekter av kommunikation, t.ex. test av olika budskap eller riskbedömningar, liksom skilda aspekter av hälsa och ohälsa. Detta gör det svårt att dra några generella slutsatser eller se mönster som har särskilt värde för kommunikation utanför den givna kontexten.

Hälsokommunikation sker i praktiken i ”livets laboratorium” och där finns det begränsade möjligheter att kontrollera inflytandet från olika variabler. Det är alltså svårt att få fram bästa möjliga kunskap. Den så kallade evidensbaserade kunskapen är starkt förenad med medicinska och naturvetenskapliga forskningsparadigm, medan de mer tolkande samhällsorienterade forskningsparadigmen inte producerar ”evidensbaserad” kunskap i samma utsträckning. Styrkan med samhällsvetenskapligt och humanistiskt orienterade studier och fältstudier av kommunikation är att de ger annan värdefull kunskap, som tydliggör kommunikationens komplexitet utan att förenkla den, vilket är en nödvändighet i de kontrollerade studierna. I forskningsmaterialet finns få kvalitativa studier och de studier som har gjorts visar brister i dokumentationen och utvärderingarna av kommunikationsinsatserna, vilket också har påpekats av forskare i andra sammanhang (se t.ex. citat ovan) (Sixsmith, et al. 2014). Det finns således metodologisk utvecklingspotential i forskningen om hälsokommunikation, vilket skulle kunna gynna kunskapsproduktion som har relevans för praktiken.

² Hälsokommunikation är ett tvärvetenskapligt område. Liksom den amerikanska medicinska sociologin har fältet anammats och dominerats av positivistiska värden samt lutat sig tungt mot systematisk empiricism, det vill säga använt objektiva kvantifierbara variabler och experimentella metoder i sina undersökningar – kanske för att forskarna vill bli tagna på allvar men också för att anpassa sig till det medicinska vetenskapsområdet. Denna utveckling är tydlig i den amerikanska hälsokommunikationsforskningen (jfr Cockerham, 2010:2.) och har troligen bidragit till att andra angreppssätt och metoder haft svårt att få gehör.

Teoretiskt potpurri

Hälsokommunikationsforskningen som identifierats i den här internationella kartläggningen är heterogen och mångfacetterad. Materialet innehåller många olika teorier och modeller för hälso- och riskkommunikation och forskningen går över disciplinära gränser. Angus et al. (2013) har gjort en europeisk översikt över teorianvändning i förebyggande hälsoarbete och visar på samma tendenser som finns i denna kartläggning. Beteendevetenskapliga teorier är vanligt förekommande, framför allt Health-belief-modell som handlar om individens hälso-relaterade beteende och inkluderar målgruppens uppfattningar ("perceived beliefs") om den specifika interventionen. Modeller för individuell motivation är också vanliga, t.ex. Theory of Reasoned Action och Theory of Planned Behavior. Ofta använda teorier som diskuterar sociala relationers betydelse, t.ex. Social Cognitive theory eller Banduras Social Learning Theory. Ett mindre antal studier vilar på teorier om gruppprocesser eller gemenskaper ("communities"), exempelvis Diffusion of Innovation Theory, för att beskriva hur en hälsoinnovation kan spridas inom en grupp. Genomgången visar dock att medievetenskapliga, kommunikationsvetenskapliga och sociologiska teorier är kraftigt underrepresenterade, liksom antropologiska och fenomenologiska angreppssätt, för att nämna några. Sådana ansatser skulle troligen vara mycket givande och kan förmodligen förnya fältet.

Angus et al. (2013) påtalar en annan svaghet i forskningen, nämligen att den sällan redovisar detaljer om hur teorier har väglett eller behandlats, eller vilken roll de haft, mer än att de har inspirerat eller informerat interventionens design och utvärdering. Den kritiken stämmer med analysen i denna kartläggning. Angus och hans kollegor identifierade 21 högkvalitativa hälsointerventioner som syftade till att förebygga ohälsa. I mer än hälften av studierna rapporterades att interventionen hade varit framgångsrik vad gäller att signifikant förändra deltagarnas beteende. Samtidigt visade 8 av de 21 studierna inga som helst bevis för att interventionerna skulle ha haft effekt och de visade inte heller på några mönster i målgruppen som skulle kunna förklara en utebliven effekt. De studier som inte rapporterade någon effekt kännetecknades av att ha en större uppsättning teorier och modeller. Enligt forskarna varierar resultaten beroende på om en teori använts eller inte, men inte i en sådan utsträckning att man kan avgöra i vilken utsträckning teoretiskt drivna interventioner är mer effektiva än de icke teoridrivna. Det finns därtill vissa indikationer på att de framgångsrika teoridrivna interventionerna vilade på teorier som vägde in betydelsen av individens sociala omgivning och hur den interagerar med individens hälsobeteende.

Social marknadsföring är en vanlig metod

Flera av publikationerna i översikten utgår från eller refererar till "social marketing", på svenska social marknadsföring, som ett ramverk för att vägleda interventioner och kommunikationskampanjer (Friedman, et al., 2016; Bergman, et al., 2015; Craig, et al., 2015; Smith, et al., 2015; Mattson & Basu, 2010).

MacDonald et al. (2012) undersöker betydelsen av social marknadsföring i hälsokommunikationsforskning i en översikt (för 2001–2010), och drar slutsatsen att det finns vetenskapligt stöd för att det är ett effektivt och ändamålsenligt sätt att vägleda kampanjer. Men det finns få europeiska studier på detta område.

Social marknadsföring har använts i mer än 30 år och kan enkelt beskrivas som tillämpning av marknadsföringsstrategier och taktiker för att marknadsföra ickekommersiella idéer, attityder och beteenden. Social marknadsföring har med goda resultat tillämpats för att förbättra bland annat handhygien (MacDonald et al., 2012) och sexuell hälsa (genom att minska spridningen av sexuellt överförbara infektioner, STI) (Friedman, 2016) och för att öka medvetenheten om spädbarnsdödlighet (Rienks & Oliva, 2013), samt vid kostinterventioner i skolor (Bergman et al., 2015). MacDonald et al. (2012) påpekar dock att det råder en oklarhet kring terminologin, vad som ska inkluderas i en sådan ansats och vad syftet med den är. Optimismen kring och tilltron till angreppssättet som förklaringsmodell är emellertid stor hos hälsokommunikationsforskarna. I Bergman et al. (2015) står det så här:

“Social marketing strategies applied in health promotion programs have shown a profound impact on the target individual’s behavior (Griffiths, Balir-Stevens & Parish, 2009). The major advantages of social marketing are a direct immediate benefit and an effect on behavior at multiple levels of social organization (Maibach, Rothschild & Novelli, 2002). Based on these findings, it is no wonder the program’s participants responded well to social marketing strategies presented” (Bergman et al, 2015: 129)

Bevisen på konceptets framgång framförs dock inte alltid på ett detaljerat och övertygande sätt. Bergman et al. (2015) har undersökt en delstatsintervention i USA som gick ut på att skapa hälsosamma skolmiljöer och regionala nätverk genom att kompetensutveckla kostchefer i grundskolan, för att de i sin tur skulle implementera kost- och sundhetsinitiativ på lokal nivå. Författarna argumenterar t.ex. så här för att använda social marknadsföring:

“...one ambassador used school nutrition “marketing” funds to promote physical activity by purchasing a score board for the school’s baseball team. In return, he was able to display his school nutrition program’s logo on the scoreboard. He also used these “marketing” funds to host community harvest parties during which he raffled off sports equipment and gardening supplies. It was through his social marketing efforts that he was able to promote a healthy lifestyle to the entire community while changing the perception of his school nutrition program.” (page 129)

Som synes är referenserna till teorin och dess betydelse för hälsokommunikationen något oklar, men entusiasmen för angreppssättet är tydlig. Social marknadsföring har fokus på design, budskapsstrategier och implementering samt utvärdering och tester av kampanjbudskap och kommunikationsaktiviteter (Mattsson & Basu, 2010). Många gånger används ”social marketing” felaktigt som en synonym för ”behavioral health communication campaigns”. Det förra är mycket mer krävande än det senare och förutsätter realistiska och tydliga mål, publikinformerade interventioner (i form av både formativ forskning om målgruppen och involvering av

den i planeringen) samt utvärdering efteråt. Social marknadsföring inkluderar även identifiering av fördelar, liksom marknadsmixen av de fyra P:na (produkt, pris, plats och påverkan eller promotion). Aktiviteter som bygger på social marknadsföring ska vara välplanerade, varumärkta (branded) och inkludera flera parter eller sektorer, skriver Mattson och Basu (2010).

Sociokulturella teorier kan berika hälsokommunikationen

Infanti et al. (2013) diskuterar teoriutveckling på området och menar att riskkommunikationsforskningen hämtar alltmer inspiration från socialkonstruktivistiska angreppssätt³. Det innebär att hälsorisker och människors förhållningssätt till dessa förstås som en sociokulturell process. Människor värderar risker olika och tillskriver dem olika mening, vilket får betydelse för deras beteenden i vardagen. Perspektivet fick genomslag i framför allt den brittiska och australiensiska socialmedicinska forskningen (Sociology of health and illness) under 1980-talet och är nu ett dominerande paradigm, mycket tack vare den poststrukturalistiska tänkaren Michel Foucault. De analyserade publikationerna visar ingen parallell utveckling i hälsokommunikationsforskningen, men det är vår bedömning att hälsokommunikationsfältet skulle kunna berikas teoretiskt och metodologiskt av ett sådant inflytande.

Palmer-Wackerly et al. (2014) är några av få forskare som särskilt betonar betydelsen av det kulturella och av en grundad teori i hälsokommunikationsforskning och arbete. För att förändra beteenden måste gemensam samsyn skapas och förstås i relation till det som påverkar vår hälsa. Så kallat "community engagement", eller engagemang i lokala gemenskaper och grupper ses som en viktig process för att lyckas med hälsokommunikationsinterventioner.

Resultaten av sådant engagemang är väletablerade i teori och praktik, men kommunikationsprocesserna som leder till dessa resultat är mindre kända. Sannolikheten för att individer ska delta i ett helt projekt ökar när deras behov adresseras av resurserna som de får tillgång till och som de annars inte skulle haft. Dessutom antas individer vara mer motiverade att uppmärksamma budskap, beakta dem och agera på basis av dem om de aktivt involveras i interventionen. Då ökar

³ Socialkonstruktivism tillskrivs vanligtvis Peter Berger och Thomas Luckman som skrev ett klassiskt verk om kunskapssociologi (*The social construction of reality*, 1967). Det är ett paradigm som utgår från att den mening och betydelse som tillskrivs föremål och begrepp (t.ex. hälsa, ras och genus) är resultatet av en kollektiv överenskommelse och sociala konventioner. Man ifrågasätter essentiella sanningar och betraktar i stället kunskap som en produkt av maktrelationer, och menar att kunskap alltid verkar i någons intresse. Den är ett resultat av förhandlingar och föränderlig snarare än fixerad. Hur kunskap och mening skapas kring hälsa och ohälsa blir därmed centralt för att förstå människors hälsobeteende och praktiker.

också sannolikheten för att de ska dela information och ta på sig rollen som opinionsledare och förändringsagent.

Graden av involvering och inflytande i processen kan variera stort. Kulturella processer, normer, föreställningar och eventuella värdekonflikter mellan forskare och gemenskaper och grupper har uppmärksammats allt mer och anses nödvändiga att beakta för att nå framgång. Detta angreppssätt (PCG, principle of cultural grounding) har sina rötter i begrepp såsom ”cultural sensitivity”, som handlar om att i sin kommunikation ta hänsyn till individers kommunikationsfärdigheter samt deras olika kulturella bakgrund, normer, föreställningar etc. som har relevans för hälsa och hälsoutveckling. Angreppssättet utgår från en syn på lärande som står i samklang med det socialkonstruktivistiska paradigmet ovan.

Utmaningen är enligt Palmer-Wackerly et al. (2014) att identifiera de kulturella praktikerna så som deltagarna förstår och definierar dem. En kritik mot många hälsokampanjer är att de formlar allmängiltiga budskap som ska passa majoritetsgrupper men som exkluderar eller inte erkänner underordnade, underrepresenterade grupper och minoriteters erfarenheter. PCG handlar om att bjuda in dessa grupper att artikulera sina tankar och sitt sätt att begripliggöra och förstå hälsa, identiteter, kulturella koder och betydelser. Angreppssättet går inte ut på att leverera kulturspecifika budskap, menar författarna, utan budskap som formuleras ur ett PCG-perspektiv ska reflektera målgruppens erfarenheter och vardag (”lived reality”). Är populationen mångkulturell bör rimligtvis budskapen i en kommunikationsinsats spegla detta för att accepteras och nå framgång.

Detta angreppssätt bemöter en del av den kritik som förts fram gentemot den dominerande modellen för hälsofrämjande arbete som i stor utsträckning har ignorerat kulturella och kontextuella faktorerens betydelse. Vidare öppnar ett socio-kulturellt angreppssätt upp för andra mer kvalitativa etnografiska metoder och frågor såväl i forskning om hälsokommunikation som i praktiken.

Hälsokommunikationsforskarna slår in öppna dörrar

En generell iakttagelse från kartläggningen är att flera forskare presenterar vad som närmast kan beskrivas som självklarheter. För enstaka författare är det så uppenbart att de till och med skriver ut det i klartext:

”To those from the discipline of communication, it might seem like a statement of the obvious to claim that messages are essential, if not the most critical component of any communicative process. Messages may be even more important when the communication is about health – one of the most elemental of human experiences” (Mattsson & Basu, 2010:276)

Ett annat exempel är Racicot-Matta et al. (2016) som i sin artikel *Development of radio dramas for health communication pilot intervention in Canadian Inuit communities* kommer fram till att det är viktigt att testa material och budskap innan en insats görs. De menar också att det är viktigt med ett noggrant urval av målgruppen, liksom att engagemang och identifikation hos målgruppen är viktigt för att kommunikationen ska bli framgångsrik. Friedman och kollegor (2016)

konstaterar vidare att kampanjer måste vara forskningsbaserade och mottagarfokuserade, och Cates et al. (2015) kommer fram till att det är viktigt med formativa undersökningar för att lära sig under processen och förfina budskapen i de olika stegen i kampanjplaneringen. De menar att formativ forskning inte garanterar framgång, men att den ökar sannolikheten för att kampanjen blir framgångsrik. Bland exemplen finns Chao et al. (2015) med artikeln *A randomized intervention of reminder letter for human papillomavirus vaccine series completion*, där man drar slutsatsen att påminnelser kan vara effektivt för att få kvinnor att slutföra en serie av HPV-vaccinationer. Somera et al. (2016) kommer i sin undersökning av hälsoinformationssökningsbeteende fram till att det är viktigt med målgruppsanpassad information och att det är viktigt att professionella i hälso- och sjukvården som möter individer från olika kulturer har god kulturell kompetens. Vidare finns en studie om krisberedskap bland gravida och nyförlösta kvinnor i USA som visar att information som finns tillgänglig på webben är mer anpassad till hälsoprofessionella än allmänheten. Den är framför allt inte begriplig för så kallade svagare grupper (låginkomsttagare och lågutbildade). McDonough (2015) och kollegor kommer fram till denna slutsats: "Audience segmentation is necessary for more focused communication, and stakeholder involvement in the message creation process is crucial" (ibid: 137). Gång på gång upprepas alltså grundläggande idéer om att det är viktigt att veta vem man kommunicerar med för att kunna anpassa kommunikationen till den tänkta mottagaren och samtalspartnern.

"Publish or perish" är ett uttryck som fått genomslag i akademien och belyser vikten av att producera vetenskapliga artiklar för att överleva i forskarvärlden. Tilldelning av forskningsanslag baseras bland annat på bevisad produktivitet i forskargrupper, vilket olyckligt nog driver kvantitet framför kvalitet. Genomläsningen av publikationerna inom hälsokommunikationsfältet ger tyvärr indikationer på en sådan utveckling med ett antal publikationer som har diskutabel kvalitet och begränsat värde. Det är visserligen klokt att upprepa studier för att stärka kunskapsbasen och verifiera tidigare resultat, men flera av studierna upprepar kända fakta utan att presentera övertygande empiriskt underlag. De aktuella slutsatserna är därtill sådana som bör vara kända i förväg. Det finns också några artiklar med identiska författare och snarlikt innehåll från samma projekt, vilket kan ses som ett tecken på att publikation är överordnat ny kunskapsproduktion.

Få utvärderar hälsokommunikationen

Utifrån litteraturen framkommer att många projektbudgetar inte omfattar utvärdering, vilket leder till att en del kommunikationsinsatser blir kortvariga aktiviteter med oklar relevans. Hälsokommunikationsforskaren Hornik lär ha yttrat följande vid en konferens 2007: "Do what is possible and live with uncertainty", vilket förvisso är ett cyniskt förhållningssätt, men det speglar verkligheten (Sixsmith et al., 2014). I flera av publikationerna beskrivs kampanjplanering och interventioner steg för steg fram till och med genomförandet, men utfallet utelämnas (t.ex.

Racicot-Matta et al., 2016 (radiointervention), Budd et al., 2015 (kostintervention) och Smith et al. (2014) (community web-kampanj)).

Sixsmith och kollegor (2014) undersökte 160 hälsokampanjer, varav 35 i EU:s eller EEA:s⁴ medlemsländer, som genomfördes åren 2000–2011. De konstaterar att interventioner som indexeras som hälsokommunikationskampanjer har mycket olika ämnesfokus, aktiviteter, design och exponering. Kritiken mot dem är dock entydig och överväldigande. De uppvisar en svag studiedesign, baseras på små urval (populationer) och saknar kontrollgrupp eller jämförbar grupp. Vidare kritiseras de för bristande teoretisk grund, underutnyttjande av formativa utvärderingar liksom processutvärderingar. Avslutningsvis kritiseras de för att använda utvärderingsmål som inte motsvarar kampanjens mål. Svagheter är inte begränsade till den europeiska kontexten utan har påpekats och erkänts i den internationella litteraturen som rör utvärderingar av hälsokampanjer. Det finns många olika modeller och verktyg för att bistå forskare och hälsoprofessionen i arbetet (i rapporten redovisas fem olika modeller), men tillämpningen brister uppenbarligen (Sixsmith, et al., 2014).

Litteraturen ger flera exempel på kriterier som mäter framgång vid utvärdering av kampanjer. Nedan är råd att ta hänsyn till när kriterier väljs för att mäta framgång:

- var tydlig med vad som utvärderas
- var realistisk och explicit angående förväntade direkta och indirekta effekter
- ta hänsyn till potentiella oönskade effekter
- använd en lämplig teori för att informera kampanjutförande och för att utvärdera resultatet.

Dessa rekommendationer verkar naturliga och självklara men tycks behöva upprepas. Den mest rigorösa utvärderingsdesignen inkluderar: före- och eftermätningar, kohortdesign, tidsseriedesign och naturliga experiment. Endast eftermätningar är en allvarlig begränsning och ger ofta dubbla effektstorlekar jämfört med utvärderingar med rigorös design (Sixsmith, et al., 2014:7), men det kan vara enda alternativet om resurser är begränsade. Att beskriva och dokumentera kampanjerna och det sammanhang de verkar i är också betydelsefullt och bidrar till kunskapsöverföring och bättre resursanvändning, skriver författarna.

I förordet till ett temanummer om utvärderingar föreslår Logan och Kreps (2014) att hälsokommunikationsinsatser kan hämta inspiration (teoretisk och praktisk) från designvetenskaper. Dessa vetenskaper ger en god grund för att utvärdera och granska aktiviteterna medan de utvecklas och pågår (genom s.k. brukar-involvering). Nyckeln till framgång är att konstant övervaka kampanjer och att kunna anpassa dem och respondera på ett kreativt sätt om något oväntat sker. Även utvärderingsforskningen behöver utvecklas och förnyas, menar författarna. Design-

⁴ EEA står för European Economic Area och omfattar 31 länder (2016) varav 27 är EU-medlemmar.

vetenskaper sägs kunna tillhandahålla ett mer holistiskt och pragmatiskt ramverk för deltagarinvolvering i interventioner, men det finns inga detaljer om detta utan man ger bara referenser för vidare läsning. Författarna efterfrågar även mer tillförlitliga mått (t.ex. på hälsoliteracitet) i utvärderingar, liksom övervakning på internet och "big data analytics" för att förbättra såväl formativa utvärderingar som interventioner.

I flera av publikationerna som behandlar sociala medier (se även avsnittet *Sociala medier* s. 63) påtalas problem med att utvärdera hälsokommunikation i nya medier liksom problem och osäkerhet som rör operationaliseringen av olika begrepp (aktivitet, engagemang och involvering). Det finns utvärderingar av hälsokommunikation på sociala nätverksplattformar, men då är det ofta de "låg hängande frukterna" som används som indikation på framgång. Det är till exempel: antal nya besökare, tittare eller prenumeranter på webbsidor/bloggar, procentuell ökning av antal följare, antal klickningar, återbesökare, gillanden och så vidare. Denna statistik är enkel att få fram genom de mätverktyg som erbjuds på webben (Google analytics, Google search metrics och Social media metrics), men kallas ibland också för "Vanity metrics" eftersom de fungerar som en form av självsmicker. Höga siffror kan göra avsändaren och initiativtagaren till kommunikationen nöjd eftersom de kan ses som en indikation på att X är populärt och att budskapet nått fram i bruset, men siffrorna ger ringa information om faktiskt engagemang, budskapets betydelse för målgruppen på ett djupare plan eller långsiktig påverkan på målgruppen (se t.ex. Leavy et al., 2012). Det råder ingen konsensus i litteraturen om ett bästa sätt att utvärdera kommunikation i de digitala medierna. Snarare tycks både forskare och hälsokommunikatörer pröva sig fram.

En utvärdering ska i idealfallet ge ett kunskapsbidrag till tidigare forskning. Allt för snäva och bristfälliga utvärderingar, mått och mätmetoder kan dock få negativa konsekvenser och medföra resursslöseri. Dessutom kan sådana brister minska den allmänna tilltron till interventioners och utvärderingars vetenskaplighet (Logan & Kreps, 2014) samt minska aktörernas anseende och trovärdighet. De stora bristerna på detta område är besvärande och riskerar hämma praktikens utveckling.

Är olika metoder olika effektiva?

Ett svar på ovan fråga, som bygger på samlad expertis och sunt förnuft, säger att olika metoder är olika effektiva beroende på kommunikationens mål. Om man vill öka medvetenheten om ett hälsoproblem i stora och breda befolkningsgrupper är kortvariga intensiva masskommunikationskampanjer en effektiv metod. Vill man i stället påverka beteenden på ett mer bestående sätt är det bättre med långsammare spridningsprocesser av nätverkskaraktär med inslag av personlig påverkan (Palm & Sandberg, 2004).

Det är problematiskt att förklara och visa hur och varför en kampanj varit framgångsrik, vilket hänger ihop med svårigheten att isolera kampanjeffekter som antingen är för små eller omöjliga att mäta på ett pålitligt sätt. Jeong et al. (2014) har skrivit artikeln *Local news media framing of obesity in the context of a sugar-*

sweetened beverage reduction media campaign, och där understryks vikten av att förstå interventioner i sitt sammanhang. Författarna menar att hänsyn måste tas till den större samhällliga och mediala kontext som en kampanj verkar inom innan det går att dra några slutsatser om dess effekter. Både omgivande och konkurrerande kommersiella kampanjer och hälsokampanjer kan ha inverkan på en insats, men också på forskares tolkningar och analyser av en sådan kampanjs effekter. En hälsokampanj som fungerar i ett land och en viss kulturell kontext behöver inte nödvändigtvis ha framgång i ett annat sammanhang, vilket paradoxalt nog också begränsar värdet av omfattande utvärderingar.

En del hälsokommunikationskampanjer har som mål att öka medvetenheten om något eller förändra beteenden, och då undersöks kunskap, attityder och beteenden i sin utvärdering. Ofta väljs kortsiktiga mål såsom hågkomst och igenkänning, attityd till ett visst beteende, sociala normer och intention till beteendeförändring eftersom de betraktas som prediktorer för långsiktig beteendeförändring (enligt Theory of planned behavior). Andra kortsiktiga mått är exponering, reaktioner på kampanjmaterial, grad av gillande eller uppfattad budskapseffektivitet. Man överlåter alltså åt delar av målgruppen att självskatta kampanjens potentiella inverkan. Dessa mått är dock mindre informativa vad gäller kampanjens effektivitet då de saknar en stark teoretisk bas (Sixsmith et al., 2014). Rådet som ges är att utvärderingsmått ska vara meningsfulla för såväl de individer som ska delta i utvärderingen som hälsosystemet i stort.

Budskapsstrategier och användning av skrämselfudskap

En metod eller budskapsstrategi som ibland används inom hälsokommunikation är s.k. fear appeal eller skrämselfudskap. Flera studier och interventioner behandlar den, exempelvis i kommunikation för att minska vårdslöshet i trafiken ("distracted driving"), vilket framställs som ett stort hälsoproblem i USA där tusentals individer årligen dör för att de surfar på sina mobiltelefoner, läser eller skriver sms samtidigt som de kör bil (Domigan et al., 2015). Skrämselfudskap har även prövats i anti-tobakskampanjer (Gould et al., 2014; 2015) och i rökstoppkampanjer (Duke et al., 2014), för att avhålla tonåringar från droganvändning (Krieger et al., 2013) liksom i kampanjer mot överkonsumtion av alkohol bland universitetsstudenter ("binge-drinking") (Carrera et al., 2010).

Domigan et al. (2015) visade i sin intervju- och surveystudie att målgruppen (college-studenter) förstod, trodde på och fann skrämselfudskapen attraktiva. Målgruppen ansåg att kampanjen skulle kunna motverka "distracted driving". Budskapen de exponerades för synliggjorde olika riskfyllda beteenden i trafiken och deras potentiellt negativa konsekvenser för hälsan samt risken för att dömas till böter eller fängelse, i syfte att fånga uppmärksamhet och öka riskmedvetenheten. Målgruppen ville dock se inte bara text utan även visualiseringar av riskerna i form av extrema bilder inkluderande bilkrascher eller andra allvarliga konsekvenser såsom skada och dödsfall, alltså mer tragik och avskräckande bilder än vad de exponerades för. Skrämselfudskap kan, menar författarna, vara effektiva i hälsokommunikationskampanjer när de åtföljs av specifika konkreta lösningar som är

snabba och enkla att utföra. Men skrämstaktiker kan också stöta bort målgruppen eller få den att känna sig nedslagen och hjälplös när de inte används på rätt sätt. Domigan et al. (2015) mätte dock inte respondenternas intentioner att förändra sitt beteende. Studien baserades på ett bekvämlighetsurval och utfördes av flera intervjuare vilket innebär risk för olika tolkningar. Resultatens generaliserbarhet är därmed något begränsad.

I Duke et al. (2014) framkommer däremot att skrämselfudskap, i form av "Why to quit"-budskap, tycks vara mer effektiva när det gäller att få personer att sluta röka jämfört med det mildare "How to quit"-budskap. Skrämselfudskap tycks motivera till beteendeförändringar, då de ökar rädslan för negativa effekter av en riskfylld livsstil. Hur-budskap är däremot utformade för att öka individens motivation samt tilltro till sig själv (self-efficacy) och sin förmåga att ändra beteende, vilket tycks kunna ha betydelse i bl.a. kampanjer för ökad fysisk aktivitet (Craig et al., 2015).

Forskningen indikerar att skrämselfudskap effektivt tycks kunna motivera attityd-, intention- och beteendeförändringar av olika slag, särskilt bland dem som upplever att de har hög förmåga ("self-efficacy") att de har förmåga att påverka sitt beteende (Duke et al., 2014; Carrera et al., 2010). Däremot bedöms det vara ineffektivt att öka rädslan hos dem som redan upplever att de är rädda. Gould et al. (2015:5) skriver så här: "There is convincing support for high threat messages being effective for behavioral change only where efficacy is high, and vice versa". De skriver även att "if fear appeals are used they should be accompanied by high efficacy interventions" (Gould, et al., 2015:5). Vidare konstateras att positiva känslor, humor och stolthet kan vara viktiga i budskapsutformningen för att framkalla attityd- och beteendeförändring. Verklighetsbaserade budskap och berättelser uppmuntrar till dialog i målgruppen, och i kombination med information om hur individen söker hjälp kan de vara effektiva i grupper med låg socioekonomisk status. Personliga berättelser gör det lättare för mottagarna att identifiera sig och att känna sig involverade. Hur-information minskar också beslutsinvolveringen, det vill säga gör det lättare för individen att fatta beslut i enlighet med budskapens råd och rekommendationer (Gould et al., 2014).

Rekommendationer från litteraturen

Den genomgångna litteraturen rekommenderar och lyfter fram följande för att nå ut till målgrupper med hälsokommunikation:

- Krieger et al. (2013) förespråkar kulturellt grundade interventioner och vikten av att dra fördel av social påverkan ("peer to peer education") genom att involvera och göra målgruppen delaktig i kampanjutformning och planering, budskapsformulering och spridning. Syftet med det är att engagera målgruppen öka spridningspotentialen och skapa effektiva budskapsstrategier.
- Vikten av deltagarinvolvering gäller även webbinnehåll. För att webb-information om hälsa ska uppfattas som relevant, trovärdig, begriplig, meningsfull och användbar är det viktigt att användarna engagerar sig i arbetet

med att utveckla innehåll. Användarnas bästa ska vara i fokus (Payton et al., 2014).

- Budskap måste vara tekniskt sofistikerade ("high-tech") och beröra ("high-touch"), för att engagera och uppmuntra (Hesse et al., 2013). Unga målgrupper har höga förväntningar på kommunikationens kvalitet, underhållningsvärde, attraktion, relevans ("storyline appeal") och identifikation.
- Övertalande texter ska vara övertalande, men de får inte upplevas som påträngande ("unobtrusive") (Racicot-Matta et al., 2016). Det gäller inte minst i kommunikationen med unga och i sociala medier.
- Personliga berättelser (story-telling) kan vara effektiva kommunikationsstrategier (Hesse et al., 2013).
- Ju mer exponering för budskap om STD-test och kondom användning, desto större beteendeförändring. Kampanjer kan ha goda effekter och påverka beteenden i önskad riktning. Framför allt kan de utmana existerande budskap i den mediemiljön som unga befinner sig i. (Friedman et al., 2016).
- Smak och njutning är centrala delar av vårt ätande som inte kan offras eller förnekas i jakten på god hälsa. Kostkommunikation bör ändra fokus från onyttig mat och risker med mat till att fokusera mer på njutning av mat (Phillipov, 2012).
- Förväntningarna är stora på de sociala medierna, men forskning pekar på att traditionella massmediekampanjer (tv och storbildstavlor i det offentliga rummet) som bygger på social marknadsföring inte har spelat ut sin roll för att förhindra och stoppa tobaksanvändning (Mullin et al., 2011). Starka grafiska budskap och budskap som väcker negativa känslor tycks ha avsedda effekter på målgrupperna, när det gäller att komma ihåg budskap, öka den kognitiva bearbetningen av kampanjbudskap och initiera samtal och diskussioner kring kampanjen (agendasättande effekter). Det finns också resultat som tyder på att insatserna i kombination med andra program kan minska tobaksanvändning bland unga och vuxna (Ibid).
- Kommunikationsinsatser bör sättas in på olika nivåer och arenor i samhället för att uppnå god hälsa i befolkningen. Att endast fokusera individnivån har ringa effekt då folkhälsan påverkas av en mängd samhälleliga och sociala faktorer, policyer och miljöer.
- Kommunikation har en central men liten roll när det gäller att skapa bestående förändringar. Många förändringar som behöver göras är bortom hälsokommunikatörernas kontroll (Hesse et al., 2013).
- Mer information och fler medieteknologier ger i sig inte långsiktiga beteendeförändringar. Hälsokommunikatörer kan ha en mer aktiv roll i att vägleda individer till säker kunskap och tillförlitliga sidor på nätet för att de ska kunna fatta bra beslut om sin hälsa. Ny informationsteknologi ger lovande möjligheter för hälsofrämjande kommunikation, men det finns brist på bevis för dess betydelse (Rodger et al., 2013).

- Det är enklare att uppnå effekter och påverka målgrupper i utvecklingsländer än i utvecklade länder där mediemättnaden är hög och konkurrensen om uppmärksamheten är stor (Friedman et al., 2016).
- Interventioner med längst bestående effekter hade initierats av forskare och universitet (Friedman et al., 2016).
- Allmänheten måste känna ett stort förtroende för stat och myndigheter för att hälsointerventioner som är initierade av dem ska ge positiva resultat. Förtroendet måste byggas långt innan epidemier och hälsoproblem uppstår (Shin et al. 2015).

Det förändrade medielandskapet

I detta avsnitt diskuteras det expansiva digitala medielandskapet i relation till hälsokommunikation. Först presenteras svenskars användning av digitala plattformar följt av en diskussion om digitala klyftor. Begreppet medie- och informationskunnighet (MIK) genomlysas i relation till hälsolitteracitet (health literacy), som är frekvent i litteraturen i översikten.

Människors informationssökningsbeteende liksom förklaringsfaktorer till detta diskuteras utifrån några amerikanska studier ur materialet, med exempel från en nordisk kontext. Därpå följer ett avsnitt om sociala medier och hälsokommunikation, och nedslag görs i ett antal olika studier som behandlar Twitter, Facebook respektive Youtube. Kapitlet avslutas med en sammanfattande diskussion om tendenser och centrala iakttagelser utifrån det förändrade medielandskapet.

I Internetstiftelsen i Sveriges (IIS) årliga undersökning *Svenskarna och internet 2016* redovisas aktuell statistik för befolkningens (från 16 år och uppåt) användning av digital medieteknologi (totalt 2 844 individer). År 2016 hade över 90 % av landets befolkning tillgång till internet, och 82 % använde internet dagligen, vilket motsvarar en ökning med två procentenheter sedan 2015. Det har blivit vanligt att en individ äger flera olika mobila plattformar: dator, surfplatta och smart mobil. Nästan alla har en egen dator (92 %), 81 % har en smart telefon och så många som 65 % har en surfplatta. Över hälften av alla åttaåringar (55 %) har en egen smart mobil.

Svenskarna och Internet 2016 (Davidsson & Findahl) visar att vi använder internet 24 timmar/vecka, varav 9 timmar genom mobilen, vilket motsvarar en ökning med en hel timme jämfört med året innan. Unga mellan 16 och 25 år använder internet i genomsnitt 40 timmar per vecka. Våra smarta telefoner blir en allt viktigare medieteknologi för oss i vardagen och 78 % av befolkningen kopplar upp sig mot nätet via mobilen (65 % dagligen). Vi ser också att tillgången till och användningen av digital medieteknologi har krupit allt längre ned i åldrarna och det är inte ovanligt att förskolebarn från 2–3-årsåldern använder surfplattor och mobiler (Davidsson & Findahl, 2016).

Medierna har en central roll i våra liv och vi lever allt mer både i och genom medierna. Thompson beskriver det som att de medierade erfarenheterna tränger ut de egenupplevda eller får allt större betydelse jämfört med dem ("lived experience") (Thompson, 2005).

Den digitala utvecklingen har skapat helt nya förutsättningar för all form av mänsklig kommunikation. Genom interaktivitet och användargenererat innehåll (s.k. sociala medier) har nya former för kommunikation och deltagande på nätet möjliggjorts. Detta har underlättat kommunikation såväl mellan olika grupper av användare som mellan olika offentliga och privata aktörer (van Dijck, 2013). Nätverkskommunikation via internet har på mindre än tio år förvandlats till socialitet på kommersiella plattformar, via t.ex. Facebook och Twitter, och deltagarkultur har alltmer tagit formen av det som van Dijck (ibid) kallar "a culture of connectivity". Den är präglad av människors behov av att känna tillhörighet och ständigt vara i kontakt med andra. Medielandskapet och samhällskontexten för dagens hälsokommunikation har revolutionerats och i grunden förändrats.

Prestin et al. (2015) menar i sin artikel *Online activity alive and well or flatlining* att så kallad "peer to peer health communication" (målgruppen kommunicerar med målgruppen) ökar på nätet samtidigt som det kommer nya möjligheter för att bedriva förebyggande och hälsofrämjande arbete och sätta in stöd och interventioner, men också för att kontrollera individer och sjukdomsutbrott. Det krävs dock en kontinuerlig uppdatering av kunskap om användarna, deras egenskaper, behov, preferenser och användning av internet i hälsorelaterade frågor, för att kunna dra nytta av de potentiella möjligheter som det mycket föränderliga nätet erbjuder.

Prestin och hans kollegor (2015) lyfter fram tre egenskaper som särskilt bidrar till internets möjligheter när det gäller människors hälsa och hälsoutveckling. Den första egenskapen handlar om internet som en kunskapsbank med nästintill obegränsade möjligheter att söka information i olika hälsofrågor. Många föredrar att konsultera professionella i hälso- och sjukvården, men det är vanligt att man först söker information på nätet. En annan central aspekt är de integrerade kommunikationsmöjligheterna i portaler med möjlighet att ställa frågor och få svar. För det tredje möjliggör internet socialt stöd via sociala medier, bloggar och forum, vilka samtidigt drar fördel av den anonymitet som råder på nätet och oberoendet av tid och rum. Dessutom finns tillgång till mycket olika grupper som delar specifika intressen vad gäller hälsa och ohälsa.

Digitala klyftor

Det finns alltså i litteraturen en stor optimism kring de digitala mediernas möjligheter, men samtidigt finns också en stor oro för ökade digitala klyftor i befolkningen, inte minst på hälsans område. Kanske är detta problem än mer uttalat i USA än i Sverige. Men Sverige står inför utmaningar med en allt mer heterogen och mångkulturell befolkning som har oklar digital kompetens och medie- och informationskunnighet. Därför kan frågor om digitala klyftor i befolkningen bli

mer aktuella och viktigare även för Sverige och den hälsokommunikation som initieras här.

I forskningslitteraturen skiljer man mellan första och andra nivåns digitala klyfta, där man refererar till människors tillgång till medieteknologi respektive användning av den (Song et al., 2015; Prestin et al., 2015). Tillgång till information på nätet är nämligen så mycket mer än tillgång till nödvändig hårdvara och uppkoppling. Ytterligare en central dimension är människors kapacitet att på ett ändamålsenligt sätt kunna dra nytta av den kunskap som finns tillgänglig. Det senare har blivit en allt mer krävande och komplicerad process med tanke på det överflöd av information som finns på nätet, men också den ökade spridningen av falska nyheter och vilseledande budskap. Det senare är särskilt bekymmersamt då det också finns tendenser till ökad selektiv exponering. På grund av allt mer personanpassade och individuellt riktade budskap (genom s.k. "behavioral targeting") från både kommersiella och icke kommersiella aktörer, förvandlas de digitala medierna till ekokammare av likartade budskap. Det kan i sin tur få betydande konsekvenser för åsiktångfald, demokrati och politiska processer, för människors tillgång till hälsoinformation och för möjligheten att påverka individers uppfattningar i en önskad riktning vad gäller hälsa.

Många studier pekar på både begränsad internettillgång och digitala förmågor hos framför allt låginkomsttagare och lågutbildade, etniska minoriteter och riskgrupper, men trots det anses internet vara en viktig kanal för att nå ut med hälsobudskap och kampanjer. Enligt exempelvis Song et al. (2015) behöver man bara veta vilka sociala medier och digitala kanaler som specifika målgrupper använder för att kunna rikta informationen till dessa grupper.

Medie- och informationskunnighet och hälsa

Hälsolitteracitet, på engelska "health literacy", är ett begrepp som återkommande diskuteras i delar av forskningslitteraturen, främst i den som är inriktad på frågor om informationssökning. Flera forskare ser ett akut behov av att reda ut begreppet och hur det används, däribland Barry et al. (2013). En definition av hälsolitteracitet är: "the degree to which an individual has the capacity to obtain, understand, communicate, and apply health information and services to improve one's health". Definitionen kommer från amerikanska CDC och återges av bland annat Liechty et al. (2015). Begreppet har genomlysts av nordiska forskare i antologin *Health literacy: Teori och praktik i hälsofrämjande arbete* (Ringsberg et al., 2014).

I medie- och kommunikationsforskningen har det engelska begreppet "media and information literacy", på svenska medie- och informationskunnighet (MIK), diskuterats sedan 1970-talet (Sandberg & Möllerström, 2014). MIK är ett paraplybegrepp som även omfattar hälsolitteracitet, menar författarna. MIK handlar kort och gott om individens förmåga att kunna söka information och ny kunskap, tolka och förstå samt kritiskt värdera och granska den (en central del som inte lyfts fram i definitionen från CDC ovan), för att sedan fatta informerade beslut. Utifrån detta ska individen också kunna delta aktivt i både samhällsutvecklingen och specifika

frågor som är viktiga för honom eller henne. MIK handlar dock inte bara om individens förmåga att navigera i det digitala medielandskapet, utan en central del är att vara delaktig genom att använda ny medieteknologi för att kommunicera och producera medieinnehåll, t.ex. i form av personliga webbsidor, videor och kommentarer på olika sociala nätverkssajter. Hälsolitteracitet har varit ett aktuellt begrepp inom hälsoområdet sedan 2000-talet genom insikten om mediers betydelse för människors hälsoutveckling. Hälsolitteracitet kan förstås som en tillämpning av medie- och informationskunnighet inom ett specifikt sakområde, nämligen hälsa.

Hälsolitteracitet betraktas olika beroende på sammanhanget. I medicinska och folkhälsovetenskapliga sammanhang betraktas låg hälsolitteracitet som ett hinder för hälsoutveckling och sjukvård, vilket kräver att hälso- och vårdprofessionen och hälsoorganisationer måste anpassa sig så att de blir mer tillgängliga, brukarvänliga och begripliga i sin kommunikation med omvärlden. I folkhälsoarbete betraktas låg hälsolitteracitet som en möjlighet till utbildning och ”empowerment”. Det ses alltså snarare som en utmaning att bygga kompetens hos befolkningen, för att stärka deras aktörskap så att de bättre kan ta tillvara både hälsotjänster och den information och kunskap som finns i olika hälsofrågor.

I en artikel av Lichte et al. (2015) diskuteras vad föräldrars hälsoliteracitet (i USA) betyder för deras informationssökning om viktminskning och viktkontroll för barn. Föräldrar med låg hälsoliteracitet visade sig vara mer benägna att söka information hos icke professionella rådgivare (t.ex. frikyrkor) än genom internet och hälsolitteratur, och de använde mer osäkra strategier och metoder än de med högre hälsoliteracitet. Studien visade att alla föräldrar oavsett hälsoliteracitet föredrog vänner som hälsoinformationskälla, vilket pekar på ett behov av målgruppsanpassade aktiviteter genom sociala nätverk (t.ex. förskolor) för att ge gruppen bättre förutsättningar att fatta informerade hälsobeslut, hävdar författarna.

Söka och navigera i informationsflödet

I flera av forskningspublikationerna undersöks människors tillgång till internet och informationssökningsbeteende i olika befolkningsgrupper. Så gott som samtliga studier av detta slag behandlar en amerikansk kontext. De baseras i stor utsträckning på stora enkät- eller telefonintervjuundersökningar, bland annat på HINTS-data från Health Information National Trends Survey⁵ (Koch-Wesser et al., 2010; Kontos et al. 2014). HINTS datainsamlingsprogram har skapats för att övervaka förändringar inom hälsokommunikationsområdet, och man samlar regelbundet in data om hur de amerikanska medborgarna (från 18 år och uppåt) använder olika medier och kommunikationskanaler för att inhämta viktig hälsoinformation, både för egen och för anhörigas räkning. Datainsamlingen baseras på ett nationellt och representativt urval av flera tusen respondenter, för att bland annat undersöka olika bakgrundsvariablers inflytande på individens sätt att söka information om hälsa.

⁵ (<https://hints.cancer.gov/>)

Flera av studierna som bygger på HINTS-data stannar vid att undersöka den digitala klyftans första nivå, det vill säga tillgång till information. Betydligt färre ställer mer djupgående frågor om hur hälsoinformation faktiskt tolkas och förstås samt används i människors vardag.

Kelley et al. (2016) redovisar exempelvis i artikeln *Disparities in Health Information Access: Results of a County-Wide Survey and Implications for Health Communication* en telefonundersökning där forskare undersöker vilka de viktigaste källorna för hälsoinformation är. De svar som ges kan enkelt beskrivas som att tryckta medier är den viktigaste informationskällan för pensionerade och äldre individer medan internet är den viktigaste informationskällan för unga, högutbildade (främst män) och höginkomsttagare. För äldre, i synnerhet kvinnor, samt lågutbildade och låginkomsttagare är hälsoprofessionella den viktigaste informationskällan. Låginkomsttagare och invandrargrupper identifieras ha ett särskilt behov av tillgång till hälsoinformation och författarna menar att det behövs riktade insatser mot dessa grupper.

I studien *Health Information Seeking, Source Trust, and Culture* visar Somera et al. (2016) med omfattande enkätdata att det finns många olika variabler som bidrar till att förklara individers olika strategier för att söka hälsoinformation och möjligheter att dra fördel av den (se även Viswanath & Ackerson, 2011). Bland dessa variabler finns tillgången till olika källor, personens förtroende för dessa och individens kön, utbildning, inkomst och yrke. Vidare visar forskargruppen att religion kan ha en betydelse för att förklara människors olika tilltro till informationskällor. Studien visar också att somliga konsulterar internet för att fatta beslut om huruvida de ska söka läkarvård eller inte. De pekar även på behovet av att studera informations-sökning över tid och väcker frågan om individens sätt att söka information förändras över livsspannet; det verkar vara ett rimligt antagande men är ännu inte fastställt.

Song et al. (2015) har gjort en explorativ enkätstudie som särskilt rör låginkomsttagarmän med risk för att drabbas av prostatacancer, och man redovisar att den givna målgruppen huvudsakligen litade på professionella som hälsoinformationskällor (för både allmän hälsoinformation och information om prostatacancer). Familj och vänner kom på andra plats som frekvent konsulterade och pålitliga källor vad gäller allmänna hälsofrågor och cancer. Internet var den källa man litade minst på vad gäller både allmän hälsoinformation och specifik information om prostatacancer. En fråga gällde vilket medium mannen föredrog att få hälsoinformation genom, och bland svaren kom e-post på första plats och sms på andra plats följt av internetsajter. Korta och lättillgängliga budskap ansågs viktigt, men deltagarna uppskattade också personligt riktade sms och e-postmeddelanden eftersom man slipper gallra ut och orientera sig i stora svåröverskådliga och svårbegripliga textsjok. I känsliga frågor såsom prostatacancer föredrog individerna att vända sig till människor som inte står dem nära. Undersökningen visar också att läkaren förblir en viktig källa för råd och vägledning. Information från nära och kära behöver dock varken vara korrekt eller leda till ett förändrat hälsobeteende (t.ex. screening). Song et al. (2015) understryker vikten av att

utveckla målgruppsanpassad interpersonell kommunikation i form av interventioner via hälsoprofessioner eller s.k. lokala aktörer. Författarna tror också att målgruppsanpassade korta sms kan vara ett sätt att överbrygga första och andra gradens digitala klyftor med tanke på den höga användningen av mobiltelefoner bland i synnerhet minoritetsgrupper (afro-amerikaner).

Feng och Xie (2015) visar i artikeln *Digital divide 2.0: the role of social networking sites in seeking health information online from a longitudinal perspective* att det finns skillnader i sannolikheten för att söka hälsorelaterad information på internet. Vana användare av kommunikations- och nätverksplattformar (t.ex. Facebook och MySpace) är mer benägna att göra så än de som inte är aktiva i sociala medier. Icke kaukasier var mindre benägna att söka hälsoinformation även om tillgången till internet var stor även i dessa grupper. Individer med kroniska sjukdomar eller med någon nära anhörig med kronisk sjukdom, var mer benägna att söka information om hälsoproblem och behandlingar på webben än andra. Studien bygger på data från tusentals individer, och en begränsning är att den roll som de sociala medierna har i att sprida hälsorelaterad information inte nämnvärt diskuteras eller fördjupas, inte heller individers begrippliggörande eller användning av den information om hälsa och ohälsa som de söker fram. Detta gäller flera av de studier som behandlar individers hälsoinformations-sökning. Man stannar vid själva sökandet efter information och går inte vidare med frågeställningar om vad som händer med den information som personerna får tillgång till eller exponeras för.

Prestin et al. (2015) presenterar en av få studier med longitudinell ansats (nationell postenkät) där man jämför data om människors internetanvändning och informations-sökning under nästan ett decennium (2003–2012). Resultaten är dock föga uppseendeväckande. Internetanvändningen i USA fortsätter att öka (78 %) men är inte jämförbar med svenskars internetanvändning (se ovan om Svenskarna och internet 2016). Omkring 70 % av den vuxna amerikanska befolkningen (18–74 år) använder internet som sin första källa till hälsoinformation, medan 19 % skickar e-post till sin vårdgivare.

Undersökningen visar att fler yngre grupper än äldre använder internet som första informationskälla. Ju högre utbildning, desto högre var andelen som använde internet som första informationskälla. Ras och etnicitet hade också stor betydelse; etniska minoriteter var mindre benägna att använda internet som första informationskälla jämfört med kaukasier. Sannolikheten för att kontakta en läkare eller sjukvården via e-post eller på nätet ökade också med högre utbildning.

Även levnadsformen hade en betydelse för människors användning av internet för hälsofrågor. Urban befolkning var mer benägen att e-posta läkare än den rurala befolkningen, vilket troligen kan förklaras av olika utbildningsnivåer. Ålder uppvisade ett signifikant samband med bloggande om hälsa. Ju yngre individ, desto större sannolikhet för att blogga. Vad gäller genus fann man att kvinnor förblir mer aktiva som bloggare om hälsa än män och de använder också mer SNS (Social networking websites) för hälsokommunikation än vad män gör. Men samtidigt är

amerikanska män lika benägna som kvinnor att kontakta läkare på nätet och att delta i stödgrupper.

Det kan indikera ett skifte från tidigare studier som visat att män var mindre benägna att söka information och hjälp. En möjlig förklaring kan vara anonymiteten som gör män mer bekväma med att delta i stödgrupper eller söka hjälp och information om olika hälsotillstånd (Prestin et al., 2015).

Nordiska exempel på studier om informationssökning

I det undersökta forskningsmaterialet finns endast en studie som undersöker informationssökning i en svensk kontext (Eklund, 2013). Frågan som Eklund vill ha svar på är: har mobilanvändare andra informationssökningsbehov än icke mobilanvändare? Eklund har undersökt en söklogg för vårdguiden.se och funnit att de flesta frågorna rörde 25 olika ämnen. Av de mest förekommande frågorna handlar 9 om att finna vårdgivare (t.ex. akutmottagningar) och 14 berör sjukdomar och symtom (t.ex. influensa). Allt fler söker information och ställer frågor via mobil medan de som söker information på annat sätt inte minskar. Mobilsökningar är mest frekventa på morgon och kväll, medan de icke mobila sökningarna främst sker dagtid. Eklund konstaterar att ökningen av mobila sökningar följer trenden med ökad mobilitet i samhället och att sökningarna efter information skiljer sig något åt beroende på vilken digital plattform individen söker information från. En slutsats som Eklund drar är att hälsoportaler måste anpassas så att de fungerar på olika plattformar, vid olika tider på dygnet och i olika sociala kontexter.

I de internationella studierna återfinns även en studie från Finland av Eriksson-Backa (2012). Den är fyra år gammal, vilket i internetsammanhang får betraktas som mycket på grund av den snabba utvecklingen. I studien Finnish 'silver surfers' and online health information undersöks hälsoinformationssökningsbeteende bland finska medborgare 65–79 år (n = 281) med enkät och telefonintervjuer. Resultaten ligger i linje med de amerikanska studierna och visar att äldre i liten utsträckning använder internet för att söka information om hälsa. Många äldre, lågutbildade och sjuka använder inte alls internet. De som ändå använder mediet söker information via Googles sökmotor och får träffar av mycket varierande kvalitet. Hälsokommunikatörer och personal inom sjukvården bör vara försiktiga, skriver Eriksson-Backa (2012), och inte förlita sig på äldres förmåga att ta eget ansvar för sin hälsa genom att söka information på webben eftersom många fortfarande inte använder internet alls. De mest använda informationskällorna för äldre var i stället medicinförpackningar, apotekspersonal och sjukvårdspersonal, och det var också dem man litade mest på. Män använde internet mer än kvinnor, en skillnad som sannolikt minskar med tiden. Det fanns också en klyfta mellan de yngre äldre och de äldre, de låg- respektive högutbildade äldre och mellan de friska och de sjuka äldre i deras informationssökningsbeteende samt tilltro till internet för hälsoinformation.

Svenskars informationssökningsbeteende när det gäller hälsa och ohälsa är sannolikt ganska likt det som beskrivs i de tidigare amerikanska studierna eller den finska ovan, men det vore ändå värdefullt med jämförbara data. Den svenska

befolkningen blir mer heterogen med en stor andel nya svenskar med olika etnisk bakgrund och kulturella referensramar, och därför finns det anledning att fundera över dessa gruppers behov och användning av digital medieteknologi för att hämta information om hälsa och ohälsa samt hur de i praktiken använder den. Denna kartläggning visar också att det behövs ytterligare forskning om dessa frågor i en svensk kontext.

Sammanfattning informationssökningsbeteende

Sammanfattningsvis kan konstateras att kön, ålder, utbildning inkomst, etnicitet och tidigare erfarenhet av ohälsa har betydelse för hur individer söker information. Metoderna beror på vilket hälsoproblem det gäller och hur pass känsligt det uppfattas (eventuell risk för stigmatisering). Hälsoprofessionen är fortfarande en central informationskälla för många individer, men med ökad tillgång till digital medieteknologi blir internet och de tjänster som erbjuds där allt viktigare för människors inhämtande av kunskap om hälsa. Det verkar osannolikt att dessa informationssökningsbeteenden skulle förändras radikalt under en närstående framtid. Hälsoinformation som bedöms mest pålitlig på internet kännetecknas av fem saker:

- webbsidan är lättanvänd
- råden kommer från en kunnig källa
- råden framstår som förberedda av en expert
- råden tycks vara opartiska och oberoende
- orsaken bakom ett råd förklaras för individen (Higgins et al., 2011).

Internet är dock framför allt förstahandskälla för yngre, högutbildade och höginkomsttagare.

Internet ger stora möjligheter att nå ut med hälsofrämjande budskap, men trots det krävs olika kommunikationsstrategier och medievalsstrategier för att nå de grupper som är mindre benägna att "vara online" eller inte använder internet som just hälsokommunikationskanal. Unga individer föreslås kunna användas som "informationsurrogat" för att vidareförmedla hälsoinformation till äldre grupper i sina nätverk. I takt med att internet och sociala medier förändras behövs ny kunskap för att förstå om och hur individer använder dem, för att bättre möta olika gruppers behov av hälsoinformation.

Det behövs kvalitativa studier med öppna frågor för att fånga in nyanser och ny kunskap om människors relation till digitala medier i hälsofrågor, och då främst studier som går djupare än de klassiska sociodemografiska variabler som inkluderas i tvärsnittsstudier av olika befolkningsgrupper. Forskningsmaterialet fångar sällan individernas egna erfarenheter, tankar och praktiker när det gäller hälsokommunikation. En viktig slutsats som Prestin och kollegor (2015) drar är att även om en stor andel av befolkningen använder sociala medier (SNS) finns det inga indikationer på att andelen som kommunicerar hälsa i dessa ökar. Vi bör ha en

något mer balanserad entusiasm för dessa mediers möjligheter och användning för hälsokommunikation (Higgins et al. 2011), vilket vi återkommer till nedan.

Sociala medier

Trots att sociala nätverkstjänster (SNS) dök upp redan på 1990-talet är det först på senare år som de har fått en mer framträdande plats i folkhälsolitteraturen, menar Capurro et al. (2014) i sin översiktsartikel *The use of social networking sites for public health practice and research: a systematic review*. Antalet publikationer om användning av sociala medier för forskning om folkhälsa och folkhälsopraktik ökar stadigt. Enligt översiktsartikeln fann man år 2007 endast 1 artikel jämfört med 12 år 2010 och 31 stycken år 2011. Under de tre första månaderna 2012 publicerades 19 stycken, vilket är en tydlig indikation på ett ökat intresse (ibid). Merparten av artiklarna (60 %) var från USA, 14 hade genomförts i så kallade höginkomstländer (enligt Världsbankens klassificering av länder) och 1 hade gjorts i en medelhög inkomstkontext (Sydafrika). Den enda studien som gjorts i ett låginkomstland kom från Haiti. Totalt 13 av artiklarna behandlade SNS och dess användare utan referenser till ett givet land eller region. Facebook (FB) var den mest undersökta plattformen (27 %), medan 14 % undersökte MySpace, 8 % Twitter och 17 % undersökte andra SNS. En dryg tredjedel av studierna inkluderade flera olika nätverkstjänster. Merparten av studierna (86 %) bestod av ”cross-sectional observational studies” (tvärsnittsstudier) som endast tillhandahåller deskriptiv statistik av SNS-användning eller -användare. Detta mönster känns även igen från denna kartläggande litteraturöversikt. Capurro et al. (2014) tar upp två exempel: en studie av ungdomars exponering för tobaksreklam i sociala medier och en som undersöker sociala skillnader i SNS-användningen och dess implikationer för hälsokommunikation. Totalt 5 av studierna hade en experimentell design för att studera en given intervention och av dem var 4 randomiserade kontrollerade studier.

Användningen av sociala medier för folkhälsoforskning och praktik är under utveckling (Capurro et al., 2014). Många hälsoorganisationer drar fortfarande inte nytta av teknikens fulla potential för kommunikation och interaktion, utan använder dem på ett enkelriktat och traditionellt sätt för informationsspridning till många (Evers et al., 2013). Det finns därmed en kunskapslucka att fylla och ett behov av studier som undersöker betydelsen av den nya teknologin i ett hälso-kommunikationssammanhang (ibid). Capurro et al. (2014) förutspår att vi kommer att få se många fler experimentella studier av användning av sociala medier i framtiden. I det kartlagda materialet lyser de dock med sin frånvaro och man måste fråga sig om det är experimentella studier som är mest angelägna i nuläget. Nedan diskuteras mer i detalj några exempel på studier om sociala medier och hälsokommunikation.

Twitterstudier

Park et al. (2016) undersöker i artikeln *Tweeting as Health Communication: Health Organizations' Use of Twitter for Health Promotion and Public Engagement*

sociala medier och hur de kan öka allmänhetens intresse för hälsofrågor, informations-spridning och dialog. Författarna konstaterar att Twitter är den mest använda plattformen bland de undersökta amerikanska hälsoorganisationerna. Folk gillar dialog och aktivismbudskap, men föredrar ändå att dela ”envägsinfo” framför att ha en dialog med dessa organisationer, i synnerhet på Twitter. En innehållsanalys av Twitter visade också att merparten av budskapen rörde organisationen och organisatoriska aspekter, medan personliga hälsorelaterade tweets utgjorde en mindre andel av totalen (32 %). Hälsoorganisationerna använde Twitter för att marknadsföra sin organisation snarare än att främja individers hälsa. Författarna konstaterar att Twitter erbjuder möjlighet till dialog men inte används till det i så stor utsträckning. Dessa slutsatser förefaller högst rimliga eftersom Twitter kan betraktas som ett elitforum för högutbildade, beslutsfattare, opinionsbildare, experter och journalister; det är inte ett forum för vem som helst och inte för intimitet eller mer personliga resonemang. Vi menar att det dessutom hänger ihop med det begränsade formatet och strukturen på Twitter som uppmanar till snuttifiering av kunskap, snarare än meningsskapande och dialog.

I studien *Are public health organizations tweeting to the choir? Understanding local health department twitter followership* undersöker Harris et al. (2014) Twitters potential för hälsokommunikation med medborgare. Resultaten visar att de undersökta hälsoorganisationerna snarare når de egna leden än enskilda hälso-konsumenter eller medborgare. Studien visar också att Twitter inte är ett effektivt eller ändamålsenligt medium i arbetet med att öka människors kunskap om hälsa och ohälsa eller för att få enskilda individer att förändra riskfyllda hälsobeteenden. Studien (Harris et al., 2014) visade bl.a. att de undersökta hälsoorganisationernas Twitterföljare i första hand var andra hälsoorganisationer (58 %) snarare än enskilda individer (42 %). Av de enskilda individerna var 68 % privatpersoner med personliga konton utan koppling till någon organisation, medan de återstående 32 % i själva verket var professionella med en hälsoorienterad roll. Många av organisationerna som var följare var hälsoorienterade, från utbildnings- eller myndighetssfären och ickevinstdrivande sektorn (vilket är en indikation på Twitters stora betydelse för att skapa och upprätthålla professionella nätverk snarare än att kommunicera hälsa till enskilda individer).

En del organisationer hade aktiva kommunikatörer som twittrade och skapade aktiviteter på Twitter, och de hade fler individuella följare även om merparten av följarna var organisationer som inte var de tänkta mottagarna av råd och information med individfokus. Hälsoorganisationer som vill nå individer snarare än organisationer behöver en kommunikatör som arbetar aktivt dagligen eller veckovis med Twitter för att skapa intresseväckande innehåll. Dessutom drar Harris et al. slutsatsen att det blir enklare att rikta budskapet till olika publikum om man vet vilka följare man har. Studien har flera begränsningar, t.ex. vad gäller kodning och analys av följarna. Det är dessutom mycket svårt att uttala sig om kvaliteten i kommunikationen och följarnas engagemang i organisationen utan en djupare analys av följarnas twitterflöde (t.ex. retweets, omnämndanden och länkar). Trots de negativa resultaten har författarna en stark tilltro till sociala mediernas

förmåga att förmedla hälsoinformation och engagera individer i hälsofrämjande beteendeförändringar.

Bravo och Hoffman-Goetz undersöker i två artiklar (2015 a, 2015 b) sociala mediers betydelse för en viss kampanj. Frågan de ställer sig är i vilken utsträckning Twitter är en verkningsfull kanal för att starta samtal världen över (agenda-setting) om Movember-kampanjen 2013. Syftet med den är att skapa uppmärksamhet och ökad förståelse för prostatacancer genom en tävling som går ut på att odla mustach. Movember initierades 2007 i Australien som en välgörenhetskampanj. Den har sedan fått spridning världen över på samma sätt som Rosa bandet-kampanjen (Pink Ribbon) har blivit ett globalt koncept för att uppmärksamma bröstcancer. Resultaten i undersökningen visar att endast 84 av 12 666 tweets bestod av relevant och innehållsrik information. Endast 0,7 % av twittret bestod alltså av så kallad "actionable" hälsoinformation som skulle kunna leda till ökad medvetenhet och förståelse för mäns risker att drabbas av prostata- och testikelcancer. Endast 23 % av de analyserade inläggen nämnde något som kunde anses vara hälsorelaterat (2015b).

Twitterinläggen kopplade istället i viss mån kampanjen till kommersiella produkter (501 tweets, vilket motsvarar 6,7 %), signifikant mer i USA än i övriga länder. Ytterst få inlägg kopplade ihop reklam, tävlingar och "giveaways" (reklampresenter) med de hälsofrågor och hälsorisker som kampanjen ville synliggöra, totalt 0,3 % (n = 37). Denna kampanj tycks alltså, precis som rosabandet-kampanjer, ha "tagits gisslan" av kommersiella aktörer och omvandlats till en metod för att marknadsföra olika produkter, vilket riskerar stjåla utrymme från den verkliga frågan. Bravo och Hoffman-Goetz (2015b) påpekar också att odlandet av mustasch eller skäggväxt överskuggade kampanjens mer seriösa hälsoinformationsbudskap om cancer. Slutsatsen som författarna drar är att kampanjen lyckades inte använda Twitter för att initiera interaktion och kommunikation som skulle kunna öka medvetenheten om och förståelsen för viktiga frågor om mäns hälsa.

Internet används i stor utsträckning för att inhämta hälsoinformation, och de sociala medierna är populära när det gäller att kommentera eller yttra sig i frågor som rör hälsopolicy, åtminstone i Storbritannien. Men det behöver inte innebära att sociala medier är populära för att dela hälsoinformation. Vuxna briter, liksom många svenskar, använder sociala medier för att följa familj, vänner, kändisar, nyheter och hobbies. De sociala medierna har en privat karaktär även om det som avhandlas många gånger blir tillgängligt för en stor publik. Det kan också vara därför myndigheter och offentliga aktörer får svårt att nå ut och nå fram till målgrupper i sociala medier, eftersom de är där av andra anledningar. Forskarna Bravo och Hoffman-Goetz (2014) skriver att det behövs mer forskning på området. Det tycks inte finnas någon säkerställd kunskap för de sociala mediernas ändamålsenlighet i hälsokommunikationen, men hälsoorganisationer fortsätter att använda dem med förhoppningen att engagera och interagera med individer i hälsofrågor.

I Lee och Sundars artikel *To tweet or to retweet? That is the question for health professionals on twitter* (2013) undersöks hur individer bedömer källor och hälsobudskaps trovärdighet på Twitter. I studien fick 76 studenter (19–23 år, 73 % kvinnor) följa ett twitterflöde om viktnedgång och indikera hurvida de ansåg källan respektive innehållet trovärdigt, liksom vilken intention de hade att följa budskapet. Antalet följare visade sig ha betydelse för deras bedömning av både källan och informationsinnehållet. Undersökningen visade att professionella avsändare med många följare uppfattades som mer trovärdiga än de med få följare. En professionell källa med få följare, eller en lekman med många följare hade negativ inverkan på användarens bedömning av både källa och innehåll. Källans expertis spelar en avgörande roll för bedömningar av trovärdigheten i hälsoinnehåll på nätet, men källans pålitlighet (mätt i antal följare) är mer avgörande för bedömningen av trovärdighet i innehåll som vidareförmedlats (retweet). Författarna menar att samtliga aspekter används för att bedöma information: ”The doctors’ credentials communicate their expertise, while the size of their audience appears to signal their trustworthiness” (Lee & Sundar, 2013:518). För att en hälsokampanj ska ha verkan på Twitter menar författarna att experter och organisationer behöver attrahera så många följare som möjligt eftersom det gör att deras budskap och tweets framstår som trovärdiga. Eftersom hälsotwitter och ”retwittrad” information bedöms olika beroende på källan rekommenderar Lee och Sundar också att hälsoprofessionella twittrare som nyligen börjat använda kanalen ska inleda med att ”retwittra” andra organisationers budskap. De bör vänta med att twittra själva tills de fått en kritisk massa av följare och därmed uppfattas som trovärdiga.

Facebookstudier

Facebook har funnits sedan 2004 och är det sociala medium som hittills nått högst popularitet och flest användare. Enligt uppgifter från Facebooks Wikipediasida i december 2016 har Facebook mer än 1,86 miljarder aktiva användare/månad. Med en sådan räckvidd är det inte förvånande att Facebook framstår som en lockande kanal och källa för hälsokommunikation.

För att bättre förstå sociala mediers potential undersökte Hale et al. (2014) hur olika hälsorisker och hälsotillstånd kommer till uttryck på Facebook (FB) och hur individer interagerar med dessa budskap. Författarna använde verktyget Google Insights för att identifiera de hälsotillstånd som flest människor söker information om och fick fram en lista på över 20 frekventa sökord som är kopplade till hälsa⁶. Forskarna sökte därefter fram de 50 första publika Facebook-sidorna för varje hälsotillstånd. Interaktionen eller engagemanget i dessa mättes i antal gillanden. FB-sidorna kategoriserades i olika typer: patientstöd, allmänt stöd, information och

⁶ Cancer, diabetes, magproblem, herpes, ryggont, hiv, blodtryck, sköldkörtel, bröstcancer och artrit (ledinflammation), aids, lupus (en autoimmun sjukdom se SLE), diarré, lunginflammation, ryggrad, influensasymtom, HPV (humant papillom virus), astma, anemi och stroke.

uppmärksamhet, reklam och marknadsföring, Wikipedia och övrigt (t.ex. personliga bloggar).

Många av de identifierade FB-sidorna visade sig inte vara relevanta för det specifika hälsotillståndet, och Facebooks potential för att uppmuntra och ge stöd kom inte till uttryck i studien då endast 13 % av FB-sidorna var utformade för att ge stöd. Möjligheterna att finna stöd varierade stort mellan de olika hälsotillstånden och för somliga fanns inga stödgrupper (t.ex. hiv, aids, HPV, herpes, influensa och anemi). För fem hälsotillstånd fanns dock omfattande stöd stroke, lupus, cancer, bröstcancer och magproblem. Att det finns färre stödgrupper för vissa hälsotillstånd kan förklaras med en högre grad av stigmatisering av dessa tillstånd (hiv, herpes och HPV) jämfört med icke smittsamma (bröstcancer). En stor andel av hälsosidorna (32 %) bestod emellertid av marknadsföring och reklam för specifika produkter, evenemang eller organisationer. Cirka 21 % kategoriserades som informationssidor. Resultaten stöds av tidigare studier, men det är svårt att jämföra dem eftersom studien fokuserat på sidor och inte på grupper. Således fann exempelvis Farmer et al. i en tidigare studie att supportgrupper var en dominerande del av grupperna med koppling till de elva mest prevalenta icke smittsamma sjukdomarna (non-communicable diseases) på Facebook.

Användarnas engagemang i FB-sidorna mätt i andel gillanden ("likes") varierade, men det var oproportionerligt i relation till antalet sidor i de olika kategorierna: Allmän information och reklam gillades oproportionerligt mycket i relation till hur vanliga dessa sidor var på FB. Allmänt stöd utgjorde endast 3,6 % av sidorna men fick 36 % av "gillandena", och reklamsidorna utgjorde 32 % av sidorna men fick 47 % av "gillandena", medan patientstöd och information var underrepresenterade bland sidor som gillades av FB-användarna. Detta kan möjligtvis förklaras av användarnas uppfattningar om vad som är korrekt beteende och lämplig användning av FB. Hale et al (2014) menar att FB-användare anser det olämpligt att söka information på FB och att man använder andra kanaler för detta. Den ökade interaktionen med kommersiella sidor på FB kan förklaras med att aktörerna använder marknadsföringsstrategier och reklamkampanjer för att öka sin synlighet men också för att uppmuntra till engagemang och interaktion med FB-användarna (t.ex. genom rabatterbjudande, gratisprover och vinstchanser i tävlingar).

Hale et al. (2014) ifrågasätter nyttan med Facebook för hälsokommunikation för socialt missgynnade grupper då det kan vara svårt att finna relevant information där. Öppenhet och bristande anonymitet på Facebook kan också vara ett hinder för individer att vilja dela med sig av information och personliga hälsorelaterade erfarenheter liksom att öppet visa stöd för andra. Detta begränsar också mediets potential som kanal för hälsokommunikation och hälsointerventioner.

Författarna ser ett behov av att undersöka användares uppfattningar och normer kring FB-användande samt hur det påverkar deras villighet att dela med sig av och söka hälsoinformation samt ge socialt stöd till sjuka eller drabbade av ohälsa. De anser också att framtida forskning bör inkludera privata sidor och stängda grupper som potentiellt kan vara en bättre kanal för att kommunicera känsliga ämnen som

är relaterade till hälsa. Vidare behöver också kvaliteten i innehållet undersökas. Sidor som först bedöms vara relevanta kan innehålla felaktig information och vara till mer skada än nytta i ett hälsofrämjande arbete. Författarna vill även se mer forskning för att kunna motverka spridning av missuppfattningar och designa interventioner för att bemöta detta.

Slutligen finns det ett behov av att veta mer om de användare på FB som faktiskt söker information där: hur de upplever informationen och använder den, hur de begripliggör den i relation till den medieekologi de befinner sig i, hur de söker och samlar stöd och hur det påverkar deras användning av hälso- och sjukvården och deras egenvård samt vilka konsekvenser det får för deras hälsoutveckling i stort.

Förtjänat medieinnehåll

I en artikel diskuterar Kornfield et al. (2015) utmaningar med att bedriva kommunikationsinsatser i det digitala medielandskapet. Artikeln syftar till att bättre förstå hur så kallat förtjänat medieinnehåll (till skillnad från köpt innehåll) i kommentarer på webben, i bloggar och inlägg från medborgarjournalister kan påverka en given kampanj. Både betalt medieutrymme och förtjänat medieutrymme kan ha betydelse för en kampanjs framgång, men kan också leda till problem. Både professionella opinionsmakare och vanliga medie-användare kan påverka vilka frågor som ska tilldra sig allmänhetens intresse och hur den uppmärksamheten ter sig, vilket är viktigt att inse ur såväl ett agendasetting-perspektiv som ett framing-perspektiv. Båda kan dessutom påverka allmänhetens reaktioner i form av användargenererat innehåll, gillanden och delningar. Vidare kan publikens reaktioner påverka journalisternas fortsatta rapportering och framställning, vilket också är viktigt att tänka på. Forum för oppositionella inlägg kan sprida motargument och felaktig information samt underminera kampanjer och kommunikationsinsatser, vilket är en negativ aspekt av de digitala mediernas möjligheter.

Kornfield et al. (2015) spårade under fyra månader kommentarer till en hälso-kampanj (Former smokers campaign): Facebook-gillanden, Tweets och URL-delningar på Facebook. Publikens engagemang varierade stort och kommentarerna hade olika relevans. Ungefär lika många kommentarer var för som emot kampanjen och den fick över lag begränsad uppmärksamhet. Men trots det begränsade antalet artiklar som skrevs, skapades aktivitet och engagemang. En slutsats är att det är svårt att utvärdera kampanjer på nätet på ett meningsfullt sätt. Förtjänat eller användargenererat medieinnehåll betraktas som ett bättre sätt att öka förståelsen för en hälsofråga än en kort reklamfilm. De nyheter och bloggar som analyserades gav emellertid begränsat med kunskap för att användargenererat innehåll hade den effekten. Kommentarer låg nära den ursprungliga kampanjens budskap och de pressmeddelanden som gått ut. Det var svårt att beräkna värdet av det engagemang som skapades, menar författarna. Kommentarer var ”off topic”, indirekt kopplade till kampanjen och ambivalenta, och de kanske handlade om trolling, spam eller bara brus i kommunikationen.

I artikeln (Kornfield, et al., 2015) påtalas ett behov av att standardisera data om målgruppers engagemang och aktivitet och att skapa konsensus kring hur sådan respons på en kampanj ska samlas in för att jämföra med andra studier. De efterlyser också en diskussion om hur begrepp såsom engagemang och involvering ska operationaliseras på webben. Författarna lyckas sätta fingret på svårigheten med att nå ut i det digitala medielandskapet liksom de krafter som verkar där som är svåra att kontrollera och råda över. Likaså lyfter de fram att förhoppningar om engagemang och publikaktivitet som följd av en riktad kommunikationsinsats ofta grusas. Internet och nätverksplattformar erbjuder interaktion och möjligheter för delaktighet, men det innebär inte att man uppnår meningsfull aktivitet och kommunikation med och inom målgruppen (Smith et al., 2015).

Youtube-studier

Youtube är en användardriven plattform för att dela innehåll (videofilmer) och framställs också i litteraturen som ett kraftfullt nytt medium och verktyg för hälsokommunikation. Enligt uppgifter från Youtube laddas det upp 72 timmar innehåll varje minut och man har mer än 800 miljoner unika besökare varje månad (Vander Knyff et al., 2015). Dessa siffror kan dock vara inaktuella på grund av den exponentiella utvecklingen.

I artikeln *Framing life and death on YouTube: the strategic communication of organ donation messages by organ procurement organizations* påtalar Vander Knyff et al. (2015) utmaningen med att kommunicera genom sociala nätverk när avsändaren har liten kontroll över mediekontexten. I artikeln diskuteras exemplet organdonationskampanjer på Youtube och resultatet av en innehållsanalys av 377 videor (postade 2008–2011) på olika Youtube-kanaler från diverse organisationer som tillhandahåller organ för donation.

Youtube är ett mycket rörligt medium och antalet tittare eller användare förändras timme för timme, bland annat beroende på hur pass aggressivt kampanjer marknadsförs på webben. Detta kan påverka besökarantalet mer än själva budskapsstrategin, menar författarna. I artikeln påpekas också att varken höga besöks- eller tittarsiffror, eller antal kommentarer som indikerar gillande (approval), självklart leder till en positiv eller önskad beteendeförändring. Detta visar svårigheten med att mäta men också nå framgång i denna kommunikationskanal.

VanderKnyff et al. (2015) diskuterar problemet med att Youtube och dess kanaler saknar en redaktörs eller utgivares översyn. Budskap av mycket olika format, kvalitet och diskursiv inramning konkurrerar om uppmärksamhet, utan hänsyn till målgruppsegmentering eller strategisk kommunikationsplanering. Det verkar alltså som om Youtube inte heller är den generallösning som många kanske hoppas på.

Wolf et al. (2015) anser dock, i motsats till VanderKnyff, att organisationer kan använda sociala medier för att mobilisera stora grupper och därmed skapa uppmärksamhet och ökad medvetenhet i olika frågor (agenda-setting). Som exempel lyfter de fram att man i USA under svininfluensautbrottet (2009) använde podcasts och Youtube-filmer om influensasymtom, och på så sätt kunde man undvika

ytterligare spridning av viruset. CDC skapade dessutom en särskild akutprofil på Twitter för att posta trovärdig och tillförlitlig information. Med andra ord användes sociala medier med viss framgång för såväl ”push-” (massdistribution av budskap) som ”pull” (efterfrågestyrd)-information för att få kontroll på influensautbrottet. Wolf et al. (2015) pekar liksom Lee och Sudar (2013) på den ”band-wagon effect” som sociala medier skapar, dvs. ett slags socialt tryck som innebär att acceptansen och gillandet av ett givet innehåll ökar ju fler som redan har tagit efter, gillat eller följt beteendet. Fenomenet fungerar som en stark motivationsfaktor för flera hälso-beteenden inklusive vaccination, menar författarna. Ett beteende normaliseras således genom personliga berättelser på webben och genom att skapa stödgrupper som uttrycker gillande.

Sammanfattning sociala medier

Sociala medier har stora möjligheter genom sin förmåga att nå många till en låg kostnad jämfört med traditionella, analoga medier som har en begränsad publik och räckvidd. Forskningen visar dock att förväntningarna många gånger inte infrias och att kampanjer och kommunikationsinsatser är mycket svåra att uppskatta värdet av. Sociala medier kan framstå som ett lockande billigt och enkelt alternativ till de mer traditionella kommunikationskanalerna, men det kan bli dyrt för såväl initiativtagaren (stora ekonomiska och personella investeringar krävs) som deltagaren i denna kommunikation (bl.a. på grund av risk för stigmatisering, men också legala aspekter som är kopplade till t.ex. sexuella aktiviteter, så som ålder då individen får ha sex).

Värdet med sociala medier jämfört med traditionella massmedier är den inneboende funktionen att engagera individer i kommunikation och få dem att interagera kring ett ämne samt upprätthålla relationer och dialoger och utbyta idéer med andra. Ett viktigt strategiskt avvägande är att använda sociala medier för detta ändamål och få individer att aktivt delta i en kampanj eller aktivitet i stället för att bara använda kanalen för att sprida information (Thackeray et al., 2012). Materialet innehåller dock inga framgångsrika exempel på studier där man aktivt utnyttjat denna möjlighet på ett mer systematiskt och genomtänkt sätt.

De sociala mediernas hittills begränsade framgång kan delvis bero på bristen på kontroll över kommunikationsmiljön, innehållet och processen. En annan förklaring kan ligga i användningen av och normer kring sociala medier, som skiljer sig från de traditionella medierna. De sociala medierna bygger i stor utsträckning på att kommunicera samt skapa och upprätthålla nätverk och sociala relationer av privat karaktär. Användarna betraktar således inte de sociala medierna som en kanal för att interagera med offentliga aktörer, i synnerhet inte när det gäller känsliga frågor om hälsa och ohälsa.

Sociala medier antas ändå vara särskilt väl anpassade för att kommunicera tabu-belagda hälsofrågor såsom sexuell hälsa, sexuellt överförbara sjukdomar (STI) och droganvändning. Den föreställda anonymiteten på dessa plattformar antas bidra till att sådana ämnen och praktiker kan studeras bättre än i livet ”off line” då

människor i skydd av anonymiteten vågar prata om eller uppvisa riskfyllda och eventuellt stigmatiserade beteenden. Många unga är involverade i eller påverkas av sådana riskfyllda beteenden, samtidigt som de är frekventa användare av sociala medier, och därför ses stora möjligheter att etablera kontakt med dem och bedriva interventioner som är riktade till dessa ungdomar via sociala nätverkstjänster. En australiensisk studie (Evers et al., 2013) om unga och sexuell hälsa visar dock på problemen med detta och alla de invändningar som finns inför kommunikationsinsatser kring sexuell hälsa i sociala medier. Engagemanget för hälsa i sociala medier är överlag fortfarande lågt (Prestin et al., 2015), och individer som är aktiva i sociala medier diskuterar inte hälsa. Det har också visat sig att vuxna användare är mer intresserade av att konsumera innehåll om hälsa än att själva producera sådant innehåll (ibid).

Det finns få studier om sociala medier och hälsa i låginkomstländer där behoven att nå ut med hälsoinformation kanske är som störst och där det finns en kraftig ökning i tillgången till och användningen av mobil teknologi. Möjligtvis kommer användningen av sociala nätverkstjänster i folkhälsosyfte att öka framför allt i dessa länder. Kanske är också de potentiella vinsterna som störst där, menar Capurro et al. (2014), eftersom den generella folkhälsan i dessa länder är betydligt lägre än i högsinkomstländer såsom Sverige, USA och länder i Europa.

Forskningslitteraturen om sociala medier präglas av brister i utvärdering och mätningar av kommunikationens effekter, vilket också känns igen från den övriga litteraturen. Det råder ingen samstämmighet i hur kampanjer och kommunikationsinsatser i sociala medier kan eller bör utvärderas, och därmed är det svårt att jämföra olika insatser och att dra lärdomar av ett genomfört arbete.

Över lag tycks man nöja sig med enkla mått som främst gäller spridning och exponering, där man t.ex. räknar antal besökare, följare, delning av information, länkar och omnämmanden. Gillanden och retweets ses som en representation för attitydpåverkan, engagemang, involvering och aktivitet i målgruppen, men det går sällan att fastställa några faktiska kunskapsvinster eller beteendeförändringar – om det ens har undersökts. Samtidigt är det väl känt att användare många gånger gillar rutin- eller slentrianmässigt innehåll utan större eftertanke, och att gillandet inte behöver innebära att personen är involverad i budskapet på ett djupare plan eller tänker förändra något beteende. På grund av de sociala mediernas karaktär är de också svåra att överblicka. Det är komplicerat att fastställa ramar för t.ex. urval av individer, och utvärderingar och uppföljningar av kommunikation blir inte bara tidsödande utan också kostsamma processer.

Teknikens snabba utveckling är också ett problem för forskningen eftersom det tar tid att söka anslag och beviljas medel för att genomföra en studie. Innan resultaten är publicerade hinner den digitala medieteknologin förändras, och forum och tjänster blir inaktuella och mister popularitet. I värsta fall händer det redan under studiens genomförande. Detta är ett mycket stort bekymmer för såväl forskare som hälsokommunikatörer som vill bli bättre på att använda medierna i sitt arbete. Capurro et al. (2014) påtalar här något centralt, nämligen att det föränderliga och

dynamiska forskningsobjektet kräver andra angreppssätt. Exempelvis är den kvalitativa metoden mer flexibel och följsam jämfört med kontrollerade experimentella studier som genom sin rigiditet blir mer sårbara när tekniken ständigt omvandlas eller till och med blir förlegad på grund av nya trender och nya tjänster.

Sammantaget finns anledning att ha modesta förväntningar på de sociala mediernas roll för det hälsofrämjande och förebyggande arbetet. Förhoppningarna är stora men kunskapsläget är oklart vad gäller om sociala medier är effektiva för hälsokommunikation. Det finns till och med studier som snarare lyfter fram motsatsen och visar hur internetinformation, webbgrupper och nätverk kan skapa förutsättningar för att etablera, sprida och upprätthålla eller förneka ett riskfyllt hälsobeteende (Peretti-Watel et al., 2014; White et al., 2014). På så vis bidrar de till att motverka det hälsofrämjande och hälsoförebyggande arbetet.

Hälsokommunikation som sakområde

Kommunikation (information och utbildningsinsatser) är ett av flera styrmedel som står till samhällets förfogande i arbetet med att frambringa social förändring, vare sig det handlar om människors hälsa och hälsoutveckling, miljö eller integrationsfrågor. Till övriga styrmedel räknas de tekniska (t.ex. nya produkter eller tekniska lösningar), administrativa (t.ex. reglering och lagstiftning) och de ekonomiska (t.ex. avgifter eller beskattning). Av samtliga styrmedel får kommunikation anses vara det svagaste, men ofta föredrar samhällsaktörer ändå kommunikation eftersom den bygger på frivillig förändring.

Hälsokommunikation och utbildningar

Hälsokommunikationsforskningen är liksom hälsokommunikation som sakområde beroende av att det finns tillgängliga utbildningar som kan förmedla den senaste kunskapen till nya generationer av studenter och forskare. Det finns en europeisk studie (Sixsmith et al, 2013) som bygger på en webbenkät och intervjuer med representanter (n = 91) för ett 30-tal länder och 15 intressenter eller nyckelspelare, och i den kartläggs möjligheter för utbildning inom sakområdet. Undersökningen visade att 15 % av de svarande kunde identifiera tillgång till specifika kurser i hälsokommunikation, och 33 % svarade att det finns kurser där hälsokommunikation kan vara en komponent. En knapp tredjedel av de svarande kunde inte besvara frågan, och så många som 22 % uppgav att det inte fanns några specifika utbildningar eller träningsmöjligheter för hälsokommunikatörer när det gäller att förebygga folkhälsosjukdomar.

Hälsoprofessionella behöver mer kunskap om hur medier fungerar och hur de kan användas för att målgruppsanpassa kommunikation om hälsa. Mer kunskap behövs också om olika publikers och målgruppers behov, vilket inkluderar deras medieanvändning, särskilt av sociala medier.

Enligt Sixsmith et al. (2013) anser de tillfrågade aktörerna också att det finns mer kunskap och fler kommunikationsstrategier för att kommunicera livsstilssjukdomar (non-communicable diseases) jämfört med smittsamma infektionssjukdomar. Det verkar saknas erfarenhetsutbyte och kunskapsöverföring mellan de två områdena. Vidare tycks det saknas nätverk för att utbyta information och identifiera centrala kompetenser i de olika europeiska länderna.

Hälsokommunikation vid universitet och lärosäten

För att komplettera bilden av hälsokommunikation som sakområde följer här en sammanfattning av svenska utbildningar på högskolenivå som rör hälsokommunikationsområdet.

Den tidigare myndigheten Högskoleverket har delats upp i två separata myndigheter, Universitets- och Högskolerådet (UHR) och Universitetskanslersämbetet (UKÄ). UHR tillhandahåller två typer av söktjänster för utbildningar i Sverige: (1)

studera.nu och (2) antagning.se. Via studera.nu kan man söka och jämföra olika utbildningar och olika lärosäten. Man kan där även filtrera sina sökningar på ett urval av ämnen och lärosäten. Tjänsten anger alla sökträffar i en enda lång lista, och det är inte alla träffar som redovisar kurser som är aktuella den kommande terminen. Den andra söktjänsten, antagning.se, syftar främst till att visa vilka utbildningar som finns tillgängliga innevarande termin, men har i övrigt samma typ av filtreringsmöjligheter som studera.nu. Det största problemet med dessa tjänster är att sökorden tycks ge ett allt för brett resultat. Den som söker efter utbildningar med koppling till hälsa får också träffar på breda program, t.ex. civilingenjörsprogrammet, som potentiellt omfattar enstaka kurser eller moment som berör detta ämne. Det framgår dock sällan vilken del eller modul i utbildningen som faktiskt har indexerats, vilket gör det svårt att bedöma sökträffarnas relevans. Vidare finns det en viss överlappning mellan tjänsterna så att samma utbildningar dyker upp i olika sökningar.

Tabell 1–4 nedan ger exempel på utbildningar som sticker ut i dessa sökningar, med länkar till de fullständiga sökningarna.

Tabell 1 Utsökning utbildningar "hälsa" som enskild sökterm utan specifika filter

Hälsa/studera.nu 2 231 träffar	Hälsa/antagning.se 2 024 träffar (endast HT16)
Global Hälsa. Mastersnivå. 15 Hp, Linnéuniversitetet.	Mastersprogram i Hälsa & Livsstil, Högskolan i Halmstad.
Välfärd & Hälsa: Masterprogram. Malmö Högskola.	Mat, hälsa och kommunikation, 7,5 Hp, Uppsala Universitet.
Kommunikation, ledarskap & hälsa, 15 Hp, Stockholms universitet.	Hälsopromotion som idé och kunskapsområde II, 7,5 Hp, Högskolan Väst.
Söklänk: http://studera.nu/jamfor-utbildning/?q=H%C3%A4lsa&p=3	Söklänk: https://www.antagning.se/se/search?period=HT_2016&freeText=h%C3%A4lsa&semesterPart=0

Tabell 2 Utsökning utbildningar "health promotion" som enskild sökterm utan specifika filter

Health promotion/studera.nu/ 1 406 träffar	Health promotion/antagning.se/ 34 träffar (endast HT16)
Cultural perspectives on Health, Lifestyle and Medicine, 7,5 Hp, Lunds universitet	Hälsopromotion fördjupning, centrala begrepp och perspektiv, 7,5 Hp, Högskolan Väst
Health, Meaning-Making and Culture: A lifecycle perspective on understanding illness, 7,5 Hp, Uppsala universitet	Verksamhetsutveckling, magisterprogram i hälsopromotion med inriktning arbetsintegrerat lärande, Högskolan Väst
Hälsopromotion: vetenskaplig teori och metod, 15 Hp, Luleå tekniska universitet.	Hälsövägledning, kandidat hälsopromotion, Luleå tekniska universitet
Söklänk: http://studera.nu/jamfor-utbildning/?q=Health+promotion&p=1	Söklänk; https://www.antagning.se/se/search?period=HT_2016&freeText=health+promotion&semesterPart=0

Tabell 3 Utsökning utbildningar "health education" som enskild sökterm utan specifika filter

Health education/studera.nu/ 92 träffar	Health education/antagning.se/ 247 träffar (endast HT16)
Health and health related aspects in a lifecourse perspective, 7,5 Hp, Malmö Högskola	Masterutbildning i Hälsovetenskap, Folkhälsovetenskap, Mittuniversitetet
Culture and Health, 7,5 Hp, Uppsala universitet	Hälsocoach, 120 Hp, Högskolan i Skövde
Kandidatprogrammet i Service Management, Health Management, Lunds universitet	En majoritet av träffarna gäller idrottsvetenskap eller ämneslärarutbildningar
Söklänk: http://studera.nu/jamfor-utbildning/?q=health+education&p=3	Söklänk; https://www.antagning.se/se/search?period=HT_2016&freeText=health+education&semesterPart=0

Kombinationen av medie- och kommunikationsvetenskapliga utbildningar och hälsa är kanske de mest intressanta för detta myndighetsuppdrag I en första sökning via studera.nu genererade termerna media och hälsa över 6 000 träffar. För att göra urvalet mer hanterbart användes filtreringen "medie- och kommunikationsvetenskap" (MKV). Denna sökning genererade 319 träffar i studera.nu, varav många verkar ha indexerats på MKV snarare än på en kombination av sökorden. Många av de identifierade kurserna och utbildningarna rör sig därför troligen om traditionella renodlade medie- och kommunikationsvetenskapliga kurser och program. Samma söktermer fast utan begränsningen MKV genererar endast 12 sökträffar för HT2016 i antagning.se. Några poster som sticker ut i sökningarna listas i tabell 4.

Tabell 4 Utsökning utbildningar "medier och hälsa" med respektive utan filter medie- och kommunikationsvetenskap

Medier och hälsa med filter/studera.nu/ 319 träffar	Medier och hälsa utan filter/antagning.se/ 12 träffar (endast HT16)
Hälsokommunikation, 15 Hp, Högskolan i Gävle.	Mastersprogram i Samhällsvetenskap – kostvetenskap, Uppsala universitet
Communication for Development: Advances in Social Action, Planning and Evaluation, 15 Hp, Malmö Högskola	Mastersprogram i Samhällsvetenskap – Digitala Medier och Samhälle, Uppsala universitet.
Söklänk; http://studera.nu/jamfor-utbildning/?q=Medier+och+H%C3%A4lsa&f=1%5b5503&p=22	Söklänk; https://www.antagning.se/se/search?period=HT_2016&freeText=medier+och+h%C3%A4lsa&semesterPart=0

Det är alltså inte helt enkelt att identifiera utbildningar som är centrala för hälso-kommunikationsforskningen och praktiken. De utbildningar som listas ovan är endast ett fåtal av alla de träffar som sökningarna ger och det är uppenbart att somliga är mindre relevanta. Söktjänsterna som Universitets- och högskolerådet tillhandahåller är trubbiga och det är oklart vilka ord som tjänsterna i huvudsak indexerar sina resultat på. För att inte missa någon viktig information kontaktades även myndigheten via e-post och telefon. Kurs- och programspecifik statistik över sökande och antagna studenter finns i UHR:s databas (<http://statistik.uhr.se/>). Materialet är dock omfattande och det är svårt att hitta exakt de kurser som eftersöks då materialet bara innehåller kursnamn. Ett alternativt tillvägagångssätt är att kontakta varje enskilt lärosäte och fråga om de har gett eller ger några specifika kurser under den tidsperiod man är intresserad av.

Sammanfattningsvis finns exempel på utbildningar med epidemiologiska folkhälsovetenskapliga perspektiv och utbildningar med starkt fokus på kulturella och meningsskapande perspektiv på hälsa och livsstil. Utbildningar med fokus på kommunikation av hälsa är inte lika framträdande (Högskolan i Gävle ger dock en fristående kurs i hälsokommunikation), och det verkar finnas ytterst få utbildningar eller kurser som betonar kombinationen medier och hälsa. Dock finns åtminstone ett sådant känt exempel, i form av en internationell masterskurs (Media, Health and Society, 15 hp), vid Lunds universitet.

Hälsokommunikation som styrmedel

Viktigt inom hälsokommunikation är individens valfrihet och autonomi, det vill säga självbestämmande. Historiskt har det visat sig att paternalistiska myndighetsbudskap om hälsa kan få motsatt effekt, och många är överens om att det inte är lämpligt med påbud uppifrån och restriktiv reglering av individers beteende i syfte att främja hälsa, t.ex. goda kostvanor. I en amerikansk studie av Stok et al. (2015), *Communicating eating-related rules. Suggestions are more effective than restrictions*, visar forskarna inom ramen för psykologiska matexperiment hur förbud och mjukare avrådan kan ha samma effekt och förhindra viss konsumtion

under en begränsad tid. När reglerna inte längre är tvingande leder det dock till överkompensation. Forskarna menar således att mjukare former av kommunikativ styrning är effektivare och en bättre metod för att långsiktigt påverka människors matvanor.

Många gånger är kommunikation dock ett otillräckligt verktyg och måste kompletteras med andra insatser för att man ska få en önskad förändring. Kommunikation används för att både förstärka, komplettera och skapa acceptans för andra styrmedel. Det räcker exempelvis inte att en hälsoaktör erbjuder ökad tillgänglighet, gratis rådgivning och nya hälsotjänster, om det inte kommuniceras till de prioriterade målgrupperna.

Budd et al. (2015) har skrivit artikeln *B'More Healthy: Retail Rewards-design of a multi-level communications and pricing intervention to improve the food environment in Baltimore City*, där man beskriver en intervention som bygger på en kombination av styrmedel. Projektet är under genomförande och det finns ännu inga resultat rapporterade. Interventionen framställs dock som unik i sitt sätt att involvera handeln i ett försök att främja människors kostvanor genom att kombinera prisinterventioner i butik med riktade budskap om hälsosamma val på plats i butiken. Denna form av styrning kan betraktas som en form av ”nudging”⁷ eller dold styrning av individer för att få dem att så enkelt som möjligt fatta rätt eller önskat beslut. I detta fall handlar det om att få invånare i en viss stadsdel av Baltimore att välja hälsosamma livsmedel framför mindre nyttiga alternativ. Nudging har blivit något av ett trendord, inte minst inom konsumtion, miljö- och hållbarhetsarbete (se t.ex. Mont et al., 2014) där man eftersträvar att försiktigt putta individer i en given riktning genom att förändra den ”valarkitektur” som konsumenten står inför, t.ex. genom att placera ekologiska varor mer lättillgängligt eller presentera nyttig frukt på ett mer visuellt tilltalande sätt. En utgångspunkt i Baltimoreinterventionen var dock att endast kommunikation är ett för svagt styrmedel för att påverka människors beteende. De önskade beteendeförändringarna krävde även andra insatser.

Lahlou et al. (2015) presenterar en hemintervention i Polen (*Increasing Water Intake of Children and Parents in the Family Setting: A Randomized, Controlled Intervention Using Installation Theory*) vars syfte var att barn och vuxna skulle dricka mer vatten. Studien baseras på en intervention bland 439 hushåll i 8 städer med familjer som inkluderar 3–6-åringar som drack max 250 ml vatten om dagen och minst 800 ml söta drycker per dag. Interventionen vilar på en s.k. Installations-teori som påminner om den ekologiska modellen för hälsobeteendeförändring. Teorin anger att beteenden kanaliseras genom tre lager: 1) förkroppsligad kunskap (”embodied knowledge”), 2) tillgångar i omgivningen (”contextual affordances”)

⁷ Termen ”nudge” användes första gången i samband med beteendeförändring av författarna till boken *Nudge* (Thaler & Sunstein, 2008). De definierar nudge som: ”en aspekt av valarkitekturen som förändrar människors beteende på ett förutsägbart sätt utan att förbjuda eventuella tillval eller avsevärt ändra deras ekonomiska incitament. För att räknas som en ren nudge måste insatsen vara enkel och billigt att undvika. Nudge är inte tvingande. Att sätta frukten i ögonhöjd räknas som en nudge. Att förbjuda skräpmat är inte.” (2008:8) (Översättning Mont et al., 2014:15).

och 3) social påverkan. Interventionen speglade dessa tre ”lager” och innebar att somliga individer fick enbart information om hälsoeffekterna av vattenkonsumtion, medan andra fick små barnvänliga vattenflaskor gratis levererade till hemmet för att göra vatten mer tillgängligt och synligt. I den tredje gruppen fick hushållen även tillgång till ett webbforum med information om normer för vattenkonsumtion och tips om hur man kan förändra sitt beteende. En kombination av samtliga tre åtgärder antogs ha störst effekt.

I samtliga interventionsgrupper ökade vattenkonsumtionen signifikant hos såväl barn som vuxna i jämförelse med kontrollgruppen. För varje intervention mättes korttidseffekterna omedelbart efteråt. Längre effekter uppmättes efter tre veckor och sex månader efter interventionens avslut (genom självrapportering på webben). Tillhandahållande av vattenflaskor i kombination med deltagande i webbforum gav störst effekter. Forskarna menar att effekterna blir störst och mest hållbara om man kombinerar information, materiella resurser i form av vattenflaskor och socialt inflytande eller påverkan (gruppptryck) (Lahlou et al., 2015). I artikeln lyfter man också fördelen med flera feedbackloopar i interventionen. Forskarna menade att de vuxnas uppgift – att påverka barnens beteende – också kan leda till förändringar av det egna beteendet, dvs. det uppstår en slags ömsesidig påverkan och förstärkning. Detta kan man dra nytta av i interventioner som utförs i familjer och i hushåll. Interventionen prövar samtidigt inverkan från olika styrmedel och forskarna konstaterar, liksom tidigare, att endast information är ett svagt styrmedel och att det oftast behövs en kombination av styrmedel för att uppnå bestående och reella förändringar.

Kommunikationens påverkan på individer är komplex och ofta oförutsägbar. Individuell beteendeförändring är beroende av det dynamiska samspelet mellan individen och hennes omgivning. För att skapa bestående förändring måste hälsokommunikationsinterventioner rikta in sig på flera nivåer i det omgivande samhället. Mer forskning behövs dock för att fastställa hälsokommunikationens betydelse liksom hur andra faktorer, exempelvis miljömässiga, inverkar på befolkningen (Shin et al., 2015).

Kan insatser ha kontraproduktiv effekt?

En utgångspunkt i det hälsokommunikativa arbetet är att kommunikationen ska stödja människor i deras hälsoutveckling. Folkhälsomyndigheten ville i det här uppdraget undersöka huruvida materialet visar att insatser kan ha kontraproduktiv effekt, och det korta svaret på frågan är otvivelaktigt ja. De kommunikationsaktiviteter som utvärderas tenderar dock att överrapportera positiva och önskade resultat (oavsett om resultaten är signifikanta eller inte), och även tentativa resultat på basis av teoretiska resonemang. Den kartlagda forskningen verkar lida av viss bias, med fördel åt positiva resultat, och många av de mindre lyckade insatserna tycks sällan nå offentlighetens ljus.

Troligen finns också många goda kommunikationsaktiviteter och initiativ som inte sprids på grund av bristfälliga resurser och dokumentation. Flera av publikationerna i den här kartläggningen stannar vid att beskriva planer och förstudier inför planerade insatser, men de inkluderar inte utfallet. Samtidigt finns exempel på kommunikationsaktiviteter från såväl myndighetsaktörer som kommersiella aktörer som trots goda intentioner väckt oväntade och oönskade reaktioner. I litteraturen om beteendepåverkan talas det om negativa oväntade så kallade boomerang-effekter, som kan slå tillbaka på avsändaren och avsändarens anseende och trovärdighet på ett negativt sätt.

Oväntade resultat

I det internationella materialet finns enstaka exempel på studier där negativa och icke förväntade resultat rapporteras. Ett sådant är Kasting et al. (2014) som redovisar en randomiserad studie där 1 919 kvinnor i åldrarna 18–64 år slumpades till grupper med olika kontrollvillkor (budskapsstrategier) för att uppmuntra dem att hivtesta sig. Det visade sig dock att ingen av budskapsstrategierna ökade benägenheten att testa sig, och de individer som man allra mest ville påverka (de som från början upplevde stora hinder) var de som var minst benägna att följa råden. Resultaten visar, menar författarna, att kommunikation kan ha negativa och icke förväntade (motsatta) effekter.

I artikeln *Monitoring the issue arena of the swine-flu discussions* (2013) diskuteras hur finska myndigheter misslyckades med sin kommunikation med medborgarna under utbrottet av A(H1N1)-influensa som startade i Mexiko 2009. Myndigheternas kommunikation var korrekt och väl anpassad i tiden, men likväl misslyckades man med att använda ett begripligt språk och att möta upprörda, oroliga och känslomässigt påverkade medborgare som ifrågasatte säkerheten i den pågående vaccinationskampanjen. Luoma-aho et al. (2013) menar att hälso- och riskkommunikatörerna måste flytta sitt fokus från organisationen och i större utsträckning vara närvarande i dynamiska forum (s.k. issue arenas) på nätet där olika intressenter befinner sig. Det räcker inte att på avstånd övervaka dessa utan det krävs aktivt deltagande i diskussionerna för att följa med i utvecklingen och se när nya eventuella intressekonflikter blommar upp. I dessa forum sker olika utspel. Opinionsmakare, lekmän och professionella försöker att styra olika grupperingars eller individers intryck konstant och organisationer kan inte passivt se på om frågor som berör den egna verksamheten diskuteras.

“The role of public relations is to maintain public discourse as the debate might otherwise be hijacked by extreme stakeholders, hindering problemsolving and collaboration with others.” (Luoma-aho et al., 2013:241).

Behovet av information tenderar att öka vid influensautbrott, och om behovet inte tillgodoses finns risk för onödig oro och ryktesspridning. I värsta fall kan befolkningen tappa förtroendet för organisationerna, och det kan vara svårt att återställa.

Passivitet ger utrymme åt andra

Ett misstag som de finska myndigheterna gjorde var bland annat att blint följa WHO:s rekommendationer och enbart kommunicera om influensan genom att benämna den A(H1N1), istället för svininfluensa, vilket var det namn som allmänheten var bekant med och sökte information om. Myndigheterna köpte inte heller upp dessa internetadresser vilket ledde till att andra aktörer (alternativmedicinföretag, NGO:er och vaccinationsmotståndare) la vantarna på dem och därmed hamnade de högst upp i informationsflödet när allmänheten sökte information. På så vis fick andra aktörer ett övertag i de debattforum som startades. En analys av närmare 2 300 kommentarer och inlägg relaterade till influensan i två debattforum i finska internetmedier (mars–maj 2010) visade att finska STM (ministeriet för hälsa och sociala frågor) endast deltog aktivt i 0.4 % av inläggen. De blev inte aktiva förrän sju månader efter det att debatten börjat och när epidemin redan nått sin topp i Finland. Analysen visade att det fanns ett stort behov av information, att många frågor var obesvarade och att medborgarna kände stor oro och misstänksamhet mot vaccinet. STM:s faktamässiga och neutrala kommentarer genererade negativa och till och med fiendliga kommentarer då de inte kunde tillgodose de upprörda känslorna hos medborgarna. Genom sin passivitet gav STM dessutom utrymme åt andra aktörer att ta över och styra opinionen, med resultatet att den statliga vaccinationskampanjen långt ifrån uppnådde de uppsatta målen (mindre än hälften av befolkningen vaccinerade sig trots att slutmålet var 100 %).

Detta är inte ett gott exempel på hur man ska bedriva kommunikation i det digitala medielandskapet, men det finns mycket att lära även av misslyckanden. Det går att dra flera slutsatser av studien, bland annat de här tre:

1. Internetforum är utmärkta källor för att övervaka ämnen som är viktiga för allmänheten; de tillhandahåller information som kan användas för att planera kommunikation och insatser.
2. Att påverka opinioner är en utmaning. Det finns många starka åsikter på nätet och det går många gånger inte att ändra dem.
3. Om man ger sig in på en samtalsarena krävs noggrann planering. Organisationer måste noggrant fundera över vem som kan användas som trovärdig avsändare och pseudokommunikatör (helst ett namn eller en person och inte bara myndigheten).

För att få en beteendeförändring måste hälsoaktörer och myndigheter avsätta stora resurser för att gå i dialog med medborgare. Misslyckas man på webben eller kommer in för sent kan effekterna utebli eller kraftigt begränsas. Det finns dessutom en risk för negativa oönskade konsekvenser. Avslutningsvis skriver Luoma-aho et al. (2013) att känslomässiga debatter kräver en annan slags retorik för att komplettera den mer faktabaserade retoriken.

Ta kontroll över dagordningen

Nicholson och Leask (2012) rapporterar i en australiensisk studie liknande erfarenheter efter ett dokumentärprogram om huruvida MPR-vaccin (mässling, påssjuka, röda hund) kan orsaka autism. Från 103 distinkta inlägg genererades 1 193 kommentarer på 3,5 timme. Även här uppvisades stora brister i kommunikationen, och vetenskapliga bevis misslyckades att övervinna personliga erfarenhetsbaserade anekdoter som snabbt fick spridning. Hälsoprofessionella behöver engagera sig i liknande diskussionsforum som startar efter en tv-sändning på ett planerat och strategiskt sätt. Det behövs ett stort antal kommunikatörer och experter som snabbt kan formulera sig och arbeta i skift. Författarna påtalar också vikten av att ta kontroll över och bestämma dagordningen genom att i förväg ha enats om vilka budskap som ska kommuniceras.

De digitala medierna är dynamiska och mycket snabba, och därigenom är de svåra att överblicka, kontrollera och förutsäga. Detta medför ökade krav på omvärldsanalys, planering, strategi och resurser, liksom flexibilitet och möjlighet till snabb omställning och anpassning utifrån hur hälsokommunikationsprocessen utvecklas.

Vad är unikt med hälsokommunikation jämfört med andra former av strategisk kommunikation?

Hälsokommunikation skiljer sig på flera punkter från andra former av strategisk kommunikation. Exempelvis skiljer sig hälsokommunikation från miljö-kommunikation och trafiksäkerhetskommunikation på så vis att den offentliga hälsokommunikationen i första hand ska leda till beteendeförändringar som gagnar den enskilda individen (hälsovinster). Många miljö- och trafiksäkerhetskampanjer handlar i stället om altruistiska beteenden och kollektiva vinster och värden (ren natur, omsorg om medtrafikanter). För att skydda dessa kollektiva värden har samhället inrättat regler och lagar som också straffar oönskade beteenden (t.ex. böter mot fortkörning eller dumpning av sopor på allmän plats). Det finns dock inga sanktioner från samhällets sida om en person sätter sin hälsa på spel genom att äta onyttigt eller vägra motionera.

Hälsokommunikationens mål är att förebygga ohälsa och främja befolkningens hälsa. Det kräver en viss investering eller arbetsinsats, men i båda fallen är den förväntade vinsten oklar, osäker och ofta mycket avlägsen i tid. Här skiljer sig hälsokommunikation från annan strategisk kommunikation, exempelvis marknadsföring och reklam där belöningen är mer konkret, ligger betydligt närmre i tiden och är förknippad med positiva upplevelser genom konsumtion. Hälsokommunikation handlar också många gånger om negativt laddade ämnen och frågor som har med risker, undvikande av ohälsa, sjukdom och död att göra. De kommersiella strategiska budskapen däremot handlar om att uppfylla konsumenters drömmar, innersta önsknings och behov.

Stimulera det goda

Hälsokommunikation inkluderar ofta men inte uteslutande (implicit eller explicit) negativa budskap som innebär att individer uppmuntras att begränsa sig (dricka mindre alkohol), sluta göra något (röka) eller minska konsumtionen av något (godis och läsk) som i grund och botten uppfattas som njutningsfulla och glädjefulla praktiker. I reklamens värld uppmuntras vi tvärtom att ge oss hän, konsumera mera och öka vår tillfredsställelse. Hälsokommunikationen har dock förändrats och gått från de förebyggande insatserna (prevention) till de främjande insatserna (promotion). De senare fokuserar på att stimulera det redan goda och sunda i människors beteenden och livsstil, vilket för med sig mer positiva stärkande budskap. Trots det kräver hälsokommunikationen en mycket större arbetsinsats av sin mottagare (nya eller förändrade vanor) än vad exempelvis reklamen gör (ett köp).

Ansvar för individens hälsa har i det offentliga samtalet alltmer förskjutits från stat till individ under de senaste decennierna. Detta har bidragit till att en ny slags hälsomedvetenhet fått grogrund. På engelska kallas den "Healthism" och är att betrakta som en ideologi där man betonar vikten av individuell disciplin och moraliskt uppförande för att upprätthålla en god hälsa (Crawford, 1980; 2006). Individen förutsätts alltmer äta rätt och motionera rätt, förebygga ohälsa och undvika risker. Den vältränade och muskulösa kroppen står som ideal, men detta är svårt för många att uppnå och upprätthålla. Dessa personer riskerar då att stigmatiseras på olika sätt. Hälsa kan enligt detta synsätt vara kontraproduktivt och till och med ge upphov till en slags hälsoångest och rädsla för att misslyckas (Sandberg, 2015).

En försvårande omständighet i den statliga hälsokommunikationen jämfört med annan strategisk kommunikation är att den styrs uppifrån och är tydligt normativ. Den bygger på en idé om att det finns ett rätt och ett fel sätt att handla. Av naturen vill inte människan bli tillrättavisad. Hon vill vara autonom och fritt bestämma över sitt liv och sina val. Även om hälsokommunikationen idag inte präglas av en paternalistisk ton har den svårt att frigöra sig från sitt paternalistiska arv, vilket bidrar till de utmaningar och potentiella motstånd den möter i befolkningen. Insikten om detta kommer dock alltmer till uttryck i forskningslitteraturen och i praktiken. Större fokus läggs på att hjälpa individer att självständigt fatta beslut, att stärka deras autonomi (genom "empowerment" och ökad hälsoliteracitet) och att öka delaktigheten i hälsokommunikationens planering och genomförande i lokala gemenskaper och nätverk (i "community programs"). Det innebär i sin tur att "ägarskapet" av hälsokommunikationen och hälsoutvecklingen förflyttas allt mer mot individen och bort från statliga och kommunala aktörer.

Både hälsokommunikationsforskningen och praktiken har stor utvecklingspotential. I det snabbt föränderliga medielandskapet finns många frågor och utmaningar, men också möjligheter. Det finns dock inga universalverktyg, modeller eller lösningar för att kommunicera hälsa, och kunskapen på området är osäker. Det är viktigt att förstå hälsokommunikationens komplexitet och kontextberoende liksom människors olika meningsskapande processer och praktiker,

eftersom det ger en mer balanserad förväntan på hälsokommunikationens effekter. Samtidigt ger det en god grund för att etablera dialog med dem vars hälsa ska främjas.

Referenser

1. D'Addario, M.; De Vito, C.; Marzuillo, C.; Vacchio, M. R.; Ferroni, E.; Villari, P. (2011) Online communication regarding health promotion and protection: the public health perspective. *Ig Sanita Publ*, 67:6 (757-75).
2. Al Adhami, M. (2015) Förstudie MILSA - Hälsokommunikation i relation till samhällsorientering och etablering av nyanlända flyktingar i Sverige. Rapport no 2015:32. Länsstyrelsen Skåne. ISBN 978-91-7675-020-9
3. Amaya-Castellanos, C.; Shamah-Levy, T.; Escalante-Izeta, E.; Morales-Ruán, M. D. C.; Jiménez-Aguilar, A.; Salazar-Coronel, A.; Uribe-Carvajal, R.; Amaya-Castellanos, A. (2015) Development of an educational intervention to promote healthy eating and physical activity in Mexican school-age children. *Evaluation and Program Planning*, 52 (159-168). DOI 10.1016/j.evalprogplan.2015.05.002
4. Angus, K.; Cairns, G.; Purves, R.; Bryce S.; MacDONald, L.; Gordon, R. (2013) Systematic literature review to examine the evidence for the effectiveness of interventions that use theories and models of behavior change: towards the prevention and control of communicable diseases. Stockholm: ECDC; 2013. DOI 10.2900/73931
5. Arcaro, P.; Mannocci, A.; Saule, R.; Miccoli, S.; Marzuillo, C.; La Torre, G. (2013) Social marketing and public health. *Ann Ig*, 25:3 (247-62). DOI 10.7416/ai.2013.1927
6. Bäärnhielm, S.; Hussein, H.; Baker, U.; Allebeck, P. (2013) Hälsokommunikatörer kan bidra till en bättre hälsa hos utlandsfödda. *Läkartidningen Vol 110:29-31 p. 1343-5*
7. Barry, M. M.; D'Eath, M.; Sixsmith, J. (2013) Interventions for improving population health literacy: Insights from a rapid review of the evidence. *Journal of Health Communication*, 18:12 (1507-1522). DOI 10.1080/10810730.2013.840699
8. Bendtsen, P.; McCambridge, J.; Bendtsen, M.; Karlsson, N.; Nilsen, P. Effectiveness of a proactive mail-based alcohol Internet intervention for university students: dismantling the assessment and feedback components in a randomized controlled trial. *Journal of Medical Internet Research Vol 14:5*
9. Berger, P.; Luckman, T. (1990/1967) *The social construction of reality: A Treatise in the Sociology of Knowledge*. New York, N.Y.:Anchor Books. ISBN: 9780385058988
10. Bergman, J. J.; Briggs, M. M.; Beall, D. L.; Curwood, S.; Gray, P.; Soiseth, S.; Taylor, R. K.; Zidenberg-Cherr, S. (2015) Stepping up to the challenge: the development, implementation, and assessment of a statewide, regional, leadership program for school nutrition directors. *Health Promot Pract*, 16:1 (122-31). DOI 10.1177/1524839914530399
11. Bergwall, P.; Uhnoo, I. (2013) Betydelsen av sociala medier för beslut om vaccination – en litteraturöversikt. Smittskyddsinstitutet.
12. Bravo, C. A.; Hoffman-Goetz, L. (2015a) Tweeting About Prostate and Testicular Cancers: What Are Individuals Saying in Their Discussions About the 2013 Movember Canada Campaign? *Journal of Cancer Education*. DOI 10.1007/s13187-015-0838-8
13. Bravo, C. A.; Hoffman-Goetz, L. (2015b) Social Media and Men's Health: A Content Analysis of Twitter Conversations During the 2013 Movember Campaigns in the United States, Canada, and the United Kingdom. *Am J Mens Health*. DOI 10.1177/1557988315617826
14. Budd, N.; Cuccia, A.; Jeffries, J. K.; Prasad, D.; Frick, K. D.; Powell, L.; Katz, F. A.; Gittelsohn, J. (2015) B'More Healthy: Retail Rewards--design of a multi-level communications and pricing intervention to improve the food environment in Baltimore City. *BMC public health*, 15, 283. DOI 10.1186/s12889-015-1616-6
15. Capurro, D.; Cole, K.; Echavarría, M. I.; Joe, J.; Neogi, T.; Turner, A. M. (2014) The use of social networking sites for public health practice and research: a systematic review. *J Med Internet Res*, 16:3, e79. DOI 10.2196/jmir.2679

16. Carrera, P.; Munoz, D.; Caballero, A. (2010) Mixed emotional appeals in emotional and danger control processes. *Health Commun*, 25:8 (726-36). DOI 10.1080/10410236.2010.521914
17. Cates, J. R.; Francis, D. B.; Ramirez, C.; Brown, J. D.; Schoenbach, V. J.; Fortune, T.; Powell Hammond, W.; Adimora, A. A. (2015) Reducing Concurrent Sexual Partnerships Among Blacks in the Rural Southeastern United States: Development of Narrative Messages for a Radio Campaign- *J Health Commun*, 20:11 (1264-74). DOI 10.1080/10810730.2015.1018643
18. Chao, C.; Preciado, M.; Slezak, J.; Xu, L. (2015) A randomized intervention of reminder letter for human papillomavirus vaccine series completion. *J Adolesc Health*, 56:1 (85-90). DOI 10.1016/j.jadohealth.2014.08.014
19. Cockerham, W. C (2010) *Medical Sociology* (11th ed). Upper Saddle River, N.J.: Pearson Education
20. Craig, C. L.; Bauman, A.; Latimer-Cheung, A.; Rhodes, R. E.; Faulkner, G.; Berry, T. R.; Tremblay, M. S.; Spence, J. C. (2015) An Evaluation of the My ParticipACTION Campaign to Increase Self-Efficacy for Being More Physically Active. *J Health Commun*, 20:9 (995-1003). DOI 10.1080/10810730.2015.1012240
21. Crawford, R. (1980) Healthism and the medicalization of everyday life. *International Journal of Health Services*, 10, 365–388.
22. Crawford, R. (2006) Health as a meaningful social practice. *Health: An Interdisciplinary Journal for the Social Study of Health, Illness and Medicine*, 10, 401–420.
23. Davidsson, P.; Findahl, O. (2016) *Svenskarna och internet 2016*. Internetstiftelsen i Sverige (iis.se). https://www.iis.se/docs/Svenskarna_och_internet_2016.pdf
24. van Dijck, J. (2013). *The Culture of Connectivity. A Critical History of Social Media*. New York, NY: Oxford University Press.
25. Domigan, J.; Glassman, T. J.; Miller, J.; Hug, H.; Diehr, A. J. (2015) Message testing to create effective health communication campaigns. *Health Education*, 115:5 (480-494). DOI 10.1108/HE-02-2014-0012
26. Duke, J. C.; Nonnemaker, J. M.; Davis, K. C.; Watson, K. A.; Farrelly, M. C. (2014) The impact of cessation media messages on cessation-related outcomes: Results from a national experiment of smokers. *American Journal of Health Promotion*, 28:4 (242-250). DOI 10.4278/ajhp.120920-QUAN-452
27. Eklund, A. M. (2013) Mobility and health information searches - A Swedish perspective. Abstract, p. 1079, in *Studies in Health Technology and Informatics. Ebook Volume 192: MEDINFO 2013*. DOI 10.3233/978-1-61499-289-9-1079
28. Elgan, T.H.; Hansson, H.; Zetterlind, U.; Kartengren, N.; Leifman, H. (2012) Design of a web-based individual coping and alcohol-intervention program (web-ICAIP) for children of parents with alcoholic problems: study protocol for a randomized controlled trial. *BMC Public Health* Vol 12:35
29. Eriksson, H.; Salzmänn- Eriksson, M. (2013) Supporting a caring fatherhood in cyberspace: an analysis of communication about caring within an online forum for fathers. *Scandinavian journal of Caring Sciences*. Vol 27:1 p63-9
30. Eriksson, M. (2014) *Kommunala kommunikatörers beredskap för kriskommunikation via sociala medier*. DEMICON, Rapportserie nr. 14, Mittuniversitetet
31. Eriksson-Backa K. (2012) Finnish 'Silver Surfers' and Online Health Information. In: Eriksson-Backa K., Luoma A., Krook E. (eds) *Exploring the Abyss of Inequalities. WIS 2012. Communications in Computer and Information Science*, vol 313. Springer, Berlin, Heidelberg
32. Evers, C. W.; Albury, K.; Byron, P.; Crawford, K. (2013) Young people, social media, social network sites and sexual health communication in Australia: "This is funny, you should watch it". *International Journal of Communication*, 7:1 (263-280).
33. Fatahi, N. (2012) Viktigt att stärka tolkens status i sjukvårdsteamet. *Läkartidningen*, 109: 22 (1096-98).

34. Feng, Y.; Xie, W. (2015) Digital divide 2.0: the role of social networking sites in seeking health information online from a longitudinal perspective. *J Health Commun*, 20:1, aug-60. DOI 10.1080/10810730.2014.906522
35. Ferrer, R. A.; Klein, W. M. P.; Persoskie, A.; Avishai-Yitshak, A.; Sheeran, P. (2016) The Tripartite Model of Risk Perception (TRIRISK): Distinguishing Deliberative, Affective, and Experiential Components of Perceived Risk. *Annals of Behavioral Medicine*, 11-jan, DOI 10.1007/s12160-016-9790-z
36. Folkhälsomyndigheten (2017).Handledning för litteraturoversikter Folkhälsomyndigheten. <https://www.folkhalsomyndigheten.se/publicerat-material/publikationsarkiv/h/handledning-for-litteraturoversikter/>
37. Friedman, A. L.; Kachur, R. E.; Noar, S. M.; McFarlane, M. (2016) Health Communication and Social Marketing Campaigns for Sexually Transmitted Disease Prevention and Control: What Is the Evidence of their Effectiveness?. *Sex Transm Dis*, 43:2 suppl 1 (83-101). DOI 10.1097/olq.0000000000000286
38. Gould, G. S.; Watt, K.; Cadet-James, Y.; Clough, A. R. (2015) Using the risk behaviour diagnosis scale to understand Australian Aboriginal smoking - A cross-sectional validation survey in regional New South Wales. *Prev Med Rep*, 2, 09 apr. DOI 10.1016/j.pmedr.2014.10.004
39. Gould, G. S.; Watt, K.; Stevenson, L.; McEwen, A.; Cadet-James, Y.; Clough, A. R. (2014) Developing anti-tobacco messages for Australian Aboriginal and Torres Strait Islander peoples: evidence from a national cross-sectional survey. *BMC Public Health*, 14:250. DOI 10.1186/1471-2458-14-250
40. Hale, T. M.; Pathipati, A. S.; Zan, S.; Jethwani, K. (2014) Representation of health conditions on Facebook: content analysis and evaluation of user engagement. *J Med Internet Res*, 16:8, e182. DOI 10.2196/jmir.3275
41. Harris, J. K.; Choucair, B.; Maier, R. C.; Jolani, N.; Bernhardt, J. M. (2014) Are public health organizations tweeting to the choir? Understanding local health department twitter followership. *Journal of Medical Internet Research*, 16:2. DOI 10.2196/jmir.2972
42. Hesse, B. W.; Cole, G. E.; Powe, B. D. (2013) Partnering against cancer today: a blueprint for coordinating efforts through communication science. *J Natl Cancer Inst Monogr*, 2013:47 (233-9). DOI 10.1093/jncimonographs/lgt024
43. Higgins, O.; Sixsmith J.; Barry, M.M.; Domegan, C. (2011) A literature review on health information-seeking behavior on the web: a health consumer and health professional perspective. Stockholm: ECDC; 2011. DOI 10.2900/5788.
44. Hont, G. (2016) Man måste in bakom orden och lära sig tyda vad de står för (transkulturell psykiatri). *Läkartidningen*, 39/2016;113:D99U. Lakartidningen.se 2016-09-28
45. Infanti, J.; Sixsmith, J.; Barry, M.M.; Núñez-Córdoba, J.; Oroviogicoechea-Ortega, C.; Gullién-Grima, F. (2013) A literature review on effective risk communication for the prevention and control of communicable diseases in Europe. Stockholm: ECDC; 2013. DOI 10.2900/64747
46. Jeong, M.; Gilmore, J. S.; Bleakley, A.; Jordan, A. (2014) Local news media framing of obesity in the context of a sugar-sweetened beverage reduction media campaign. *J Nutr Educ Behav*, 46:6 (583-8). DOI 10.1016/j.jneb.2014.04.294
47. Johansson, M.; Rubertsson, C.; Rådestad, I.; Hildingsson, I.; Radestad, I. (2010) The internet: One important source for pregnancy and childbirth information among prospective fathers. *Journal of Men's Health Vol 7:3* p.249-58
48. Josefsson, A.K.; Ivarsson, Andreas. (2010) Motivation till motion och utveckling av webbaserad hälsopromotion, i Årsbok, Svensk idrottspsykologisk förening, Örebro
49. Kasting, M. L.; Cox, A. D.; Cox, D.; Fife, K. H.; Katz, B. P.; Zimet, G. D. (2014) The effects of HIV testing advocacy messages on test acceptance: a randomized clinical trial. *BMC Med*, 12,204. DOI 10.1186/s12916-014-0204-4

50. Kelley, M. S.; Su, D.; Britigan, D. H. (2016) Disparities in Health Information Access: Results of a County-Wide Survey and Implications for Health Communication. *Health Communication*, 31:5 (575-582). DOI 10.1080/10410236.2014.979976
51. Koch-Weser, S.; Bradshaw, Y. S.; Gualtieri, L.; Gallagher, S. S. (2010) The Internet as a health information source: findings from the 2007 Health Information National Trends Survey and implications for health communication. *J Health Commun*, 15 Suppl 3, (279-93). DOI 10.1080/10810730.2010.522700
52. Kontos, E.; Blake, K. D.; Chou, W. Y.; Prestin, A. (2014) Predictors of eHealth usage: insights on the digital divide from the Health Information National Trends Survey 2012. *J Med Internet Res*, 16:7, e172. DOI 10.2196/jmir.3117
53. Kornfield, R.; Smith, K. C.; Szczypka, G.; Vera, L.; Emery, S. (2015) Earned media and public engagement with CDC's "Tips from Former Smokers" campaign: an analysis of online news and blog coverage. *J Med Internet Res*, 17:1, e12. DOI 10.2196/jmir.3645
54. Krieger, J. L.; Coveleski, S.; Hecht, M. L.; Miller-Day, M.; Graham, J. W.; Pettigrew, J.; Kootsikas, A. (2013) From kids, through kids, to kids: examining the social influence strategies used by adolescents to promote prevention among peers. *Health Commun*, 28:7 (683-95). DOI 10.1080/10410236.2012.762827
55. Lahlou, S.; Boesen-Mariani, S.; Franks, B.; Guelinckx, I. (2015) Increasing Water Intake of Children and Parents in the Family Setting: A Randomized, Controlled Intervention Using Installation Theory. *Ann Nutr Metab*, 66 Suppl 3 (26-30). DOI 10.1159/000381243
56. Lee, J. Y.; Sundar, S. S. (2013) To tweet or to retweet? That is the question for health professionals on twitter. *Health Commun*, 28:5 (509-24). DOI 10.1080/10410236.2012.700391
57. Liechty, J. M.; Saltzman, J. A.; MUSAAD, S. M. (2015) Health literacy and parent attitudes about weight control for children. *Appetite*, 91 (200-8). DOI 10.1016/j.appet.2015.04.010
58. Liukkonen, J.; Jaakkola, T.; Kokko, S.; Grasten, A.; Yli-Piipari, S.; Koski, P.; Tynjala, J.; Soini, A.; Stahl, T.; Tammelin, T. (2014) Results from Finland's 2014 Report Card on Physical Activity for Children and Youth. *J Phys Act Health*, 11 Suppl 1 (51-7). DOI 10.1123/jpah.2014-0168
59. Lofstedt, R.; Boudier, F.; Chakraborty, S. (2013) Transparency and the food and drug administration- a quantitative study. *Journal of Health Communication*, 18:4 (391-396). DOI 10.1080/10810730.2012.696229
60. Luoma-aho, V.; Tirkkonen, P.; Vos, M. (2013) Monitoring the issue arenas of the swine-flu discussion. *Journal of Communication Management*, 17:3 (239-251). DOI 10.1108/JCOM-11-2010-0069
61. MacDonald, L.; Cairns, G.; Angus, K.; Stead, M. (2012) Evidence review: social marketing for the prevention and control of communicable disease. Stockholm: ECDC; 2012. DOI 10.2900/63860
62. Mattson, M.; Basu, A. (2010) Center for Disease Control's Diethylstilbestrol Update: a case for effective operationalization of messaging in social marketing practice. *Health Promot Pract*, 11:4 (580-8). DOI 10.1177/1524839908324785
63. McCambridge, J.; Bendtsen, M.; Karlsson, N.; White, I.R.; Bendtsen, P. (2013) Alcohol assessment and feedback by e-mail for university student hazardous and harmful drinkers: study protocol for the AMADEUS-2 randomised controlled trial. *BMC Public Health*. Vol 13:949
64. McCambridge, J.; Bendtsen, P.; bendtsen, M.; nielsen, P. (2012) Alcohol email assesment and feedback study dismantling effectiveness for university students (AMADEUS-1): study protocol for a randomized controlled trial. *Trials* Vol 13:49
65. McDonough, B.; Felter, E.; Downes, A.; Trauth, J. (2015) Communicating public health preparedness information to pregnant and postpartum women: an assessment of Centers for Disease Control and Prevention web pages. *Disaster Med Public Health Prep*, 9:2 (134-7). DOI 10.1017/dmp.2015.2

66. Mont, O.; Lehner, M.; Heiskanen, E. (2014) Nudging: Ett verktyg för hållbara beteenden? Rapport No 6642, Nov 2014. Stockholm: Naturvårdsverket
67. Mullin, S.; Prasad, V.; Kaur, J.; Turk, T. (2011) Increasing evidence for the efficacy of tobacco control mass media communication programming in low- and middle-income countries. *J Health Commun*, 16 Suppl 2 (49-48). DOI 10.1080/10810730.2011.601395
68. Nicholson, M. S.; Leask, J. (2012) Lessons from an online debate about measles-mumps-rubella (MMR) immunization. *Vaccine*, 30:25, dec 06. DOI 10.1016/j.vaccine.2011.10.072
69. Noar, S. M.; Zimmerman, R. S.; Palmgreen, P.; Cupp, P. K.; Floyd, B. R.; Mehrotra, P. (2014) Development and implementation of mass media campaigns to delay sexual initiation among African American and White youth. *J Health Commun*, 19:2 (152-69). DOI 10.1080/10810730.2013.811318
70. Palm, L.; Sandberg, H. (2004) Strategier för hälsokommunikation och deras användbarhet. En genomgång av forskningsläget. Del av regeringsuppdrag om hälsoinformation och hälsokommunikation. Stockholm: Folkhälsoinstitutet.
71. Palmer-Wackerly, A. L.; Krok, J. L.; Dailey, P. M.; Kight, L.; Krieger, J. L. (2014), Community engagement as a process and an outcome of developing culturally grounded health communication interventions: an example from the DECIDE project. *Am J Community Psychol*, 53:04 mar (261-74). DOI 10.1007/s10464-013-9615-1
72. Park, H.; Reber, B. H.; Chon, M. G. (2016) Tweeting as Health Communication: Health Organizations' Use of Twitter for Health Promotion and Public Engagement. *J Health Commun*, 21:2 (188-98). DOI 10.1080/10810730.2015.1058435
73. Payton, F. C.; Kvasny, L.; Kiwanuka-Tondo, J. (2014) Online HIV prevention information: How black female college students are seeking and perceiving. *Internet Research*, 24:4 (520-543). DOI 10.1108/IntR-09-2013-0193
74. Peretti-Watel, P.; Seror, V.; Verger, P.; Guignard, R.; Legleye, S.; Beck, F. (2014) Smokers' risk perception, socioeconomic status and source of information on cancer. *Addict Behav*, 39:9 (1304-10). DOI 10.1016/j.addbeh.2014.04.016
75. Phillipov, M. (2012) Communicating health risks via the media: What can we learn from masterchef Australia? *Australasian Medical Journal*, 5:11 (593-597). DOI 10.4066/AMJ.2012.1460
76. Prestin, A.; Vieux, S. N.; Chou, W. Y. (2015) Is Online Health Activity Alive and Well or Flatlining? Findings From 10 Years of the Health Information National Trends Survey. *J Health Commun*, 20:7 (790-8). DOI 10.1080/10810730.2015.1018590
77. Racicot-Matta, C.; Wilcke, M.; Egeland, G. M. (2016) Development of radio dramas for health communication pilot intervention in Canadian Inuit communities. *Health Promot Int*, 31:1 (175-86). DOI 10.1093/heapro/dau024
78. Rienks, J.; Oliva, G. (2013) Using social marketing to increase awareness of the African American infant mortality disparity. *Health Promot Pract*, 14:3 (408-14). DOI 10.1177/1524839912458107
79. Ringsberg, K. C.; Olander, E.; Tillgren, P. (Eds.) (2014). *Health literacy: Teori och praktik i hälsofrämjande arbete*. Lund: studentlitteratur. ISBN 9789144089157
80. Rodger, D.; Skuse, A.; Wilmore, M.; Humphreys, S.; Dalton, J.; Flabouris, M.; Clifton, V. L. (2013) Pregnant women's use of information and communications technologies to access pregnancy-related health information in South Australia. *Australian Journal of Primary Health*, 19:4 (308-312). DOI 10.1071/PY13029
81. Sandberg, H. (2015) 'Matmakt och matval – Vem bestämmer vad vi äter?' (Food power and food choices – Who decides what we eat?). In H. Rahm, *Vetenskaps societeten i Lund Årsbok 2015* (Science Society of Lund Yearbook 2006). Malmö: Elanders.
82. Sandberg, H.; Möllerström, V. (2014) 'Hälsomedvetenhet och medier'. (Health awareness and the media) In K. Ringsberg, E. Olander & P. Tillgren (eds.), *Health literacy – teori och praktik i hälsofrämjande arbete*. (p. 99–122). Lund: Studentlitteratur.

83. Sandberg, H. (2005) Medier som arena för hälsokommunikation, *Nordicom Information*, 27:2 (27-36).
84. Santoro, E. (2015) Social media and health communication: do we need rules?. *Recenti Prog Med*, 106:1, 15 jun, DOI 10.1701/1740.18948
85. Schwermer, B. (2013) Objective risk for influenza, subjective risk perception and willingness for vaccination: how does the general public respond to health communications? *Gesundheitswesen*, 75:5 (e23-7) DOI 10.1055/s-0032-1331789
86. Shin, A.; Surkan, P. J.; Coutinho, A. J.; Suratkar, S. R.; Campbell, R. K.; Rowan, M.; Sharma, S.; Dennisuk, L. A.; Karlsen, M.; Gass, A.; Gittelsohn, J. (2015) Impact of Baltimore Healthy Eating Zones: An Environmental Intervention to Improve Diet Among African American Youth. *Health Education and Behavior*, 42 (97-105). DOI 10.1177/1090198115571
87. Sixsmith, J.; Doyle, P.; D'Earth, M.; Barry, M. M. (2014) Health communication and its role in prevention and control of communicable diseases in Europe – Current evidence, practice and future development. Stockholm: ECDC; 2014. DOI 10.2900/16366
88. Sixsmith, J.; Doyle, P.; Barry, M. (2013) Reporting health communication activities for the prevention and control of communicable diseases in Europe. *J Health Commun*, 18:12 (1494-506). DOI 10.1080/10810730.2013.840701
89. Smith, M.; Mateo, K. F.; Morita, H.; Hutchinson, C.; Cohall, A. T. (2015) Effectiveness of a Multifaceted Community-Based Promotion Strategy on Use of GetHealthyHarlem.org, a Local Community Health Education Website. *Health Promot Pract*, 16:4 (480-91). DOI 10.1177/1524839915571632
90. Somera, L. P.; Lee, H. R.; Badowski, G.; Cassel, K. (2016) Health Information Seeking, Source Trust, and Culture: A Comparative Analysis of Health Information Trends and Needs between Guam and the United States. *Journal of Health Communication*, 21:4 (469-478). DOI 10.1080/10810730.2015.1095822
91. Song, H.; Cramer, E. M.; McRoy, S. (2015) Information gathering and technology use among low-income minority men at risk for prostate cancer. *Am J Mens Health*, 9:3 (235-46). DOI 10.1177/1557988314539502
92. Stok, F. M.; de Vet, E.; de Wit, J. B.; Renner, B.; de Ridder, D. T. (2015) Communicating eating-related rules. Suggestions are more effective than restrictions. *Appetite*, 86 (45-53). DOI 10.1016/j.appet.2014.09.010
93. Svensson, J.; Månsdotter, A. (2008) Genus i folkhälsan. Fina flickor och alkohol, - Folkhälsa – Bevarande av kvinnors underordning? *Socialmedicinsk tidskrift*, 3:2008 (204-209).
94. Thackeray, R.; Neiger, B. L.; Smith, A. K.; Van Wageningen, S. B. (2012) Adoption and use of social media among public health departments. *BMC Public Health*, 12, 242. DOI 10.1186/1471-2458-12-242
95. Thaler, R. H.; Sunstein, C. R. (2008), *Nudge: Improving decisions about health, wealth, and happiness*. New Haven, CT: Yale University Press.
96. Thompson, J. B. (1995) *The Media and Modernity. A Social Theory of the Media*. Cambridge: Polity Press. ISBN 9780745610054
97. VanderKnyff, J.; Friedman, D. B.; Tanner, A. (2015) Framing life and death on YouTube: the strategic communication of organ donation messages by organ procurement organizations. *J Health Commun*, 20:2 (211-9). DOI 10.1080/10810730.2014.921741

Bilaga 1. Kodbok

Denna bilaga är en guide över de variabler och variabelvärden som använts för att koda artiklarna. Nedan följer variablerna och deras värden i punktform, så att man lätt kan följa deras innebörd och användningsområde.

Variabler och Variabelvärden

- 1. Id-nummer.** Den första variabeln utgörs av ett id-nummer. För huvudmaterialet har detta nummer baserats på den Excel-fil som Folkhälsomyndigheten tillhandahöll med en lista över sökträffar. Första artikeln har således fått id-nummer 2 och sista 230. Grå litteratur har kodats i en separat arbetsbok. För den grå litteraturen består numreringen inledningsvis av bokstaven G och sedan siffra. Detsamma gäller kompletterande material som fått id-nummer S följt av siffra.
- 2. Publiceringsår.** Variabel två består av en fritextruta där publiceringsår anges. Vissa artiklar har avvikit från söklistan. Det årtal som står på den tryckta artikeln har kodats, 2010–2016.
- 3. Materialtyp.** Variabeln materialtyp anger huruvida materialet består av vetenskapliga artiklar, andra rapporter eller policymaterial. Värdet (1) anger om artikeln är ”peer reviewed”, och denna tolkning baseras främst på om det nämns i artikeln och huruvida den är publicerad i en vetenskaplig tidskrift eller inte. Värdet (2) anger om materialet kommer från en myndighet, och avser exempelvis policydokument och myndighetsrapporter. Värdet (3) anger huruvida materialet kommer från en NGO eller annan intresseorganisation. Variabelvärdet (4) står för övrig forskningslitteratur, exempelvis artiklar från myndigheter eller myndighetspersoner som inte räknas som policydokument. Med värdet (5) avses rapporter och dokument från övriga, exempelvis artiklar i branschtidningar eller debattinlägg. Värdet (6) berör det som kategoriseras som annat, exempelvis läromedel eller bokkapitel utan tydlig källa. I de fall publikationer är författade av både forskare och myndighetspersoner har kategoriseringen utgått från den kategori som är mest representerad. (Om en artikel är skriven av tre forskare och en myndighetsperson har den klassats som peer reviewed, förutsatt att artikeln är publicerad i en vetenskaplig tidskrift.)
- 4. Studiens finansiering.** Variabeln avser fånga hur studien finansierats, där variabelvärde (1) står för finansiering från industri (läkemedelsbolag), sjukhus, kliniker eller andra privata aktörer såsom NGO:er. Värdet (2) anger om finansieringen kommer från ett forskningsråd eller en myndighet, och värdet (3) står för att det är oklart. Gällande finansiering återfinns också värdet (99) som anger att variabeln inte är applicerbar på materialet.
- 5. Geografisk/nationell kontext.** Denna variabel anger vilket geografiskt område som materialet berör. Värdet (1) anger Sverige, värdet (2) anger övriga skandinaviska länder såsom Island, Norge, Danmark och Finland. Värdet (3) täcker europeiska länder, värdet (4) anger Nordamerika inklusive Kanada, och

variabelvärde (5) står för Australien. Vidare finns en kategori för Asien och Stillahavsområdet (6) och ett värde som anger att artikeln berör flera olika områden, dvs. att den är nations- eller kontinentöverskridande (7). Även för denna variabel finns värdet (99), inte applicerbar, som främst använts när materialet berört exempelvis teori utan att ange geografisk kontext.

6. **Population storlek.** Denna variabel anger storleken på den undersökta populationen som ett kontinuerligt värde från 1–20 000+. Publikationer av teoretisk natur, t.ex. översikter, kodades som 0 liksom publikationer som beskriver planering av interventioner där ingen population undersöktes.
7. **Population genus.** Denna variabel syftar till att ange vilken genusgrupp i populationen som materialet berör. Värde (1) anger kvinnor, (2) anger män och (3) står för kombinerade genusgrupper. Variabelvärde (4) syftar till att ange om materialet berör icke-binära grupper såsom transgender och genderfluid, och slutligen anger värde (5) att materialet inte berör genusaspekter alls.
8. **Population ålder.** Åldersvariabeln syftar till att ange vilka åldersgrupper som materialet berör. Åldersindelningen visade sig vara svåränvänd då det kodade materialet kommer från många olika platser med många olika sätt att kategorisera ålder. Exempelvis använder många av de amerikanska artiklarna det amerikanska skolsystemet som någon form av åldersindelning, något som inte direkt är överförbart på andra kontexter och indelningar. Mycket av materialet har därför kodats som kombinerade åldersgrupper (5). Värdet för gruppen barn i åldrarna 0–15 år är (1), och värdet för tonåringar och unga vuxna i åldrarna 16–25 år är (2). Vuxna 26 år och äldre har fått värdet (3), och värdet (4) avser de som är 60 och äldre. Även för denna variabel finns det ett värde som anger att åldersgrupper inte behandlas (6).
9. **Population etnicitet A.** Denna variabel var ursprungligen tänkt att fånga upp huruvida materialet berörde någon specifik etnisk minoritet eller invandrargrupp. Under kodningen skedde en glidning på grund av att en del av materialet som berör etniska minoriteter har ställt dessa i kontrast till den bredare populationen. Variabeln är binär, där (1) anger att etnicitet berörs och (0) att det inte gör det. Nedan variabler (punkt 10) anger specifikt vilken grupp som berörs.
10. **Population etnicitet B.** Denna variabel specificerar vilken typ av minoritets- och/eller invandrargrupp som berörs, där (1) anger latinamerikaner, (2) afroamerikaner, och (3) anger kaukasier dvs. grupper som talar kaukasiskt språk och lever i Kaukasien. Variabelvärde (4) anger inuit eller annan etnisk minoritet, alternativt flyktinggrupp. Till dessa räknas bl.a. invånare i Appalachen, aboriginer och Torrent Strait Islanders, varav alla är urbefolkningar. Värde (5) anger att materialet berör kombinerade etniska grupper (jfr Population etnicitet A ovan) då materialet ställt etniska grupper i relation till en större population. Variabelvärdet (99) används när variabeln inte är applicerbar. Den har använts i de fall där den föregående variabeln fått värdet (0).

11. **Population klass A.** Denna variabel anger huruvida materialet berör, benämner eller behandlar socioekonomiska faktorer såsom yrke, utbildning och inkomst. Variabeln är binär där värdet (1) står för ja, och (0) står för nej.
12. **Population klass B.** Denna variabel specificerar vilken typ av socioekonomisk faktor som anges, där (1) står för utbildning, (2) står för yrke och (3) står för inkomst. Variabelvärdet (4) anger att materialet berör en kombination av de andra kategorierna, och om den föregående variabeln besvarats med (0) används här (99) då frågan inte är applicerbar.
13. **Problemområde.** Variabeln syftar till att ange vilken typ av folkhälso-problematik som materialet berör. Kategorierna är baserade på de områden som Folkhälsomyndigheten anger på sin hemsida, för att fånga upp det som ligger nära myndighetens uppdrag och intresseområden. Den första kategorin avser ANDTS (alkohol, narkotika, dopning, tobak och spel), och har värde (1). Denna kategori har använts för delar av materialet som exempelvis berör tobaksprevention och alkoholvanor. Variabelvärdet (2) anger en sammansatt kategori av områdena friluftsliv, fysisk aktivitet och matvanor, och har använts för att kategorisera material som hänvisar till exempelvis motion och kost. Värdet (3) anger om materialet berör hiv- och STI-prevention och har använts för artiklar som exempelvis berör hiv-kampanjer och kondomanvändning. Värdet (4) anger huruvida materialet berör sexualitet och reproduktiv hälsa. Dessa två kategorier har en viss överlappning, där sexuell och reproduktiv hälsa ofta inkluderar ämnet sexuellt överförbara sjukdomar och infektioner. Om fokus ligger på sexualitet och risktagande har värde (4) använts, medan värde (3) endast använts för att kategorisera det som explicit rör hiv och andra STI. I de fall där detta har varit svårt att avgöra har värdet (7) angivits, vilket betecknar en kombination av problemområden. Variabelvärdet (5) anger om materialet handlar om psykisk hälsa och suicidprevention, och värde (6) anger om materialet handlar om vaccination, smittskydd, beredskap och antibiotikaresistens. I den kategorin hamnar exempelvis artiklar som berör kommunikation om vaccination och kris- och riskkommunikation i förhållande till katastrofer och dylikt. Ämnet HPV-vaccin har kodats med olika kategorier beroende på huvudfokus. Om fokus i artikeln är åsikter och kunskap om vaccinet har den kodats som (6), medan HPV-relaterade artiklar som berör förebyggande arbete, exempelvis senarelägga sexualdebut, har kodats som antingen (4) eller (7). För variabeln problemområde finns det också ett värde som anger om materialet handlar om övrigt. Ursprungligen var detta tänkt att fånga upp exempelvis hälsoliteracitet, men då de förutbestämde kategorierna inte alltid fungerade i samklang med det materialet har det tillkommit en specificerande variabel. Syftet är framför allt att låta materialet tala för sig självt och inte tvingas in i kategorier som är mindre applicerbara.
14. **Problemområde specifikation.** Denna variabel har tillkommit som en fritext-variabel med syftet att fånga upp det som hamnat i kategorin övrigt i variabeln ovan, men som ändå är av intresse för uppdraget. I denna fritext finns framför allt ord som sammanfattar huvudfokuset i artikeln. Exempelvis kan det vara

”Health Literacy” eller ”Health Promotion”. I denna variabel finns också ämnen som är av specifikt intresse, exempelvis ”online engagement” (en kategori som betecknar engagemang som inte enbart består av att söka information på webben) och ”information seeking” (sökvanor på webben). Den enda kategori här som inte specifikt anger ett ämnesord eller ämnesområde är ”Social Media A” (”social media actor”), vilken betecknar material som berör hur kommunikationen från aktören ser ut, exempelvis vilka följare en myndighet har på Twitter och hur väl detta sociala medium används.

15. **Studiedesign.** Variabeln studiedesign anger vilken typ av studie som genomförts. Värde (1) betecknar interventionsstudier, dit såväl randomiserade kontrollstudier som ”community interventions” räknas. Värde (2) avser översiktsstudier, metaanalyser och metasynteser. Det värde som är mest intressant här är ”best case” (3). Ursprungligen var detta värde tänkt att ange artiklar som innehöll ”best practice”, men då detta begrepp kan vara oerhört brett i relation till det varierade materialet har denna kategori istället använts för att beteckna de artiklar och studier som är mest intressanta i förhållande till frågeställningarna, framför allt gällande det digitala landskapet. Variabelvärde (4) anger om materialet har en kombinerande eller jämförande design, och dit räknas ”cross-sectional studies” och ”comparative studies”. Ursprungligen betecknade värde (5) övrigt, exempelvis aktionsforskning. Denna kategori kom att vidgas till att även inkludera explorativa studier och analyser. Värde (99) anger att ingen kategori är applicerbar.
16. **Metod.** Denna variabel anger vilken typ av metod som har använts, där värde (1) anger kvantitativ metod, (2) anger kvalitativ och (3) anger kombinerad metod. Värde (99) anger att variabeln inte är applicerbar.
17. **Teori A.** Denna variabel består av de två binära värdena ja (1) och nej (0), vilka syftar till ange huruvida det finns en teori eller ett teoretiskt perspektiv tydligt angivet i materialet.
18. **Teori B.** Eftersom den första variabeln för teori endast är binär syftar denna extra teorivariabel till att fånga upp vilken typ av teori som har använts. I en fritextruta har den angivna teorin skrivits in. Exempelvis kan det i fritextrutan stå ”Theory of reasoned action & Health Belief Model”.
19. **Mediekanaler.** Variabeln mediekanaler anger vilken typ av kommunikationskanaler som materialet berör eller behandlar. Detta avser både vilka mediekanaler som använts i en intervention och vilka mediekanaler som analyseras i exempelvis en explorativ eller utvärderande studie. Radio får värdet (1), television (2) och press och trycksaker värdet (3). Till värde (3) räknas också trycksaker såsom pamfletter, etiketter, affischer och broschyrer. Värde (4) anger digitala medier, framför allt webbaserade. Värde (5) avser specifika mobilapplikationer utöver sms, och värde (6) anger interpersonell kommunikation såsom undervisning, sms och e-post. I de fall materialet berör en kombination av kanaler anges dessa som kombinerade med hjälp av värdet (7). Värdet (99) används här om det inte förekommer några mediekanaler eller om det rör sig om översikter.

20. **Typ av digitala och sociala medier.** Denna variabel ska fånga upp vilken form av digitala eller sociala medier det rör sig om i föregående variabel. Värde (1) avser Facebook, (2) Twitter och (3) portal eller webbsida. Dit räknas exempelvis Youtube, bloggar och hemsidor. Värde (4) anger att det rör sig om en kombination, exempelvis Twitter och Facebook i relation till andra hemsidor. Värde (5) tillkom när vi stötte på poddastar i materialet. Detta har fått ett eget värde då en podcast varken räknas som traditionell radio eller som sociala medier. Värde (99) används när studien inte omfattar några digitala eller sociala medier.
21. **Effekt och resultat A.** Denna variabel syftar till att ange huruvida man i materialet har mätt effekter av sin intervention eller resultat av sin analys. Den är binär och (1) står för ja och (0) står för nej. Därutöver finns det ett värde som anger att det inte framgår huruvida man mätt effekt eller resultat (2).
22. **Effekt och resultat B1, kortsiktiga.** Denna variabel syftar till att ange huruvida man har mätt kortsiktiga effekter eller resultat. Till denna kategori räknas studier som pågått i mindre än ett år och analyser som sträcker sig över en period som understiger ett år. Den är binär och (1) står för ja och (0) står för nej. Därutöver finns det ett värde som anger att det inte framgår huruvida man mätt effekt eller resultat (2).
23. **Effekt och resultat B2, långsiktiga.** Denna variabel avser ange huruvida man har mätt långsiktiga effekter eller resultat. Med långsiktiga avses studier som pågått i över ett år och analyser som sträcker sig över en period som överstiger ett år. Den är binär och (1) står för ja och (0) står för nej. Därutöver finns det ett värde som anger att det inte framgår huruvida man mätt effekt eller resultat (2).
24. **Effekt och resultat B3, önskade.** Denna variabel syftar till att ange huruvida man fått önskvärda eller avsiktliga resultat i förhållande till eventuell frågeställning eller hypotes. Den är binär karaktär och (1) står för ja och (0) står för nej. Därutöver finns det ett värde som anger att det inte framgår huruvida man mätt effekt eller resultat (2).
25. **Effekt och resultat B4, oönskade.** Denna variabel syftar till att ange huruvida man har fått oönskade eller oavsiktliga effekter eller resultat, i relation till en frågeställning eller hypotes. Även denna är binär och (1) står för ja och (0) står för nej. Därutöver finns det ett värde som anger att det inte framgår huruvida man mätt effekt eller resultat (2).
26. **Effekt- och resultatmått.** Den sista variabeln avser effekter och resultat gäller de förändringar man har mätt. Följande kategorier har kodats: kunskap (1), norm och attityd (2) och beteende (3). Med kunskap avses exempelvis ökad kännedom och hågkomst. Norm och attityd betecknar exempelvis förändrad inställning, tanke, beredskap eller intention, och med beteende avses exempelvis ökad aktivitet, ökat engagemang eller s.k. ”compliance” (följsamhet). Därtill finns ett värde som avser kombinerade mått (4) och ett för annat (5).

Till kategorin annat räknas exempelvis studier av myndigheters och institutioners kommunikation. Slutligen finns variabelvärdet (99) för de fall då man inte mätt effekter och variabeln inte är applicerbar.

27. **Budskapsstrategi A.** Med variabeln budskapsstrategi menas det innehåll som ska väcka mottagarens uppmärksamhet. Detta kan exempelvis ske genom skrämstaktik eller underhållning. Här anger variabeln både om t.ex. en intervention har använt en budskapsstrategi, eller om en studie har analyserat en budskapsstrategi. Denna variabel har binära värden, där (1) står för ja och (0) står för nej. Därutöver finns ett värde för när det är oklart om någon budskapsstrategi har berörts (2), samt ett värde för de fall där variabeln inte är applicerbar (99).
28. **Budskapsstrategi B.** Variabeln ska förtydliga den föregående genom att ange vilken typ av budskapsstrategi som har använts eller analyserats. Strategin närhet har fått värde (1) och betecknar strategier där man anspelar på förebilder, identifikation, gemenskap och sammanhållning. Variabelvärdet (2) avser affekt, vilket inbegriper underhållning, gamification och musik, dvs. sådant som appellerar till känslor. Även om kategorin affekt berör emotioner har den fokus på överlag positiva sådana, eftersom negativa känslor såsom sorg, ilska, skuld och skam har betecknats under kategorin "Fear Appeal" (skrämselfudskap) (3). Syftet med att särskilja två kategorier av känslotramkallande strategier är att kunna särskilja de som använder sig av skrämselfudskap då de är särskilt intressanta för undersökningen. Utöver dessa tre variabelvärden finns det även en kategori för annat (4), med bland annat hur- och varförinformation. Det gäller exempelvis interpersonell kommunikation som informerar om hur och varför man bör vaccinera sig. Vidare finns det ett värde för kombinerade strategier (5), ett för om det är oklart om någon strategi finns eller analyseras (6), samt ett sista för när variabeln inte är applicerbar (99).
29. **Kommunikationsstrategi A.** Med kommunikationsstrategi avses den typ av strategi som använts för att sprida ett budskap, exempelvis massmediekampanjer eller viral marknadsföring. Kommunikationsstrategi A berör huruvida en sådan strategi används eller analyseras i materialet. Variabeln är binär och (1) står för ja, och (0) står för nej. (2) står för oklart, och (99) för inte applicerbart.
30. **Kommunikationsstrategi B.** I denna variabel specificeras vilken typ av kommunikationsstrategi studien gäller. Värdet (1) kallas bombmatta och avser massmediekampanjer, medan värdet (2) betecknar organisk tillväxt, t.ex. nätverksmodeller. "Buzz marketing" har fått värdet (3) och anger huruvida man använt en viral strategi, och värdet (4) avser interpersonella strategier. Slutligen anger värdet (5) om det förekommer en kombination av strategier, värdet (6) om det är oklart om en sådan förekommer, och värdet (99) när variabeln inte är applicerbar.
31. **Slutkommentar.** Denna variabel är i fritextform och syftar till att ge utrymme för att kort beskriva slutsatserna i artikeln samt eventuella problem eller begränsningar i materialet. I kodningen av översikter fyller denna variabel en

något mer extensiv funktion då dessa inte kodats för effekter och effektmått.
Det innebär att slutkommentaren täcker upp för de variabler som på en översikt
inte har ansetts applicerbara.

Bilaga 2. Källmaterial för kartläggning

1. Ahlborg T. Kondomanvändning som skydd mot STI – salutogena aspekter. Omvårdnad på avancerad nivå. Kärnkompetenser inom sjuksköterskans specialistområden. A-K. Edberg, A. Ehrenberg, F. Friberg, L. Wallin, H. Wijk & J. Öhlén (red). Artikelsamling på bokens webbutgåva Lund: Studentlitteratur; 2013.
2. Akerlof K, Debono R, Berry P, Leiserowitz A, Roser-Renouf C, Clarke KL, et al. Public perceptions of climate change as a human health risk: surveys of the United States, Canada and Malta. *Int J Environ Res Public Health*. 2010;7(6):2559-606. DOI:10.3390/ijerph7062559.
3. Al Adhami M. Hälsokommunikation i relation till samhällsorientering och etablering av nyanlända flyktingar i Sverige: Förstudie MILSA. 2015.
4. Allcock M, Ko L, van der Sterren E, Valle CG, Campbell MK, Carr C. Pilot weight control intervention among US veterans to promote diets high in fruits and vegetables. *Prev Med*. 2010;51(3-4):279-81. DOI:10.1016/j.ypmed.2010.06.010.
5. Amaya-Castellanos C, Shamah-Levy T, Escalante-Izeta E, Morales-Ruán MDC, Jiménez-Aguilar A, Salazar-Coronel A, et al. Development of an educational intervention to promote healthy eating and physical activity in Mexican school-age children. *Eval Program Plann*. 2015;52:159-68. DOI:10.1016/j.evalprogplan.2015.05.002.
6. Andrews L, Cacho-Elizondo S, Drennan J, Tossan V. Consumer acceptance of an SMS-assisted smoking cessation intervention: a multicountry study. *Health Mark Q*. 2013;30(1):47-62. DOI:10.1080/07359683.2013.758015.
7. Angus K, Cairns G, Purves R, Bryce S, MacDonald L, Gordon R. Systematic literature review to examine the evidence for the effectiveness of interventions that use theories and models of behaviour change: towards the prevention and control of communicable diseases. Stockholm: European Center for Disease Prevention and Control (ECDC), 2013.
8. Ayala GX, Ibarra L, Horton L, Arredondo EM, Slymen DJ, Engelberg M, et al. Evidence supporting a promotora-delivered entertainment education intervention for improving mothers' dietary intake: the Entre Familia: Reflejos de Salud Study. *J Health Commun*. 2015;20(2):165-76. DOI:10.1080/10810730.2014.917747.
9. Bakshi A-S. ETT FRISKARE SVERIGE 2010–2012. Bedömning av ändamålsenligheten i regeringsuppdraget och Statens folkhälsoinstituts genomförandestrategier i ett folkhälsovetenskapligt perspektiv. Täby: HR. Statistik AB, 2013.
10. Barnett DJ, Thompson CB, Semon NL, Errett NA, Harrison KL, Anderson MK, et al. EPPM and willingness to respond: the role of risk and efficacy communication in strengthening public health emergency response systems. *Health Commun*. 2014;29(6):598-609. DOI:10.1080/10410236.2013.785474.

11. Barry MM, D'Eath M, Sixsmith J. Interventions for improving population health literacy: Insights from a rapid review of the evidence. *J Health Commun.* 2013;18(12):1507-22. DOI:10.1080/10810730.2013.840699.
12. Baur C. Calling the nation to act: implementing the national action plan to improve health literacy. *Nurs Outlook.* 2011;59(2):63-9. DOI:10.1016/j.outlook.2010.12.003.
13. Belanger-Gravel A, Gauvin L, Lagarde F, Laferte M. Initial recall and understanding of a multimedia communication campaign to promote physical activity among tweens: a process evaluation study. *Prev Med.* 2014;69:192-6. DOI:10.1016/j.ypped.2014.10.018.
14. Bendtsen P, McCambridge J, Bendtsen M, Karlsson N, Nilsen P. Effectiveness of a proactive mail-based alcohol Internet intervention for university students: dismantling the assessment and feedback components in a randomized controlled trial. *J Med Internet Res.* 2012;14(5):e142. DOI:10.2196/jmir.2062.
15. Bergman JJ, Briggs MM, Beall DL, Curwood S, Gray P, Soiseth S, et al. Stepping up to the challenge: the development, implementation, and assessment of a statewide, regional, leadership program for school nutrition directors. *Health Promot Pract.* 2015;16(1):122-31. DOI:10.1177/1524839914530399.
16. Bergwall P, Uhnö I. Betydelsen av sociala medier för beslut om vaccination-en litteraturöversikt. Solna: Smittskyddsinstitutet, 2013.
17. Bianco A, Zucco R, Nobile CG, Pileggi C, Pavia M. Parents seeking health-related information on the Internet: cross-sectional study. *J Med Internet Res.* 2013;15(9):e204. DOI:10.2196/jmir.2752.
18. Bodemer N, Muller SM, Okan Y, Garcia-Retamero R, Neumeyer-Gromen A. Do the media provide transparent health information? A cross-cultural comparison of public information about the HPV vaccine. *Vaccine.* 2012;30(25):3747-56. DOI:10.1016/j.vaccine.2012.03.005.
19. Bravo CA, Hoffman-Goetz L. Social Media and Men's Health: A Content Analysis of Twitter Conversations During the 2013 Movember Campaigns in the United States, Canada, and the United Kingdom. *Am J Mens Health.* 2015. DOI:10.1177/1557988315617826.
20. Bravo CA, Hoffman-Goetz L. Tweeting About Prostate and Testicular Cancers: What Are Individuals Saying in Their Discussions About the 2013 Movember Canada Campaign? *J Cancer Educ.* 2015. DOI:10.1007/s13187-015-0838-8.
21. Budd N, Cuccia A, Jeffries JK, Prasad D, Frick KD, Powell L, et al. B'More Healthy: Retail Rewards--design of a multi-level communications and pricing intervention to improve the food environment in Baltimore City. *BMC public health.* 2015;15:283. DOI:10.1186/s12889-015-1616-6.
22. Buller DB, Walkosz BJ, Andersen PA, Scott MD, Dignan MB, Cutter GR, et al. Sustainability of the dissemination of an occupational sun protection program in a

randomized trial. *Health Educ Behav.* 2012;39(4):498-502.
DOI:10.1177/1090198111420287.

23. Burton SH, Tanner KW, Giraud-Carrier CG, West JH, Barnes MD. "Right time, right place" health communication on Twitter: value and accuracy of location information. *J Med Internet Res.* 2012;14(6):e156. DOI:10.2196/jmir.2121.
24. Buttriss JL. Translating complex science into life-course health promoting strategies. *Proc Nutr Soc.* 2011;70(1):38-46. DOI:10.1017/s0029665110004726.
25. Bäärnhielm S, Hussein H, Baker U, Allebeck P. Hälsokommunikatörer kan bidra till bättre hälsa hos utlandsfödda. *Läkartidningen.* 2013;110(29-31):1343-5.
26. Cairns G, MacDonald L, Angus K, Walker L, Cairns-Haylor T, Bowdler T. Systematic literature review of the evidence for effective national immunisation schedule promotional communications. Stockholm: European Center for Disease Control and Prevention, 2012.
27. Capurro D, Cole K, Echavarría MI, Joe J, Neogi T, Turner AM. The use of social networking sites for public health practice and research: a systematic review. *J Med Internet Res.* 2014;16(3):e79. DOI:10.2196/jmir.2679.
28. Carrera P, Munoz D, Caballero A. Mixed emotional appeals in emotional and danger control processes. *Health Commun.* 2010;25(8):726-36.
DOI:10.1080/10410236.2010.521914.
29. Cates JR, Francis DB, Ramirez C, Brown JD, Schoenbach VJ, Fortune T, et al. Reducing Concurrent Sexual Partnerships Among Blacks in the Rural Southeastern United States: Development of Narrative Messages for a Radio Campaign. *J Health Commun.* 2015;20(11):1264-74. DOI:10.1080/10810730.2015.1018643.
30. Chao C, Preciado M, Slezak J, Xu L. A randomized intervention of reminder letter for human papillomavirus vaccine series completion. *J Adolesc Health.* 2015;56(1):85-90. DOI:10.1016/j.jadohealth.2014.08.014.
31. Choi K, Forster J. Characteristics associated with awareness, perceptions, and use of electronic nicotine delivery systems among young US Midwestern adults. *Am J Public Health.* 2013;103(3):556-61. DOI:10.2105/ajph.2012.300947.
32. Chou WY, Prestin A, Kunath S. Obesity in social media: a mixed methods analysis. *Transl Behav Med.* 2014;4(3):314-23. DOI:10.1007/s13142-014-0256-1.
33. Clarke CE, Niederdeppe J, Lundell HC. Narratives and images used by public communication campaigns addressing social determinants of health and health disparities. *Int J Environ Res Public Health.* 2012;9(12):4254-77.
34. Clayman ML, Manganello JA, Viswanath K, Hesse BW, Arora NK. Providing health messages to Hispanics/Latinos: understanding the importance of language, trust in health information sources, and media use. *J Health Commun.* 2010;15 Suppl 3:252-63. DOI:10.1080/10810730.2010.522697.

35. Colles SL, Belton S, Brimblecombe J. Insights into nutritionists' practices and experiences in remote Australian Aboriginal communities. *Aust N Z J Public Health*. 2016;40 Suppl 1:S7-13. DOI:10.1111/1753-6405.12351.
36. Colley RC, Brownrigg M, Tremblay MS. A model of knowledge translation in health: the Active Healthy Kids Canada Report Card on physical activity for children and youth. *Health Promot Pract*. 2012;13(3):320-30. DOI:10.1177/1524839911432929.
37. Connolly T, Reb J. Toward interactive, Internet-based decision aid for vaccination decisions: better information alone is not enough. *Vaccine*. 2012;30(25):3813-8. DOI:10.1016/j.vaccine.2011.12.094.
38. Corrigan PW, Powell KJ, Al-Khouja MA. Examining the Impact of Public Service Announcements on Help Seeking and Stigma: Results of a Randomized Controlled Trial. *J Nerv Ment Dis*. 2015;203(11):836-42. DOI:10.1097/nmd.0000000000000376.
39. Craig CL, Bauman A, Latimer-Cheung A, Rhodes RE, Faulkner G, Berry TR, et al. An Evaluation of the My ParticipACTION Campaign to Increase Self-Efficacy for Being More Physically Active. *J Health Commun*. 2015;20(9):995-1003. DOI:10.1080/10810730.2015.1012240.
40. Crosswell L, Porter L. Inoculating the electorate: a qualitative look at American corporatocracy and its influence on health communication. *Critical Public Health*. 2016;26(2):207-20. DOI:10.1080/09581596.2015.1026877.
41. Cueva M, Kuhnley R, Slatton J, Dignan M, Underwood E, Landis K. Telenovela: an innovative colorectal cancer screening health messaging tool. *Int J Circumpolar Health*. 2013;72:21301. DOI:10.3402/ijch.v72i0.21301.
42. Cunningham RM, Boom JA. Telling stories of vaccine-preventable diseases: why it works. *S D Med*. 2013;Spec no:21-6.
43. D'Eath M, Barry M, Sixsmith J. A rapid evidence review of health advocacy for communicable diseases. Stockholm: European Center for Disease Control and Prevention (ECDC), 2014.
44. Davis RE, Alexander G, Calvi J, Wiese C, Greene S, Nowak M, et al. A new audience segmentation tool for African Americans: the black identity classification scale. *J Health Commun*. 2010;15(5):532-54. DOI:10.1080/10810730.2010.492563.
45. de Vries H, Logister M, Krekels G, Klaasse F, Servranckx V, van Osch L. Internet based computer tailored feedback on sunscreen use. *J Med Internet Res*. 2012;14(2):e48. DOI:10.2196/jmir.1902.
46. Domigan J, Glassman TJ, Miller J, Hug H, Diehr AJ. Message testing to create effective health communication campaigns. *Health Education*. 2015;115(5):480-94. DOI:10.1108/HE-02-2014-0012.
47. Duke JC, Nonnemaker JM, Davis KC, Watson KA, Farrelly MC. The impact of cessation media messages on cessation-related outcomes: Results from a national

experiment of smokers. *Am J Health Promot.* 2014;28(4):242-50.
DOI:10.4278/ajhp.120920-QUAN-452.

48. Eklund AM. Mobility and health information searches - A Swedish perspective. *Stud Health Technol Inform.* 2013;192:1079. DOI:10.3233/978-1-61499-289-9-1079.
49. Elgan TH, Hansson H, Zetterlind U, Kartengren N, Leifman H. Design of a Web-based individual coping and alcohol-intervention program (web-ICAIP) for children of parents with alcohol problems: study protocol for a randomized controlled trial. *BMC Public Health.* 2012;12(35).
50. Eriksson H, Salzman-Erikson M. Supporting a caring fatherhood in cyberspace : an analysis of communication about caring within an online forum for fathers. *Scand J Caring Sci.* 2013;27(1):63-9.
51. Eriksson M. Kommunala kommunikatörers beredskap för kriskommunikation via sociala medier. Sundsvall: DEMCOM, Mittuniversitetet, 2014.
52. Eriksson-Backa K. Finnish 'silver surfers' and online health information. I: Eriksson-Backa K, Luoma A, Krook E, redaktörer. *Exploring the Abyss of Inequalities; WIS 2012. Communications in Computer and Information Science, Vol 313.* 2012. s. 138-49.
53. Eriksson-Backa K. The role of online health information in the lives of Finns aged 65 to 79 years. *Int J of Networking and Virtual Organisations.* 2013;13(1):5-23.
DOI:10.1504/IJNVO.2013.058438.
54. European Center for Disease Control and Prevention (ECDC). *Social media strategy development – A guide to using social media for public health communication.* Stockholm: ECDC, 2016.
55. European Centre for Disease Prevention and Control (ECDC). *Communication on immunisation – building trust.* Stockholm: ECDC, 2012.
56. Evers CW, Albury K, Byron P, Crawford K. Young people, social media, social network sites and sexual health communication in Australia: "This is funny, you should watch it". *Int J Commun.* 2013;7(1):263-80.
57. Fagan PS, Robertson HK, Pedrana AE, Rauli A, Crouch AA. Successes in sexual health communications development, programmatic implementation and evaluation in the Torres Strait region 2006 to 2012. *Aust N Z J Public Health.* 2015;39(3):270-6. DOI:10.1111/1753-6405.12356.
58. Falk EB, Berkman ET, Lieberman MD. From neural responses to population behavior: neural focus group predicts population-level media effects. *Psychol Sci.* 2012;23(5):439-45. DOI:10.1177/0956797611434964.
59. Farrow M. User perceptions of a dementia risk reduction website and its promotion of behavior change. *JMIR Res Protoc.* 2013;2(1):e15. DOI:10.2196/resprot.2372.

60. Feng Y, Xie W. Digital divide 2.0: the role of social networking sites in seeking health information online from a longitudinal perspective. *J Health Commun.* 2015;20(1):60-8. DOI:10.1080/10810730.2014.906522.
61. Ferrer RA, Klein WMP, Persoskie A, Avishai-Yitshak A, Sheeran P. The Tripartite Model of Risk Perception (TRIRISK): Distinguishing Deliberative, Affective, and Experiential Components of Perceived Risk. *Ann Behav Med.* 2016;50(5):653-63. DOI:10.1007/s12160-016-9790-z.
62. Forquer HA, Christensen JL, Tan AS. Predicting continuance-findings from a longitudinal study of older adults using an eHealth newsletter. *Health Commun.* 2014;29(9):937-46. DOI:10.1080/10410236.2013.833580.
63. Frati A, Luzi AM, Colucci A. Communication for health promotion: history and identification of effective methods. *Ann Ist Super Sanita.* 2010;46(4):422-6. DOI:Doi: 10.4415/ann_10_04_10.
64. Frew PM, Saint-Victor DS, Owens LE, Omer SB. Socioecological and message framing factors influencing maternal influenza immunization among minority women. *Vaccine.* 2014;32(15):1736-44. DOI:10.1016/j.vaccine.2014.01.030.
65. Friedman AL, Bloodgood B. Exploring the feasibility of alternative STD-testing venues and results delivery channels for a national screening campaign. *Health Promot Pract.* 2013;14(1):96-104. DOI:10.1177/1524839911404226.
66. Friedman AL, Kachur RE, Noar SM, McFarlane M. Health Communication and Social Marketing Campaigns for Sexually Transmitted Disease Prevention and Control: What Is the Evidence of their Effectiveness? *Sex Transm Dis.* 2016;43(2 Suppl 1):S83-101. DOI:10.1097/olq.0000000000000286.
67. Friedman DB, Brandt HM, Freedman DA, Adams SA, Young VM, Ureda JR, et al. Innovative and community-driven communication practices of the South Carolina cancer prevention and control research network. *Prev Chronic Dis.* 2014;11:E127. DOI:10.5888/pcd11.140151.
68. Gainforth HL, Barg CJ, Latimer AE, Schmid KL, O'Malley D, Salovey P. An investigation of the theoretical content of physical activity brochures. *Psychol Sport Exerc.* 2011;12(6):615-20. DOI:10.1016/j.psychsport.2011.06.002.
69. Gan C, Wang W. A bibliometric analysis of social media research from the perspective of library and information science. In: Li H, Mäntymäki M, Zhang X, redaktörer. *Digital Services and Information Intelligence; I3E 2014. IFIP Advances in Information and Communication Technology.* 2014. s. 23-32.
70. Garcia-Basteiro AL, Alvarez-Pasquin MJ, Mena G, Llopia A, Aldea M, Sequera VG, et al. A public-professional web-bridge for vaccines and vaccination: user concerns about vaccine safety. *Vaccine.* 2012;30(25):3798-805. DOI:10.1016/j.vaccine.2011.10.003.

71. Gargano LM, Underwood NL, Sales JM, Seib K, Morfaw C, Murray D, et al. Influence of sources of information about influenza vaccine on parental attitudes and adolescent vaccine receipt. *Hum Vaccin Immunother.* 2015;11(7):1641-7. DOI:10.1080/21645515.2015.1038445.
72. Geiger BF, O'Neal MR, Firsing SL, 3rd, Smith KH, Chandan P, Schmidt A, et al. HealthyME HealthyU((c)2010UCPGB): a collaborative project to enhance access to health information and services for individuals with disabilities. *J Health Commun.* 2010;15 Suppl 3:46-59. DOI:10.1080/10810730.2010.525295.
73. Ghaddar SF, Valerio MA, Garcia CM, Hansen L. Adolescent health literacy: the importance of credible sources for online health information. *J Sch Health.* 2012;82(1):28-36. DOI:10.1111/j.1746-1561.2011.00664.x.
74. Gibson-Wood H, Wakefield S, Vanderlinden L, Bienefeld M, Cole D, Baxter J, et al. 'A drop of water in the pool': information and engagement of linguistic communities around a municipal pesticide bylaw to protect the public's health. *Crit Public Health.* 2012;22(3):341-53. DOI:10.1080/09581596.2012.674633.
75. Giliberti C, Bedini A, Salerno S. Analysis and evaluation of good practices in the design of internet sites dedicated to electromagnetic fields and health. *COMPEL - The International Journal for Computation and Mathematics in Electrical and Electronic Engineering.* 2012;31(4):1198-211. DOI:10.1108/03321641211227465.
76. Gilliam ML, Neustadt A, Whitaker A, Kozloski M. Familial, cultural and psychosocial influences of use of effective methods of contraception among Mexican-American adolescents and young adults. *J Pediatr Adolesc Gynecol.* 2011;24(2):79-84. DOI:10.1016/j.jpap.2010.10.002.
77. Gittelsohn J, Rowan M, Gadhoke P. Interventions in small food stores to change the food environment, improve diet, and reduce risk of chronic disease. *Prev Chronic Dis.* 2012;9:E59.
78. Goldberg JP, Sliwa SA. Communicating actionable nutrition messages: challenges and opportunities. *Proc Nutr Soc.* 2011;70(1):26-37. DOI:10.1017/s0029665110004714.
79. Gorsky M, Krajewski-Siuda K, Dutka W, Berridge V. Anti-alcohol posters in Poland, 1945-1989: diverse meanings, uncertain effects. *Am J Public Health.* 2010;100(11):2059-69. DOI:10.2105/ajph.2009.179358.
80. Gould GS, McEwen A, Watters T, Clough AR, van der Zwan R. Should anti-tobacco media messages be culturally targeted for Indigenous populations? A systematic review and narrative synthesis. *Tob Control.* 2013;22(4):e7. DOI:10.1136/tobaccocontrol-2012-050436.
81. Gould GS, Watt K, Cadet-James Y, Clough AR. Using the risk behaviour diagnosis scale to understand Australian Aboriginal smoking - A cross-sectional validation survey in regional New South Wales. *Prev Med Rep.* 2015;2:4-9. DOI:10.1016/j.pmedr.2014.10.004.

82. Gould GS, Watt K, Stevenson L, McEwen A, Cadet-James Y, Clough AR. Developing anti-tobacco messages for Australian Aboriginal and Torres Strait Islander peoples: evidence from a national cross-sectional survey. *BMC Public Health*. 2014;14:250. DOI:10.1186/1471-2458-14-250.
83. Gray JB, Harrington NG. Narrative and framing: a test of an integrated message strategy in the exercise context. *J Health Commun*. 2011;16(3):264-81. DOI:10.1080/10810730.2010.529490.
84. Haase N, Betsch C, Renkewitz F. Source Credibility and the Biasing Effect of Narrative Information on the Perception of Vaccination Risks. *J Health Commun*. 2015;20(8):920-9. DOI:10.1080/10810730.2015.1018605.
85. Hale TM, Pathipati AS, Zan SJ, K. Representation of health conditions on Facebook: content analysis and evaluation of user engagement. *J Med Internet Res*. 2014;16(8):e182. DOI:10.2196/jmir.3275.
86. Hall PA, Fong GT, Yong HH, Sansone G, Borland R, Siahpush M. Do time perspective and sensation-seeking predict quitting activity among smokers? Findings from the International Tobacco Control (ITC) Four Country Survey. *Addict Behav*. 2012;37(12):1307-13. DOI:10.1016/j.addbeh.2012.06.022.
87. Han GK, Zhang JM, Chu KR, Shen G. Self-other differences in H1N1 flu risk perception in a global context: a comparative study between the United States and China. *Health Commun*. 2014;29(2):109-23. DOI:10.1080/10410236.2012.723267.
88. Handley MA, Harleman E, Gonzalez-Mendez E, Stotland NE, Althavale P, Fisher L, et al. Applying the COM-B model to creation of an IT-enabled health coaching and resource linkage program for low-income Latina moms with recent gestational diabetes: the STAR MAMA program. *Implement Sci*. 2016;11(1):73. DOI:10.1186/s13012-016-0426-2.
89. Hanson JD, Winberg A, Elliott A. Development of a media campaign on fetal alcohol spectrum disorders for Northern Plains American Indian communities. *Health Promot Pract*. 2012;13(6):842-7. DOI:10.1177/1524839911404232.
90. Harris JK, Choucair B, Maier RC, Jolani N, Bernhardt JM. Are public health organizations tweeting to the choir? Understanding local health department twitter followership. *J Med Internet Res*. 2014;16(2). DOI:10.2196/jmir.2972.
91. Harrod M. "I Have to Keep Going": Why Some Older Adults Are Using the Internet for Health Information. *Ageing Int*. 2011;36(2):283-94. DOI:10.1007/s12126-010-9090-z.
92. Hesse BW, Cole GE, Powe BD. Partnering against cancer today: a blueprint for coordinating efforts through communication science. *J Natl Cancer Inst Monogr*. 2013;2013(47):233-9. DOI:10.1093/jncimonographs/lgt024.
93. Hesse BW, Gaysynsky A, Ottenbacher A, Moser RP, Blake KD, Chou WYS, et al. Meeting the healthy people 2020 Goals: Using the health information national

trends survey to monitor progress on health communication objectives. *J Health Commun.* 2014;19(12):1497-509. DOI:10.1080/10810730.2014.954084.

94. Higgins O, Sixsmith J, Barry M, Domegan C. A literature review on health information-seeking behaviour on the web: a health consumer and health professional perspective. Stockholm: European Center for Disease Control and Prevention (ECDC), 2011.
95. Hill S, Lowe DB, Liu C, Santesso N. Building Health-Literate Societies. I: Hill S, redaktör. *The Knowledgeable Patient: Communication and Participation in Health.* Oxford: Wiley-Blackwell; 2011. s. 184-95.
96. Hipp JA, Eyster AA, Kuhlberg JA. Target population involvement in urban ciclovias: A preliminary evaluation of St. Louis open streets. *J Urban Health.* 2013;90(6):1010-5. DOI:10.1007/s11524-012-9759-6.
97. Hirvonen N, Enwald H, Bath PA, Pyky R, Korpelainen R, Huotari ML. Individual factors affecting preferences for feedback message tactics in the contexts of physical activity. *J Health Commun.* 2015;20(2):220-9. DOI:10.1080/10810730.2014.925015.
98. Holmberg C, Harttig U, Schulze MB, Boeing H. The potential of the Internet for health communication: the use of an interactive on-line tool for diabetes risk prediction. *Patient Educ Couns.* 2011;83(1):106-12. DOI:10.1016/j.pec.2010.04.021.
99. Holton A, Lee N, Coleman R. Commenting on health: a framing analysis of user comments in response to health articles online. *J Health Commun.* 2014;19(7):825-37. DOI:10.1080/10810730.2013.837554.
100. Hong T, Beaudoin CE, Johnson C. A panel study of peer norms and adolescent alcohol consumption: developing strategies for communication interventions. *J Health Commun.* 2013;18(8):913-30. DOI:10.1080/10810730.2013.768729.
101. Hou SI. *Health Literacy Online: A Guide to Writing and Designing Easy-to-Use Health Web Sites.* *Health Promot Pract.* 2012;13(5):577-80. DOI:10.1177/1524839912446480.
102. Hovick SR, Holt LF. Beyond Race and Ethnicity: Exploring the Effects of Ethnic Identity and Its Implications for Cancer Communication Efforts. *J Health Commun.* 2016;21(2):199-207. DOI:10.1080/10810730.2015.1058436.
103. Hughes AK, Rostant OS, Curran PG. Improving Sexual Health Communication Between Older Women and Their Providers: How the Integrative Model of Behavioral Prediction Can Help. *Res Aging.* 2014;36(4):450-66. DOI:10.1177/0164027513500055.
104. Infanti J, Sixsmith J, Barry M, Núñez-Córdoba J, Orovioigoicoechea-Ortega C, Guillén-Grima F. A literature review on effective risk communication for the prevention and control of communicable diseases in Europe. Stockholm: European Center for Disease Prevention and Control (ECDC), 2013.

105. Janiak E, Rhodes E, Foster AM. Translating access into utilization: lessons from the design and evaluation of a health insurance Web site to promote reproductive health care for young women in Massachusetts. *Contraception*. 2013;88(6):684-90. DOI:10.1016/j.contraception.2013.09.004.
106. Jeffries JK, Lee SH, Frick KD, Gittelsohn J. Preferences for Healthy Carryout Meals in Low-Income Neighborhoods of Baltimore City. *Health Promot Pract*. 2013;14(2):293-300. DOI:10.1177/1524839912465290.
107. Jensen RE. Sex Educators and Self-Efficacy: Toward a Taxonomy of Enactive Mastery Experiences. *Health Educ Behav*. 2012;39(3):259-67. DOI:10.1177/1090198111399756.
108. Jeong M, Gilmore JS, Bleakley A, Jordan A. Local news media framing of obesity in the context of a sugar-sweetened beverage reduction media campaign. *J Nutr Educ Behav*. 2014;46(6):583-8. DOI:10.1016/j.jneb.2014.04.294.
109. Johansson M, Rubertsson C, Rådestad I, Hildingsson I, Radestad I. The Internet: one important source for pregnancy and childbirth information among prospective fathers. *J Mens Health*. 2010;7(3): 249-58.
110. Johnson R, Morales R, Leavitt D, Carry C, Kinnon D, Rideout D, et al. Pan-arctic TV series on inuit wellness: A northern model of communication for social change? *Int J Circumpolar Health*. 2011;70(3):236-44.
111. Jones RB, Soler-Lopez M, Zahra D, Shankleman J, Trenchard-Mabere E. Using online adverts to increase the uptake of cervical screening amongst "real Eastenders": an opportunistic controlled trial. *BMC Res Notes*. 2013;6:117. DOI:10.1186/1756-0500-6-117.
112. Josefsson KA, Ivarsson A. Motivation till motion och utveckling av webbaserad hälsopromotion. *Årsbok (Svensk idrottspsykologisk förening)*. Örebro: Svensk idrottspsykologisk förening; 2010.
113. Joseph HA, Belcher L, O'Donnell L, Fernandez MI, Spikes PS, Flores SA. HIV Testing Among Sexually Active Hispanic/Latino MSM in Miami-Dade County and New York City: Opportunities for Increasing Acceptance and Frequency of Testing. *Health Promot Pract*. 2014;15(6):867-80. DOI:10.1177/1524839914537493.
114. Kasting ML, Cox AD, Cox D, Fife KH, Katz BP, Zimet GD. The effects of HIV testing advocacy messages on test acceptance: a randomized clinical trial. *BMC Med*. 2014;12:204. DOI:10.1186/s12916-014-0204-4.
115. Kelley MS, Su D, Britigan DH. Disparities in Health Information Access: Results of a County-Wide Survey and Implications for Health Communication. *Health Commun*. 2016;31(5):575-82. DOI:10.1080/10410236.2014.979976.
116. Kingdon MJ, Storholm ED, Halkitis PN, Jones DC, Moeller RW, Siconolfi D, et al. Targeting HIV prevention messaging to a new generation of gay, bisexual, and

other young men who have sex with men. *J Health Commun.* 2013;18(3):325-42. DOI:10.1080/10810730.2012.727953.

117. Ko LK, Turner-McGrievy GM, Campbell MK. Information processing versus social cognitive mediators of weight loss in a podcast-delivered health intervention. *Health Educ Behav.* 2014;41(2):197-206. DOI:10.1177/1090198113504413.
118. Koch-Weser S, Bradshaw YS, Gualtieri L, Gallagher SS. The Internet as a health information source: findings from the 2007 Health Information National Trends Survey and implications for health communication. *J Health Commun.* 2010;15 Suppl 3:279-93. DOI:10.1080/10810730.2010.522700.
119. Kontos E, Blake KD, Chou WYS, Prestin A. Predictors of ehealth usage: Insights on the digital divide from the health information national trends survey 2012. *J Med Internet Res.* 2014;16(7). DOI:10.2196/jmir.3117.
120. Kontos EZ, Emmons KM, Puleo E, Viswanath K. Communication inequalities and public health implications of adult social networking site use in the United States. *J Health Commun.* 2010;15 Suppl 3:216-35. DOI:10.1080/10810730.2010.522689.
121. Kontos EZ, Emmons KM, Puleo E, Viswanath K. Determinants and beliefs of health information mavens among a lower-socioeconomic position and minority population. *Soc Sci Med.* 2011;73(1):22-32. DOI:10.1016/j.socscimed.2011.04.024.
122. Kornfield R, Smith KC, Szczypka G, Vera L, Emery S. Earned media and public engagement with CDC's "Tips from Former Smokers" campaign: an analysis of online news and blog coverage. *J Med Internet Res.* 2015;17(1):e12. DOI:10.2196/jmir.3645.
123. Krawczyk A, Lau E, Perez S, Delisle V, Amsel R, Rosberger Z. How to inform: comparing written and video education interventions to increase human papillomavirus knowledge and vaccination intentions in young adults. *J Am Coll Health.* 2012;60(4):316-22. DOI:10.1080/07448481.2011.615355.
124. Krieger JL, Coveleski S, Hecht ML, Miller-Day M, Graham JW, Pettigrew J, et al. From kids, through kids, to kids: examining the social influence strategies used by adolescents to promote prevention among peers. *Health Commun.* 2013;28(7):683-95. DOI:10.1080/10410236.2012.762827.
125. Lahlou S, Boesen-Mariani S, Franks B, Guelinckx I. Increasing Water Intake of Children and Parents in the Family Setting: A Randomized, Controlled Intervention Using Installation Theory. *Ann Nutr Metab.* 2015;66 Suppl 3:26-30. DOI:10.1159/000381243.
126. Leavy JE, Rosenberg M, Barnes R, Bauman A, Bull FC. Would you Find Thirty online? Website use in a Western Australian physical activity campaign. *Health Promot J Austr.* 2013;24(2):118-25. DOI:10.1071/he12916.
127. Lechuga J. Need for effective HPV vaccine promotional messaging before sexual activity begins. *Ethn Dis.* 2012;22(3):266.

128. Lee CJ. The interplay between media use and interpersonal communication in the context of healthy lifestyle behaviors: Reinforcing or substituting? *Mass Commun Soc.* 2010;13(1):48-66. DOI:10.1080/15205430802694869.
129. Lee J, Halpern-Felsher BL. What does it take to be a smoker? Adolescents' characterization of different smoker types. *Nicotine Tob Res.* 2011;13(11):1106-13. DOI:10.1093/ntr/ntr169.
130. Lee JY, Sundar SS. To tweet or to retweet? That is the question for health professionals on twitter. *Health Commun.* 2013;28(5):509-24. DOI:10.1080/10410236.2012.700391.
131. Levine D, Madsen A, Wright E, Barar RE, Santelli J, Bull S. Formative research on MySpace: online methods to engage hard-to-reach populations. *J Health Commun.* 2011;16(4):448-54. DOI:10.1080/10810730.2010.546486.
132. Liechty JM. Health literacy: critical opportunities for social work leadership in health care and research. *Health Soc Work.* 2011;36(2):99-107.
133. Liechty JM, Saltzman JA, Musaad SM. Health literacy and parent attitudes about weight control for children. *Appetite.* 2015;91:200-8. DOI:10.1016/j.appet.2015.04.010.
134. Lindley LL, Friedman DB, Struble C. Becoming Visible: Assessing the Availability of Online Sexual Health Information for Lesbians. *Health Promot Pract.* 2012;13(4):472-80. DOI:10.1177/1524839910390314.
135. Logan RA, Kreps GL. The NLM evaluation lecture series: introduction to the special section on evaluating health communication programs. *J Health Commun.* 2014;19(12):1440-8. DOI:10.1080/10810730.2014.954079.
136. Ludolph R, Schulz PJ. Does regulatory fit lead to more effective health communication? A systematic review. *Soc Sci Med.* 2015;128:142-50. DOI:10.1016/j.socscimed.2015.01.021.
137. Lumpkins CY, Greiner KA, Daley C, Mabachi NM, Neuhaus K. Promoting healthy behavior from the pulpit: clergy share their perspectives on effective health communication in the African American church. *J Relig Health.* 2013;52(4):1093-107. DOI:10.1007/s10943-011-9533-1.
138. Luoma-aho V, Tirkkonen P, Vos M. Monitoring the issue arenas of the swine-flu discussion. *J Commun Manag.* 2013;17(3):239-51. DOI:10.1108/JCOM-11-2010-0069.
139. Löthberg K, Fryklund B, Westerling R, Daryani A, Stafström M. Hälsokommunikation på modersmål—gör den någon skillnad? Etablering, utveckling och utvärdering. *Socialmedicinsk tidskrift.* 2012;89(2):131-9.
140. MacDonald L, Cairns G, Angus K, Stead M. Evidence review: social marketing for the prevention and control of communicable disease. Stockholm: European Center for Disease Prevention and Control (ECDC), 2012.

141. Macdowall W, Parker R, Nanchahal K, Ford C, Lowbury R, Robinson A, et al. 'Talking of Sex': developing and piloting a sexual health communication tool for use in primary care. *Patient Educ Couns*. 2010;81(3):332-7. DOI:10.1016/j.pec.2010.10.027.
142. Mackert M, Walker LO. Cluster analysis identifies subpopulations for health promotion campaign design. *Public Health Nurs*. 2011;28(5):451-7. DOI:10.1111/j.1525-1446.2011.00948.x.
143. Major LH, Coleman R. Complementing the Sense-Making Approach With a Survey to Enhance Communication of HIV/AIDS Knowledge. *J HIV AIDS Soc Serv*. 2012;11(3):248-70. DOI:10.1080/15381501.2012.703550.
144. Mansiaux Y, Salez N, Lapidus N, Setbon M, Andreoletti L, Leruez-Ville M, et al. Causal analysis of H1N1pdm09 influenza infection risk in a household cohort. *J Epidemiol Community Health*. 2015;69(3):272-7. DOI:10.1136/jech-2014-204678.
145. Marsh HA, Malik F, Shapiro E, Omer SB, Frew PM. Message Framing Strategies to Increase Influenza Immunization Uptake Among Pregnant African American Women. *Maternal Child Health J*. 2013;18(7):1639-47. DOI:10.1007/s10995-013-1404-9.
146. Mason AM, Miller CH. Inoculation message treatments for curbing noncommunicable disease development. *Rev Panam Salud Publica*. 2013;34(1):29-35. <https://www.scopus.com/inward/record.uri?eid=2-s2.0-84883696434&partnerID=40&md5=791159d16fe17a83ca9fa33279486462>.
147. Mattson M, Basu A. Center for Disease Control's Diethylstilbestrol Update: a case for effective operationalization of messaging in social marketing practice. *Health Promot Pract*. 2010;11(4):580-8. DOI:10.1177/1524839908324785.
148. Mattson M, Basu A. The message development tool: A case for effective operationalization of messaging in social marketing practice. *Health Mark Q*. 2010;27(3):275-90. DOI:10.1080/07359683.2010.495305.
149. McCambridge J, Bendtsen M, Karlsson N, White IR, Nilsen P, Bendtsen P. Alcohol assessment and feedback by email for university students: main findings from a randomised controlled trial. *Br J Psychiatry*. 2013;203(5):334-40.
150. McCambridge J, Bendtsen P, Bendtsen M, Nilsen P. Alcohol email assessment and feedback study dismantling effectiveness for university students (AMADEUS-1): study protocol for a randomized controlled trial *Trials*. 2012;13(49).
151. McDonough B, Felter E, Downes A, Trauth J. Communicating public health preparedness information to pregnant and postpartum women: an assessment of Centers for Disease Control and Prevention web pages. *Disaster Med Public Health Prep*. 2015;9(2):134-7. DOI:10.1017/dmp.2015.2.
152. McRee AL, Reiter PL, Brewer NT. Parents' Internet use for information about HPV vaccine. *Vaccine*. 2012;30(25):3757-62. DOI:10.1016/j.vaccine.2011.11.113.

153. Meurk CS, Broom A, Adams J, Hall W, Lucke J. Factors influencing women's decisions to drink alcohol during pregnancy: Findings of a qualitative study with implications for health communication. *BMC Pregnancy and Childbirth*. 2014;14(1). DOI:10.1186/1471-2393-14-246.
154. Miller ST, Marolen KN, Beech BM. Perceptions of physical activity and motivational interviewing among rural African-American women with type 2 diabetes. *Womens Health Issues*. 2010;20(1):43-9. DOI:10.1016/j.whi.2009.09.004.
155. Mitchell SJ, Godoy L, Shabazz K, Horn IB. Internet and mobile technology use among urban African American parents: survey study of a clinical population. *J Med Internet Res*. 2014;16(1):e9. DOI:10.2196/jmir.2673.
156. Moodie SM, Tsui EK, Silbergeld EK. Community- and family-level factors influence care-giver choice to screen blood lead levels of children in a mining community. *Environ Res*. 2010;110(5):484-96. DOI:10.1016/j.envres.2010.03.012.
157. Mueller NT, Noone AM, Luta G, Wallington SF, Huerta EE, Mandelblatt JS. Information channels associated with awareness of human papillomavirus infections and vaccination among Latino immigrants from safety net clinics. *J Immigr Minor Health*. 2012;14(1):183-8. DOI:10.1007/s10903-011-9501-6.
158. Mullin S, Prasad V, Kaur J, Turk T. Increasing evidence for the efficacy of tobacco control mass media communication programming in low- and middle-income countries. *J Health Commun*. 2011;16 Suppl 2:49-58. DOI:10.1080/10810730.2011.601395.
159. Murphy MW, Iqbal S, Sanchez CA, Patricia Quinlisk M. Postdisaster health communication and information sources: The Iowa flood scenario. *Disaster Med Public Health Prep*. 2010;4(2):129-34. DOI:10.1001/dmp.2010-v4n2-hre10009.
160. Nawková L, Nawka A, Adámková T, Rukavina TV, Holcnerová P, Kuzman MR, et al. The picture of mental health/illness in the printed media in three Central European countries. *J Health Commun*. 2012;17(1):22-40. DOI:10.1080/10810730.2011.571341.
161. Neiger BL, Thackeray R, Burton SH, Giraud-Carrier CG, Fagen MC. Evaluating social media's capacity to develop engaged audiences in health promotion settings: use of Twitter metrics as a case study. *Health Promot Pract*. 2013;14(2):157-62. DOI:10.1177/1524839912469378.
162. Neiger BL, Thackeray R, van Wagenen SA, Hanson CL, West JH, Barnes MD, et al. Use of social media in health promotion: Purposes, key performance indicators, and evaluation metrics. *Health Promot Pract*. 2012;13(2):159-64. DOI:10.1177/1524839911433467.
163. Nicholson MS, Leask J. Lessons from an online debate about measles-mumps-rubella (MMR) immunization. *Vaccine*. 2012;30(25):3806-12. DOI:10.1016/j.vaccine.2011.10.072.

164. Noar SM, Crosby R, Benac C, Snow G, Troutman A. Application of the attitude-social influence-efficacy model to condom use among African-American STD clinic patients: implications for tailored health communication. *AIDS Behav.* 2011;15(5):1045-57. DOI:10.1007/s10461-009-9599-x.
165. Noar SM, Willoughby JF, Myrick JG, Brown J. Public figure announcements about cancer and opportunities for cancer communication: a review and research agenda. *Health Commun.* 2014;29(5):445-61. DOI:10.1080/10410236.2013.764781.
166. Noar SM, Zimmerman RS, Palmgreen P, Cupp PK, Floyd BR, Mehrotra P. Development and implementation of mass media campaigns to delay sexual initiation among African American and White youth. *J Health Commun.* 2014;19(2):152-69. DOI:10.1080/10810730.2013.811318.
167. Nowak GJ, Sheedy K, Bursey K, Smith TM, Basket M. Promoting influenza vaccination: insights from a qualitative meta-analysis of 14 years of influenza-related communications research by U.S. Centers for Disease Control and Prevention (CDC). *Vaccine.* 2015;33(24):2741-56. DOI:10.1016/j.vaccine.2015.04.064.
168. Nyhan B, Reifler J, Richey S, Freed GL. Effective messages in vaccine promotion: A randomized trial. *Pediatrics.* 2014;133(4):e835-e42. DOI:10.1542/peds.2013-2365.
169. Odedina F, Oluwayemisi AO, Pressey S, Gaddy S, Egensteiner E, Ojewale EO, et al. Development and assessment of an evidence-based prostate cancer intervention programme for black men: the W.O.R.D. on prostate cancer video. *Ecancermedicalscience.* 2014;8:460. DOI:10.3332/ecancer.2014.460.
170. Olsen LL, Kruse S, Brussoni M. Unheard voices: A qualitative exploration of fathers' access of child safety information. *J Community Health.* 2013;38(1):187-94. DOI:10.1007/s10900-012-9601-9.
171. Palmer-Wackerly AL, Krok JL, Dailey PM, Kight L, Krieger JL. Community engagement as a process and an outcome of developing culturally grounded health communication interventions: an example from the DECIDE project. *Am J Community Psychol.* 2014;53(3-4):261-74. DOI:10.1007/s10464-013-9615-1.
172. Park H, Reber BH, Chon MG. Tweeting as Health Communication: Health Organizations' Use of Twitter for Health Promotion and Public Engagement. *J Health Commun.* 2016;21(2):188-98. DOI:10.1080/10810730.2015.1058435.
173. Partos TR, Borland R, Yong HH, Thrasher J, Hammond D. Cigarette packet warning labels can prevent relapse: findings from the International Tobacco Control 4-Country policy evaluation cohort study. *Tob Control.* 2013;22(e1):e43-50. DOI:10.1136/tobaccocontrol-2011-050254.
174. Payton FC, Kvasny L, Kiwanuka-Tondo J. Online HIV prevention information: How black female college students are seeking and perceiving. *Internet Research.* 2014;24(4):520-43. DOI:10.1108/IntR-09-2013-0193.

175. Peretti-Watel P, Seror V, Verger P, Guignard R, Legleye S, Beck F. Smokers' risk perception, socioeconomic status and source of information on cancer. *Addict Behav.* 2014;39(9):1304-10. DOI:10.1016/j.addbeh.2014.04.016.
176. Pérez-Escamilla R. Breastfeeding social marketing: Lessons learned from USDA's "Loving Support" Campaign. *Breastfeed Med.* 2012;7(5):358-63. DOI:10.1089/bfm.2012.0063.
177. Phillipov M. Communicating health risks via the media: What can we learn from masterchef Australia? *Australas Med J.* 2012;5(11):593-7. DOI:10.4066/AMJ.2012.1460.
178. Prestin A, Vieux SN, Chou WY. Is Online Health Activity Alive and Well or Flatlining? Findings From 10 Years of the Health Information National Trends Survey. *J Health Commun.* 2015;20(7):790-8. DOI:10.1080/10810730.2015.1018590.
179. Privitera GJ, Brown CJ, Gillespie JJ. Emolabeling effectively reduces the influence of ambiguous labeling on food packages among grocery store shoppers. *Glob J Health Sci.* 2015;7(4):12-7. DOI:10.5539/gjhs.v7n4p12.
180. Puigdomenech E, Trujillo-Gomez JM, Martin-Cantera C, Diaz-Gete L, Manzano-Montero M, Sanchez-Fondevila J, et al. Information and communication technologies for approaching smokers: a descriptive study in primary healthcare. *BMC Public Health.* 2015;15:2. DOI:10.1186/1471-2458-15-2.
181. Quattroporte. Omvärldsanalys inom hälsokommunikation. Stockholm: Quattroporte Konsult AB, 2015.
182. Quinn SC, Parmer J, Freimuth VS, Hilyard KM, Musa D, Kim KH. Exploring communication, trust in government, and vaccination intention later in the 2009 H1N1 pandemic: results of a national survey. *Biosecur Bioterror.* 2013;11(2):96-106. DOI:10.1089/bsp.2012.0048.
183. Racicot-Matta C, Wilcke M, Egeland GM. Development of radio dramas for health communication pilot intervention in Canadian Inuit communities. *Health Promot Int.* 2016;31(1):175-86. DOI:10.1093/heapro/dau024.
184. Ramirez AS, Leyva B, Graff K, Nelson DE, Huerta E. Seeking Information on Behalf of Others: An Analysis of Calls to a Spanish-Language Radio Health Program. *Health Promot Pract.* 2015;16(4):501-9. DOI:10.1177/1524839915574246.
185. Richardson A, Cullen J, Mowery P, McCausland K, Vallone D. The path to quit: how awareness of a large-scale mass-media smoking cessation campaign promotes quit attempts. *Nicotine Tob Res.* 2011;13(11):1098-105. DOI:10.1093/ntr/ntr158.
186. Ricketts M, Shanteau J, McSpadden B, Fernandez-Medina KM. Using stories to battle unintentional injuries: Narratives in safety and health communication. *Soc Sci Med.* 2010;70(9):1441-9. DOI:10.1016/j.socscimed.2009.12.036.

187. Rienks J, Oliva G. Using social marketing to increase awareness of the African American infant mortality disparity. *Health Promot Pract.* 2013;14(3):408-14. DOI:10.1177/1524839912458107.
188. Robichaud P, Hawken S, Beard L, Morra D, Tomlinson G, Wilson K, et al. Vaccine-critical videos on YouTube and their impact on medical students' attitudes about seasonal influenza immunization: a pre and post study. *Vaccine.* 2012;30(25):3763-70. DOI:10.1016/j.vaccine.2012.03.074.
189. Robinson SJ, Stellato A, Stephens J, Kirby S, Forsythe A, Ivankovich MB. On the road to well-being: the development of a communication framework for sexual health. *Public Health Rep.* 2013;128 Suppl 1:43-52.
190. Rodger D, Skuse A, Wilmore M, Humphreys S, Dalton J, Flabouris M, et al. Pregnant women's use of information and communications technologies to access pregnancy-related health information in South Australia. *Austr J Prim Health.* 2013;19(4):308-12. DOI:10.1071/PY13029.
191. Samal L, Hutton HE, Erbeling EJ, Brandon ES, Finkelstein J, Chander G. Digital divide: variation in internet and cellular phone use among women attending an urban sexually transmitted infections clinic. *J Urban Health.* 2010;87(1):122-8. DOI:10.1007/s11524-009-9415-y.
192. Santa Maria D, Markham C, Bluethmann S, Mullen PD. Parent-based adolescent sexual health interventions and effect on communication outcomes: a systematic review and meta-analyses. *Perspect Sex Reprod Health.* 2015;47(1):37-50. DOI:10.1363/47e2415.
193. Seeman N, Ing A, Rizo C. Assessing and responding in real time to online anti-vaccine sentiment during a flu pandemic. *Healthc Q.* 2010;13 Spec No:8-15.
194. Shin A, Surkan PJ, Coutinho AJ, Suratkar SR, Campbell RK, Rowan M, et al. Impact of Baltimore Healthy Eating Zones: An Environmental Intervention to Improve Diet Among African American Youth. *Health Educ Behav.* 2015;42:97-105. DOI:10.1177/1090198115571362.
195. Sixsmith J, Doyle P, Barry M. Reporting health communication activities for the prevention and control of communicable diseases in Europe. *J Health Commun.* 2013;18(12):1494-506. DOI:10.1080/10810730.2013.840701.
196. Sixsmith J, Doyle P, D'Eath M, Barry M. Health communication and its role in the prevention and control of communicable diseases in Europe – Current evidence, practice and future developments. Stockholm: European Center for Disease Prevention and Control (ECDC), 2014.
197. Sixsmith J, Fox K-A, Doyle P, Barry M. A literature review on health communication campaign evaluation with regard to the prevention and control of communicable diseases in Europe. Stockholm: European Center for Disease Control and Prevention (ECDC), 2014.

198. Skoglund A. Kommunikativa strategier i texter om tobaksavvänjning: innehåll, argumentation och modelläsare. Växjö: Linnéuniversitetet; 2014
199. Smith CE, Massey-Stokes M, Lieberth A. Health information needs of d/Deaf adolescent females: a call to action. *Am Ann Deaf*. 2012;157(1):41-7.
200. Smith M, Mateo KF, Morita H, Hutchinson C, Cohall AT. Effectiveness of a Multifaceted Community-Based Promotion Strategy on Use of GetHealthyHarlem.org, a Local Community Health Education Website. *Health Promot Pract*. 2015;16(4):480-91. DOI:10.1177/1524839915571632.
201. Smith M, Morita H, Mateo KF, Nye A, Hutchinson C, Cohall AT. Development of a culturally relevant consumer health information website for Harlem, New York. *Health Promot Pract*. 2014;15(5):664-74. DOI:10.1177/1524839914530401.
202. Somera LP, Lee HR, Badowski G, Cassel K. Health Information Seeking, Source Trust, and Culture: A Comparative Analysis of Health Information Trends and Needs between Guam and the United States. *J Health Commun*. 2016;21(4):469-78. DOI:10.1080/10810730.2015.1095822.
203. Song H, Cramer EM, McRoy S. Information gathering and technology use among low-income minority men at risk for prostate cancer. *Am J Mens Health*. 2015;9(3):235-46. DOI:10.1177/1557988314539502.
204. Springer AE, Kelder SH, Byrd-Williams CE, Pasch KE, Ranjit N, Delk JE, et al. Promoting Energy-Balance Behaviors Among Ethnically Diverse Adolescents: Overview and Baseline Findings of the Central Texas CATCH Middle School Project. *Health Educ Behav*. 2013;40(5):559-70. DOI:10.1177/1090198112459516.
205. Stok FM, de Vet E, de Wit JB, Renner B, de Ridder DT. Communicating eating-related rules. Suggestions are more effective than restrictions. *Appetite*. 2015;86:45-53. DOI:10.1016/j.appet.2014.09.010.
206. Storey D, Seifert-Ahanda K, Andaluz A, Tsoi B, Matsuki JM, Cutler B. What is health communication and how does it affect the HIV/AIDS continuum of care? A brief primer and case study from New York City. *J Acquir Immune Defic Syndr*. 2014;66 Suppl 3:S241-9. DOI:10.1097/qai.0000000000000243.
207. Suggs LS, McIntyre C. European Union public opinion on policy measures to address childhood overweight and obesity. *J Public Health Policy*. 2011;32(1):91-106. DOI:10.1057/jphp.2010.44.
208. Tagtow A, Rahavi E, Bard S, Stoody EE, Casavale K, Mosher A. Coming Together to Communicate the 2015-2020 Dietary Guidelines for Americans. *J Acad Nutr Diet*. 2016;116(2):209-12. DOI:10.1016/j.jand.2015.12.010.
209. Thackeray R, Neiger BL, Keller H. Integrating social media and social marketing: A four-step process. *Health Promot Pract*. 2012;13(2):165-8. DOI:10.1177/1524839911432009.

210. Thackeray R, Neiger BL, Smith AK, Van Wagenen SB. Adoption and use of social media among public health departments. *BMC Public Health*. 2012;12:242. DOI:10.1186/1471-2458-12-242.
211. Thrasher JF, Murukutla N, Perez-Hernandez R, Alday J, Arillo-Santillan E, Cedillo C, et al. Linking mass media campaigns to pictorial warning labels on cigarette packages: a cross-sectional study to evaluate effects among Mexican smokers. *Tob Control*. 2013;22(e1):e57-65. DOI:10.1136/tobaccocontrol-2011-050282.
212. Tian Y. Organ donation on Web 2.0: content and audience analysis of organ donation videos on YouTube. *Health Commun*. 2010;25(3):238-46. DOI:10.1080/10410231003698911.
213. Trumbo CW, Harper R. Perceptual influences on self-protective behavior for West Nile virus, a survey in Colorado, USA. *BMC Public Health*. 2015;15:557. DOI:10.1186/s12889-015-1918-8.
214. Uskul AK, Oyserman D. When message-frame fits salient cultural-frame, messages feel more persuasive. *Psychol Health*. 2010;25(3):321-37. DOI:10.1080/08870440902759156.
215. Walker LO, Im EO, Vaughan MW. Communication technologies and maternal interest in health-promotion information about postpartum weight and parenting practices. *J Obstet Gynecol Neonatal Nurs*. 2012;41(2):201-15. DOI:10.1111/j.1552-6909.2011.01333.x.
216. Wallace PM, Pomery EA, Latimer AE, Martinez JL, Salovey P. A Review of Acculturation Measures and Their Utility in Studies Promoting Latino Health. *Hisp J Behav Sci*. 2010;32(1):37-54.
217. Valle CG, Tate DF, Mayer DK, Allicock M, Cai J, Campbell MK. Physical activity in young adults: A signal detection analysis of Health Information National Trends Survey (HINTS) 2007 data. *J Health Commun*. 2015;20(2):134-46. DOI:10.1080/10810730.2014.917745.
218. Vandelanotte C, Caperchione CM, Ellison M, George ES, Maeder A, Kolt GS, et al. What kinds of website and mobile phone-delivered physical activity and nutrition interventions do middle-aged men want? *J Health Commun*. 2013;18(9):1070-83. DOI:10.1080/10810730.2013.768731.
219. VanderKnyff J, Friedman DB, Tanner A. Framing life and death on YouTube: the strategic communication of organ donation messages by organ procurement organizations. *J Health Commun*. 2015;20(2):211-9. DOI:10.1080/10810730.2014.921741.
220. Warren CM, Knight R, Holl JL, Gupta RS. Using videovoice methods to enhance community outreach and engagement for the National Children's Study. *Health Promot Pract*. 2014;15(3):383-94. DOI:10.1177/1524839913503470.

221. Waters EA, Muff J, Hamilton JG. Multifactorial beliefs about the role of genetics and behavior in common health conditions: Prevalence and associations with participant characteristics and engagement in health behaviors. *Genet Med*. 2014;16(12):913-21. DOI:10.1038/gim.2014.49.
222. Waters RD, Canfield RR, Foster JM, Hardy EE. Applying the dialogic theory to social networking sites: Examining how university health centers convey health messages on Facebook. *J Social Marketing*. 2011;1(3):211-27. DOI:10.1108/20426761111170713.
223. Weeks BE, Friedenber LM, Southwell BG, Slater JS. Behavioral consequences of conflict-oriented health news coverage: the 2009 mammography guideline controversy and online information seeking. *Health Commun*. 2012;27(2):158-66. DOI:10.1080/10410236.2011.571757.
224. Ventura-DiPersia C, Rodriguez K, Kelvin EA. Failure of many United States Department of Health Web sites to provide accurate information about the female condom. *Contraception*. 2015;92(1):40-5. DOI:10.1016/j.contraception.2015.03.009.
225. West JJ. Doing more harm than good: negative health effects of intimate-partner violence campaigns. *Health Mark Q*. 2013;30(3):195-205. DOI:10.1080/07359683.2013.814482.
226. White D, Finneran C, Sato KN, Stephenson R. Sex, HIV, and the Internet: Exploring Variations in the Online Profiles of MSM in the United States. *Am J Mens Health*. 2014;8(4):289-99. DOI:10.1177/1557988313509834.
227. Wilkin HA, Ball-Rokeach SJ. Hard-to-reach? Using health access status as a way to more effectively target segments of the Latino audience. *Health Educ Res*. 2011;26(2):239-53. DOI:10.1093/her/cyq090.
228. Wilmore M, Rodger D, Humphreys S, Clifton VL, Dalton J, Flabouris M, et al. How midwives tailor health information used in antenatal care. *Midwifery*. 2015;31(1):74-9. DOI:10.1016/j.midw.2014.06.004.
229. Viswanath K, Ackerson LK. Race, ethnicity, language, social class, and health communication inequalities: A nationally- representative cross-sectional study. *PLoS ONE*. 2011;6(1). DOI:10.1371/journal.pone.0014550.
230. Wolf ER, Rowhani-Rahbar A, Opel DJ. The impact of epidemics of vaccine-preventable disease on vaccine uptake: Lessons from the 2011-2012 US pertussis epidemic. *Expert Rev Vacc*. 2015;14(7):923-33. DOI:10.1586/14760584.2015.1037289.
231. Yoo JH, Kim J. Obesity in the new media: a content analysis of obesity videos on YouTube. *Health Commun*. 2012;27(1):86-97. DOI:10.1080/10410236.2011.569003.
232. Zarcadoolas C. The simplicity complex: exploring simplified health messages in a complex world. *Health Promot Int*. 2011;26(3):338-50. DOI:10.1093/heapro/daq075.

233. Zingg A, Siegrist M. Measuring people's knowledge about vaccination: developing a one-dimensional scale. *Vaccine*. 2012;30(25):3771-7.
DOI:10.1016/j.vaccine.2012.03.014.

Bilaga 3. Sökdokumentation databaser

Följande dokumentation gäller sökningar utförda i databaserna PubMed och Scopus, med syfte att fånga in referenser som berör forskning inom hälsokommunikation från länder som är jämförbara med Sverige.

Databas: PubMed		Datum: 2016-06-15	
Databasleverantör: NLM			
Sökning #	Sökfält	Söksträng	Antal träffar
Hälsokommunikation			
1	Mesh, Title, Abstract	"Health Communication"[Mesh] OR health communication[Title/Abstract]	2402
Geografiska platser			
2	Mesh, Title, Abstract	"North America"[Mesh] OR "Australia"[Mesh] OR "Europe"[Mesh] OR "North America"[Title/Abstract] OR USA[Title/Abstract] OR "United States"[Title/Abstract] OR Canada[Title/Abstract] OR Canadian[Title/Abstract] OR Australia[Title/Abstract] OR Australian[Title/Abstract] OR Europe[Title/Abstract] OR European[Title/Abstract] OR Scandinavia[Title/Abstract] OR Scandinavian[Title/Abstract] OR Sweden[Title/Abstract] OR Swedish[Title/Abstract] OR Norway[Title/Abstract] OR Norwegian[Title/Abstract] OR Denmark[Title/Abstract] OR Danish[Title/Abstract] OR Finland[Title/Abstract] OR Finnish[Title/Abstract] OR Iceland[Title/Abstract] OR Icelandic[Title/Abstract]	2934112
Intervention, Promotion			
3	Title, Abstract	intervention[Title/Abstract] OR interventions[Title/Abstract]	649578
4	Mesh, Title, Abstract	"Health Promotion"[Mesh:NoExp] OR "Social Marketing"[Mesh] OR intervention[Title/Abstract] OR interventions[Title/Abstract] OR promotion[Title/Abstract] OR empowerment[Title/Abstract] OR social marketing[Title/Abstract]	747822
Teknik/Medier			
5	Mesh, Title, Abstract	"Internet"[Mesh] OR social media[Title/Abstract] OR digital media[Title/Abstract] OR e-	95190

Databas: PubMed		Datum: 2016-06-15	
Databasleverantör: NLM			
		health[Title/Abstract] OR connectivity[Title/Abstract]	
Effektivitet			
6	Mesh, Title, Abstract	"Program Evaluation"[Mesh] OR effect*[Title/Abstract] OR effic*[Title/Abstract] OR impact[Title/Abstract]	6600432
Exkluderande termer			
7	Title, Abstract	"patient communication"[Title/Abstract] OR "doctor-patient communication"[Title/Abstract] OR "patient information"[Title/Abstract]	8601
8		#1 AND #2	905
9		#1 AND #3	522
10		#1 AND #3 AND #6	334
11		#1 AND #3 AND #6 AND #2	115
12		#1 AND #4	921
13		#1 AND #4 AND #6	551
14		#1 AND #4 AND #6 AND #2	197
15		#1 AND #5	344
16		#1 AND #5 AND #2	127
17		#14. Filters activated: Publication date from 2010/01/01	135 Exporterade till EndNote
18		#16. Filters activated: Publication date from 2010/01/01	100 Exporterade till EndNote

Databas: Scopus		Datum: 2016-06-15	
Databasleverantör: Elsevier			
Sökning #	Sökfält	Söksträng	Antal träffar
Hälsokommunikation			
1	Title, Abstract, Keywords	TITLE-ABS-KEY("health communication")	4298

Geografiska platser av intresse

2	Title, Abstract, Keywords	TITLE-ABS-KEY ({North America} OR USA OR {United States} OR Canada OR Canadian OR Australia OR Australian OR Europe OR European OR Scandinavia OR Scandinavian OR Sweden OR Swedish OR Norway OR Norwegian OR Denmark OR Danish OR Finland OR Finnish OR Iceland OR Icelandic)	4016960
---	---------------------------	--	---------

Intervention, Promotion

3	Title, Abstract, Keywords	TITLE-ABS-KEY (intervention)	912069
4	Title, Abstract, Keywords	TITLE-ABS-KEY (intervention OR promotion OR empowerment OR "social marketing")	1120915

Teknologi/medier

5	Title, Abstract, Keywords	TITLE-ABS-KEY (Internet OR "digital media" OR "social media" OR e-health OR connectivity)	510765
---	---------------------------	---	--------

Effektivitet

6	Title, Abstract, Keywords	TITLE-ABS-KEY (effect* OR effic* OR impact OR {best practice} OR evaluat*)	20934300
---	---------------------------	--	----------

Exkluderande termer

7	Title, Abstract, Keywords	TITLE-ABS-KEY ({patient communication} OR {doctor-patient communication} OR {patient information})	29163
8		#1 AND #2	1124
9		#1 AND #3	780
10		#1 AND #3 AND #6	562
11		#1 AND #3 AND #6 AND #2	175
12		#1 AND #4	1385
13		#1 AND #4 AND #6	932
14		#1 AND #4 AND #6 AND #2	293
15		#1 AND #5	653
16		#1 AND #5 AND #2	173

Databas: Scopus		Datum: 2016-06-15
Databasleverantör: Elsevier		
17	#14. Limited to publication year 2010-2016	178 Exporterade till EndNote
18	#16. Limited to publication year 2010-2016	126 Exporterade till EndNote

Följande dokumentation är för sökningar utförda i databaserna DiVA (Digitalt Vetenskapligt Arkiv) och SwePub samt sökmotorn Google Scholar med syfte att fånga in referenser som berör forskning inom hälsokommunikation i Sverige samt potentiellt andra nordiska länder.

Databas: Google Scholar		Datum: 2016-08-24	
Databasleverantör: Google			
Sökning #	Sökfält	Söksträng	Antal träffar
1	Alla	hälsokommunikation intervention OR interventioner OR insats OR insatser OR promotion OR "social marknadsföring"	274
2		#2. Filter: Publicerad år 2010-	171 (170 exporterade till EndNote)
3	Alla	hälsokommunikation internet OR "social media" OR "sociala medier" OR "digital media" OR "digitala medier" OR e-hälsa	205
4		#3. Filter: Publicerad år 2010-	139 (130 exporterade till EndNote)

Databas: DiVA		Datum: 2016-08-24	
Databasleverantör: Uppsala Universitet			
Sökning #	Sökfält	Söksträng	Antal träffar
1	Alla	("sociala medier" OR internet OR "digitala medier") AND hälsa	12 7 publicerade 2010- Exporterade till EndNote

Databas: DiVA		Datum: 2016-08-24	
Databasleverantör: Uppsala Universitet			
2	Titel Forskningspublikationer	ehälsa OR e-hälsa	16 11 publicerade 2010- Exporterade till EndNote
3	Alla	hälsokommunikation	27 19 publicerade 2010- Exporterade till EndNote

Databas: SwePub		Datum: 2016-08-25	
Databasleverantör: Kungliga Biblioteket			
Sökning #	Sökfält	Söksträng	Antal träffar
1	Enkel sökning	hälsokommunikation	12
2		#1. Filter: Publicerad 2010-2013	4 Exporterade till EndNote
3	Enkel sökning	("sociala medier" OR internet OR "digitala medier") AND hälsa	414
4		#3. Filter: Publicerad 2010-2013	180 Exporterade till EndNote (181?)
5	Enkel sökning	ehälsa OR e-hälsa	62
6		#5. Filter: Publicerad 2010-2013	17 Exporterade till EndNote

Hälsokommunikation i det nya medielandskapet är en kunskapssammanställning av forskningsområdet hälsokommunikation internationellt och i Sverige. Den är avgränsad till Folkhälsomyndighetens uppdrag inom folkhälsoområdet och riktar sig till dig som arbetar nationellt, regionalt och lokalt med kommunikation inom hälsoområdet.

Hälsokommunikationsforskningen vilar tungt på paradigmet från det medicinska vetenskapsområdet och uppvisar än så länge brister inom utvärderingsområdet. I det snabbt föränderliga medielandskapet finns både möjligheter och utmaningar, inte minst genom interaktiv kommunikation. Hälsokommunikation är komplext och beroende av sin omvärld. Både forskning och praktik behöver ta hänsyn till kunskap om massmedier och kommunikation mellan människor och grupper i befolkningen. Det är även viktigt med förståelse för människans autonomi och vikten av att ge stöd för att individer självständigt ska kunna fatta beslut samt att öka delaktigheten i planering och genomförande av hälsokommunikationsinsatser. Hälsokommunikation har utvecklats från att vara tydligt normativ med riktade budskap till att i stället öka människors "empowerment". Med stöd i forskningen och med erfarenheter från praktiken kan ett nationellt hälsokommunikationsarbete utvecklas för att förebygga ohälsa och främja befolkningens hälsa.

Rapporten är framtagen av Folkhälsomyndigheten i samarbete med Helena Sandberg, docent i medie- och kommunikationsvetenskap vid Lunds universitet.

Folkhälsomyndigheten är en nationell kunskapsmyndighet som arbetar för en bättre folkhälsa. Det gör myndigheten genom att utveckla och stödja samhällets arbete med att främja hälsa, förebygga ohälsa och skydda mot hälsohot.

Vår vision är en folkhälsa som stärker samhällets utveckling.



Folkhälsomyndigheten

Solna Nobels väg 18, SE-171 82 Solna Östersund Forskarens väg 3, SE-831 40 Östersund.

www.folkhalsomyndigheten.se