

Att lära av erfarenheter

Systematisk beskrivning och kritisk granskning, 20 frågor om folkhälsoprojekt

Bo J A Haglund

Bosse Pettersson

Systematiskt och strukturerad avrapportering är en viktig del i uppbyggnaden av en erfarenhetsbank för praktiskt folkhälsoarbete och för många ett första steg i dokumentationen av egen verksamhet. Inför den 3:e Världshälsokonferensen i Sundsvall 1991 utarbetades ett redovisningsformulär med avsikt att enhetligt kunna beskriva erfarenheter av hälsofrämjande arbete med fokus på stödjande miljöarbete. Vid konferensen byggdes en projekt-databas upp med ca 1500 projekt/erfarenheter. Utgångspunkten i redovisningsformuläret är kritiska frågor omkring den sk SESAME- modellen som finns presenterad i handboken för att skapa stödjande miljöer för hälsa som var ett av huvudresultaten från Sundsvallskonferensen. Redovisningstformuläret har testats sedan dess i praktiskt folkhälsoarbete, främst av hälsoplanerarna i Landstinget Väster-norrland, men också i undervisning av master-stu-denter vid Karolinska Institutet för att utveckla färdigheter att kondensera och systematisera erfarenheter från olika former av projektverksamheter. I artikeln presenteras de 20 frågorna och tankegångarna bakom dem.

Bo J A Haglund är professor vid Karolinska Institutet, Institutionen för Folkhälsovetenskap och Bosse Pettersson byråchef vid Folkhälsoinstitutet.

BAKGRUND

Det unika med Sundsvallskonferensen var att den internationella miljöörelsen med Brundtlandsrapporten om "Vår gemensamma framtid" knöts samman med hälsörelsens mål om "Hälsa för alla till år 2000"(1). Resultatet från Sundsvallskonferensen utgjorde en av hörnstenarna i "Agenda 21" vid miljökonferensen i Rio, där betoningen på människans hälsa och dess relation till miljön lyftes fram som en av portalparagraferna(2).

Begreppet "stödjande miljöer för hälsa" myntades redan under Ottawakonferensen 1986, men hade före

Sundsvallskonferensen 1991 inte fått en praktisk definition (3):

I folkhälsosammanhang ansluter begreppet till de fysiska och sociala aspekterna av vår omgivning. De innefattar var människor bor, deras lokalsamhälle, deras hem, där de leker, lär, arbetar och älskar. Begreppet innefattar också de förhållanden, som bestämmer tillgång till levnadsresurser och möjligheter till att utöva sin makt (4, 5).

Sålunda har aktion för att skapa stödjande miljö många dimensioner, fysiska, sociala, andliga, ekonomiska och politiska. Var och en av dessa dimensioner är oupplösligt kopplade till de andra i en dynamisk samverkan. Aktion måste koordineras på lokal, regional, nationell och global nivå för att uppnå lösningar, som är sant hållbara (4,5).

Sedan dess har begreppet Stödjande miljöer för hälsa utvecklats till en av nyckelstrategierna för hälsofrämjande arbete(6). Sambandet mellan miljö och hälsa fick vid Ottawa en ny ekologisk dimension.

Arbete med stödjande miljöer flyttar fokus dels från sjukdomstänkande till hälsotänkande och dels från förebyggande arbete baserat på risktänkande till hälsofrämjande möjligheter på vardagsarenor. Men också från det individinriktade perspektivet till en helhetssyn där även andra faktorer som påverkar individen och hans/hennes beteende beaktas. När det gäller metoderna medför detta en tyngdpunktsförskjutning från det professionellt definierade problemet till vad de berörda själva ser som sina viktigaste behov och vill förverkliga. Genom att arbeta inte bara utifrån en individs riskbeteende utan också från individens miljö blir det klarare vilka andra faktorer som är av betydelse för hans/

Stödjande miljöer för hälsa har utvecklats till en av nyckelstrategierna för hälsofrämjande arbete

hennes hälsobeteende, och vilka aktörer som är samarbetsparter i det hälsofrämjande arbetet. När det gäller rollfördelningen i det hälsofrämjande arbetet öppnar begreppet upp för gränsöverskridande arbete mellan sektorer (4, 5).

Ett av de viktigaste konkreta resultaten från Världshälsokonferensen i Sundsvall 1991 var en handbok om stödjande miljöer för hälsa, "We Can Do It!"(7). Boken bygger på analyser av ett tusental beskrivningar av fall eller erfarenheter av praktiskt hälsofrämjande arbete. Representanter både från tredje världens länder och de industrialiserade länderna deltog i arbetet. I handboken redovisas 171 "stories" och de slutsatser för praktiskt hälsoarbete som dragits av en samlad analys. Handboken innehåller tre delar. I den första delen presenteras en modell för att analysera viktiga strategier i hälsofrämjande arbete - the Health Promotion Strategy Analysis Model, (Helpsam). I del II redovisas huvuddelen av de 171 fallen under respektive arena som utbildning, boende, mat, arbete, transport och energi, samt socialt stöd med tillämpningar i vardagen för att skapa stödjande miljöer för hälsa. Den tredje delen beskriver steg vid genomförandet av program för att skapa stödjande miljöer för hälsa, den sk SESAME modellen (Supportive EnvironmentS Action Model).

Att gemensamt skapa stödjande miljöer för hälsa har långtgående konsekvenser för både individer och institutioner i samhället. Att bygga nya allianser är ett

nyckelelement i de hälsofrämjande strategierna, med allianser över sektorsgränser, mellan discipliner, mellan professioner och mellan organisationer. Inte minst tillämpningen av HELPSAM-modellen med utgångspunkt från de nyckelstrategier som destillerats fram från mer än 1.000 konkreta exempel på arbete i syfte att skapa stödjande miljöer för hälsa kan vara en hjälp bort från traditionellt tänkande till att se hur nya gränsöverskridande allianser kan byggas upp. HELPSAM-modellen lyfter fram styrkan i gemensamma strukturella mönster och kan peka på svagheter som finns med avgränsningar inom sektorer och discipliner.

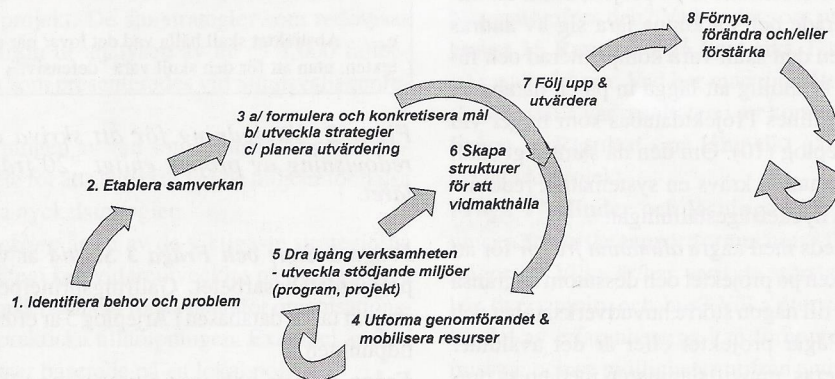
Ojämlighet är en av de största utmaningarna för att förverkliga hälsa för alla. Stödjande miljöbegreppet fokuserar på ojämlikhet och tillskapandet av gynnsamma betingelser för en god hälsa åt alla, ger nya möjligheter i det hälsofrämjande arbetet som ett traditionellt angreppssätt med fokus på individer inte har.

Den tredje delen av handboken redovisar en modell för praktiskt hälsofrämjande arbete den sk aktionsmodellen - SESAME = Supportive EnvironmentS Action Model. Hälsoarbete utifrån stödjande miljöer är ett sätt att systematiskt angripa hälsoproblem med flera strategier och angreppsvägar, där effekten av olika åtgärder förstärker varandra. Grundprinciperna redovisas i figur 1.

Att systematisera lokalt folkhälsoarbete

Under början av 1990-talet har det bildats ett nätverk för lokalt folkhälsoarbete i Sverige. Ett 50-tal kommuner och ett 10-tal landsting har anslutit sig till nätverket (8). Projektet strävar efter att synliggöra hälso- och miljöaktiviteter i det lokala arbetet. Hälsofrågor skall

Figur 1. Aktionsmodell för att skapa stödjande miljöer för hälsa.



Supportive EnvironmentS Action Model - SESAME

lyftas in lokala kommunala hälsoplaner. Inom nätverket är erfarenhetsutbyte av nyskapande aktiviteter den viktigaste drivkraften för att vara med i nätverket. Att lära av varandras erfarenheter! Deltagarna förbinder sig att sprida erfarenheter från sitt lokala arbete. Svenska Kommunförbundet har tagit på sig en stödfunktion och upprätthåller ett kansli för det svenska nätverket. Det kan ses som en naturlig följd av det engagemang som Kommunförbundet visat i folkhälsofrågor(5).

Det finns vid utvecklingen av denna typ av arbete behov av instrument för systematisk beskrivning av erfarenheter och projekt. SESAME dvs Supportive EnvironmentS Action Model har utvecklats för ett sådant ändamål. Genom att utnyttja de olika momenten i SESAME-modellen för kritiska frågor har ett frågebatteri som benämnts *20 nyckelfrågor om lokalt folkhälsoarbete utvecklats* (5,7). Vid praktisk tillämpning av instrumentet har det visats att det inte bara kan användas för att systematiskt beskriva ett projekt utan också som planeringsinstrument och dessutom är frågebatteriet användbart för att ställa kritiska frågor vid verksamhetsuppföljning och även som ett enkelt kvalitetsäkringsinstrument för det lokala folkhälsoarbetet (9).

Rapportformulärets innehåll

Den grundläggande tanken med rapporteringsformuläret är att ge den information som man själv skulle önska få om man skulle starta ett projekt inom ett liknande arbetsområde och då kunna lära sig av andras erfarenheter. Men den skall vara komprimerad och fåordig så att den är möjlig att lägga in på en databas, i det här fallet Sprilines Projektdatabas som ligger vid Infocenter i Arjeplog (10). Om den då samtidigt skall vara rik på information krävs en systematisk redovisning av några få nyckelfrågeställningar.

Formuläret inleds med några *allmänna frågor* för att tydliggöra rubriken på projektet och dessutom avgränsa det i förhållande till någon större huvudverksamhet och status i tiden. Pågår projektet eller är det avslutat? Därefter presenteras uppgiftslämnaren med en så omfattande adress som möjligt, inklusive e-mail om sådan

finns. Därefter finns utrymme för projektledare, kontaktperson och samarbetspartners.

Fråga 1. Abstrakt.

För att få en enhetlig struktur och klarhet uppmanas man att redovisa nyckelinformationen från fråga 2-20 först och därefter gå tillbaka till sammanfattningen och presentera vad man ville (syfte), hur man gjorde (tillvägagångssätt), var, av vem och när, de viktigaste erfarenheterna och resultaten, samt de viktigaste slutsatserna för framtida folkhälsoarbete (*figur 2*). Abstrakt är viktigt därför att det tillsammans med rubriken fungerar som den första sorteringsnivån för de som söker information. Det är som en varudeklaration på en produkt, med en projektredovisning i telegramtext.

Ett abstrakt skrivs normalt sett i löpande text. Strecksatser kan förekomma, men det förbrukar radutrymme.

- Omfattning max 15 maskinskrivna rader på stående A4 med normala marginaler.
- Ange projektnamn (motsv) som rubrik (exkl 15 rader).
- I abstrakten skall man få reda på
 - syftet (vad ville man)
 - vilka mål sattes upp
 - till vilka riktades projektet (målgrupp(er))
 - var, av vilka och när (år, period)
 - tillvägagångssätt (hur gjorde man)
 - resultat och erfarenheter
 - de viktigaste slutsatserna för framtida insatser
 - annat, som är specifikt intressant med just "ert" projekt.

I tillämpliga delar får abstrakten anpassas till om det gäller planerade, pågående eller avslutande projekt.

- Abstraktet skall vara underlag för läsaren att fatta beslut om att gå vidare i sin informationssökning, eller ej.
- Abstraktet skall hålla vad det lovar när man läser hela texten, utan att för den skull vara "defensivt".

Figur 2. Vägledning för att skriva abstrakt vid redovisning av projekt enligt "20 frågor"-formuläret.

Fråga 2 Start och Fråga 3 Sluttid är viktig fr a för projektdatabasarbetet. Gallringsprincipen idag är att projekt tas ur databasen i Arjeplog 5 år efter avslutnings-tidpunkten.

Fråga 4 Plats och arena preciseras till plats/ort dvs län, kommun, kommunedel och på vilken "arean/are-

nor" t ex skola, arbetsplats, bostadsområde, kommun- del etc. Uppllysning om var en aktivitet genomförs inne- håller mycket dold information för läsaren.

Fråga 5 Motiv skall ge svar på frågan varför detta pro- jekt är viktigt. Vilka är bevekelsegrunderna eller skä- len (eng. rational)

Fråga 6 Mål preciseras i dels inriktningsmål med strä- van att uppnå på sikt , dels effektmål med mätbara re- sultat under projekttiden. I fr a projektplanearbete är alltid preciseringen av målen det mest tidskrävande. I förhållande till effektmålen kan en testfråga vara hur skall det mätas?

Fråga 7 Målgrupper redovisar till vilken/vilka mål- grupper som insatsen riktas. Det är viktigt att klargöra, åtminstone för sig själv, vad som är primära och sekun- dära målgrupper. T ex den primära målgruppen kan vara skolelever men alla aktiviteter kan var inriktade på olika sekundärgrupper som lärare, skolmåltpersonal, etc.

Fråga 8 Fokus på jämlikhet redovisar dels om det finns någon uttalad inriktning på att öka jämlikhet i hälsa och dels om ja i så fall mellan grupper, geogra- fiska områden eller mellan kvinnor och män.

Fråga 9 Initiativ beskriver var initiativet togs till in- satsen/projektet.

Fråga 10 Finansiering beskriver dels hur grund- finansieringen ser ut med olika källor redovisade om flera organisationer bidrar än den som tagit huvud- ansvaret, dels vilka ytterligare ekonomiska resurser som tillförts insatsen/projektet.

Fråga 11 Strategier beskriver utgående från HELPSAM modellens sju grundläggande strategier vilka som valts för att förverkliga målen för aktivite- ten. Flera parallella strategier kan användas i ett pro- jekt och det är till och med så att erfarenheter visar att flera samtidiga strategier ger större möjligheter till lyckosamma projekt. De sju strategier som redovisas har sprungit fram ur analysen av de ca 1.000 fallbe- skrivningarna som presenterades vid Sundsvallskonfe- rensen.

Vid beskrivningen av vad som kännetecknade fram- gångsrikt arbete för att skapa stödjande miljöer för hälsa utgjorde dessa nyckelstrategier.

1. *Policyutveckling* är en av de viktigaste strategierna och denna strategi kan vidareutvecklas på flera nivåer i samhället, men den gäller i första hand för organisations- nivå vid den praktiska tillämpningen. Exempel är rök- fria arbetsplatser baserade på en lokal policy.

2. Att utveckla *lagar och regleringar* innehåller både skrivna och oskrivna lagar av betydelse för folkhälsan.

3. *Omoriering av organisationer* i syfte att uppnå t ex hållbar utveckling är en annan av nyckelstrategierna.

4. Att *förespråka hälsointressen* i olika sammanhang genom t ex lobbyverksamhet, gentemot myndigheter, politiker, media är viktigt för att bana väg för nästa nyckelstrategi.

5. *Samverkan* med en gränsöverskridande uppbyggnad av *nya allianser*.

6. Att *möjliggöra, dvs skapa förutsättningar för hälsa*, var nyckelelementet för förändring enligt Ottawa manifestet. Att borra brunnar som innehåller rent vat- ten är ett exempel som lyfts fram i Sundsvallshandboken (7).

7. *Mobilisering* och utveckling av självbestämmande (empowering) har sedan Sundsvallkonferensen alltmer utvecklats till nyckelkriteriet för att avgränsa vad som menas med hälsofrämjande arbete.

HELPSAM modellen kan i hälsofrämjande arbete an- vändas på olika sätt och vid framtagandet av projekt- redovisningen kan den ge en översikt över tillgängliga kombinationer av strategier som kan användas i det praktiska arbetet.

Fråga 12 Genomförande tar upp några viktiga tillvä- gagångssätt som utbildning, information, direkt påver- kan av beslutsfattare och nyckelpersoner, samhälls- arbete.

Fråga 13 Uppföljning eller monitoring handlar om den löpande uppföljningen av projektet. Finns det i projek- tet några inbyggda styrinstrument som talar om att man är på rätt väg? Hur mäter man detta? När man fram med aktiviteten över huvudtaget? Om man satt upp etappmål, har man nått till dessa?

Fråga 14 Utvärdering beskriver om en utvärdering av hela eller delar av insatserna gjorts eller planeras. Hur ser i så fall dokumentationen av utvärderingen ut? När genomförs den? Vad är det som utvärderas?

Fråga 15 Resultat - på kort sikt. För pågående pro- jekt ställs frågan: Vad har man uppnått hittills? För av- slutade vilka var resultaten i ett kortsiktigt perspektiv?

Fråga 16 Resultat - på lång sikt gäller i första hand avslutade projekt

Fråga 17 Hinder och lösningar. Den här frågeställ- ningen är kanske rapportformulärets viktigaste. Viktiga frågor är: Vilka är/har varit de största hindren? Vilka har övervunnits och hur? Vilka återstår? Andra som tar del av erfarenheterna kan förhoppningsvis lära av misstag och se möjligheter utifrån andras erfarenheter. Den här frågan är också den svåraste då hela vår tradi- tionella skolning handlar om att se problem och defi-

niera dem, helst så detaljerat som möjligt. Vi har inte alls samma beredskap att dela med oss erfarenheter av hinder och möjligheter till lösningar.

Fråga 18 Vidmakthållande beskriver vad som gjorts under insatsernas genomförande för att säkra en fortsatt verksamhet efter projektets slut. Har några speciella åtgärder vidtagits för projektets långsiktiga överlevnad?

Fråga 19 Slutsatser för framtida folkhälsoarbete. Vilka är de viktigaste lärdomarna och slutsatserna för framtida aktiviteter för att förnya, förstärka och/eller förändra insatserna? Vad lärde vi oss av projektet, dels det som är projektspecifikt och dels vad som är allmänna (generella) lärdomar.

Fråga 20 Dokumentation är slutligen en förteckning över rapporter, PM och annan dokumentation av insatserna, men även tidningsartiklar och videos och idag även websidor på internet.

DISKUSSION

Stödjande miljöbegreppet utgör således en av nyckelstrategierna i det hälsofrämjande arbetet. Begreppet i sig påvisar att hälsa inte kan ses i ett vakuum utan påverkas av villkoren i den miljö man lever. Men miljö är inte bara synliga strukturer och service som vi har runt om oss utan innefattar också andliga, sociala, kulturella, ekonomiska, politiska och ideologiska dimensioner. Inte minst i de uppföljande diskussionerna sedan Sundsvallskonferensen har Hancock diskuterat samvariationen mellan lokalsamhället, miljö, ekonomi och hälsa (6). I det perspektivet har han satt in de "rörelser" som finns med hälsofrämjande aktiviteter inom olika arenor (settings) som "Healthy homes", "Healthy Schools", "Healthy workplaces", "Healthy Hospitals" och "Healthy Communities". Inom ett framväxande nätverk för lokalt folkhälsoarbete är dessa yttringar exempel på stödjande miljöarbete i praktiken. Dessutom har internationella forskningsnätverk växt fram med vidareutveckling av strategier inom respektive arena. Ett exempel är det samarbetscentra som finns i Holland om forskning för "Healthy Cities" (URL: <http://www.rulimburg.nl/~who-city/www.html>)

Att berätta om erfarenheter från projektprocessen är forskningsmässigt en viktig tyngdpunktsförskjutning från resultatfokus som kännetecknat inriktningen tidigare.

I Sverige har 20 frågor börjat användas av fr a hälsoplanerare i olika landsting. Det "instrument" som från början var avsett att ge en systematisk beskrivning av projekt har visats sig genom praktiska erfarenheter vara användbart också för att planera och följa upp projekt

och då också tjänat som ett enkelt kvalitetssäkringsinstrument i verksamhetsredovisningen (9).

Strukturen som utvecklats för projektredovisningar har också använts av Folkhälsoinstitutet. De som söker medel därifrån får både vid ansökningar och avrapporteringen använda sig av de 20 frågorna ibland något modifierade beroende på ämnet.

De svenska redovisningarna kan vidarebefordras till InfoCenter Arjeplog för att registreras i Spriline's projektdatabas, vilket bl a tillämpas av Folkhälsoinstitutet. Den som rapporterar ett projekt/verksamhet som genomförts av någon annan måste därför försäkra sig om att detta inte möter något hinder. Vid WHO's Collaborating Centre on Supportive Environments for Health, vid Karolinska Institutets Institutionen för Folkhälsovetenskap i Sundbyberg har de 20 frågorna också utvecklats som databasrutin med Microsoft Access som utgångspunkt. Om man lägger in sina projekt i Access kan en diskett förmedlas direkt till Infocenter i Arjeplog. Så fort projekten finns inlagda i databasen i Arjeplog är de sedan sökbara via dels Spriline, dels via Internet och Sprilines websida (URL address: <http://www.spri.se/spriline.htm>).

I ett europeiskt projekt med basen vid Dutch Centre for Health Promotion i Utrecht har ett liknande formulär utvecklats (11). Det kan användas som ett komplement till de 20 frågorna då frågorna som utvecklats inom detta projekt främst avser att utvärdera mer individorienterade resultat inom hälsoupplyningsområdet. Man har bl a vidareutvecklat kritiska frågor om både summativ och formativ utvärdering dvs frågor som belyser vad som uppnåddes men också hur det gick till med avsikt att få en fördjupad förståelse för processen. Formuläret har tillämpats inom en rad områden med kritiska granskningar av effekt och effektivitetsvärderingar av olika förebyggande och hälsofrämjande insatser. Exempel är hälsofrämjande arbete inom cancerområdet, hjärt- och kärlområdet, skador, sexuellt överförbara sjukdomar, äldre, hälsofrämjande skolor mm (12-18). Alla dessa granskningar har som yttersta syfte att få fram bättre underlag för att kunna investera i hälsa. Sammanfattningsvis, en systematiskt och strukturerad avrapportering med hjälp av t ex "20 frågor" är en viktig del i att bygga upp en erfarenhetsbank för praktiskt folkhälsoarbete och för många ett första steg i att dokumentera sin egen verksamhet. Syftet är inte att "försköna" beskrivningen av verkligheten, snarare då att upptäcka svagheter som ibland kan rättas till och ibland får vara en lärdom som bidrar till att andra kan

undvika att göra samma misstag, eller att lyfta fram möjligheter som finns att komma runt de hinder som alltid är närvarande i folkhälsoarbetet.

REFERENSER

1. *Petersson B, Tillgren P, Finer D, Haglund BJA*: Playing for time. Creating supportive environments for health. Report from the 3rd International Conference on Health Promotion, Sundsvall, Sweden, June 9-15 1991. Sundbyberg: Karolinska Institutet, Institutionen för Folkhälsovetenskap, Avdelningen för Socialmedicin, 1992
2. Rio-deklarationen. Stockholm: Miljö- och naturresurs departementet, 1992.
3. WHO. Ottawa Charter for Health Promotion. Health Promotion International. 1986; 1: iii-v.
4. *Haglund BJA*: Stödande miljöer för hälsa - ett strategiskt begrepp för det hälsofrämjande arbetet. Socialmedicinsk tidskrift 1996; 73:91-9.
5. *Haglund BJA, Svanström L*: Samhällsmedicin - en introduktion, 2:a upplagan. Lund: Studentlitteratur, 1995
6. *Dean K, Hancock T*: Supportive environments for health. Major policy and research issues involved in creating health promoting environments. Copenhagen: World Health Organization, EURO 1992.
7. *Haglund BJA, Petersson B, Finer D, Tillgren P*: Creating supportive environments for health. Stories from the Third International Conference on Health Promotion, Sundsvall, Sweden. Geneva: World Health Organization, 1996.
8. *Roth-Möller H*: Nätverk som strategi för utveckling och lärande - erfarenheter från ett folkhälsonätverk. Socialmedicinsk tidskrift 1998;75: xx-xx.
9. *Haglund BJA, Jansson B, Petersson B, Tillgren P*: Impact through Simplicity - A Quality Assurance Instrument for Practitioners Chapter to be included in Davies J. K., Macdonald G. (eds.) Quality, Evidence and Effectiveness in Health Promotion: Grappling with Uncertainties.
10. Sprilinedatabasen. <http://www.spri.se/spriline.htm>
11. *Veen CA, Vereijken I, van Driel WG, Beliën MARE*: An instrument for analysing effectiveness studies on health promotion and health education. Utrecht: Dutch Centre for Health Promotion and Health Education, 1994.
12. *Weston R*: Cancer Prevention; a review of the Effectiveness Health Education and Health Promotion. Utrecht: Dutch Centre for Health Promotion and Health Education, 1994.
13. *Smith CA, Moore LAR, Trickey H*: Community-based Cardiovascular Disease Prevention; a Review of the Effectiveness of Health Education and Health Promotion. Utrecht: Dutch Centre for Health Promotion and Health Education, 1994.
14. *Towner EML*: Unintentional Injuries in Childhood: a Review of the Effectiveness of Health Education and Health Promotion. Utrecht: Dutch Centre for Health Promotion and Health Education, 1994.
15. *Peters LWH, Paulussen TGWM*: School health: a Review of the Effectiveness of Health Education and Health Promotion. Utrecht: Dutch Centre for Health Promotion and Health Education, 1994.
16. *Isaksson PE, Pohjalainen P*: Health of Elderly; a Review of the Effectiveness of Health Education and Health Promotion. Utrecht: Dutch Centre for Health Promotion and Health Education, 1994.
17. *Slama K*: Tobacco Control; a Review of the Effectiveness of Health Education and Health Promotion. Utrecht: Dutch Centre for Health Promotion and Health Education, 1994.
18. *Adrien M*: Nutrition; a Review of the Effectiveness of Health Education and Health Promotion. Utrecht: Dutch Centre for Health Promotion and Health Education, 1994.

Appendix

20 frågor om folkhälsoprojekt

ID-nummer: (behöver inte fyllas i)

PROJEKTRUBRIK:

Är det ett fristående projekt? Ja () Nej ()

(Markera med ett kryss)

Ingår projektet i en huvud/paraplyverksamhet? Ja () Nej ()

(Markera med ett kryss)

Kommentarer (Namnet på projektets huvud/paraplyverksamhet):

Planerat projekt Ja () Nej ()

Pågående projekt Ja () Nej ()

Avslutat projekt Ja () Nej ()

Rapporteringsdatum:

Uppgiftslämnarens namn:

Organisation:

Adress:

Postnummer:

Ort:

Telefon hem:

Telefon arb:

Fax:

Mobiltelefon:

E-mail adress:

Projektledarens namn:

Organisation:

Adress:

Postnummer:

Ort:

Telefon hem:

Telefon arb.:

Fax:

Mobiltelefon:

E-mail adress:

Kontaktperson:

Organisation:

Adress:

Postnummer:

Ort:

Telefon hem:

Telefon arb.:

Fax:

Mobiltelefon:

E-mail adress:

Samarbetspartner(s) (Uppge samarbetspartners med namn, fullständig adress, telefonnummer och e-mail adress) :

1. ABSTRAKT (max 15 rader):

2. Starttid för projektet:

3. Sluttid för projektet:

4. Plats och arena (plats/ort dvs. län, kommun, kommundel och "arena" t.ex skola, arbetsplats, bostadsområde etc.):

5. Motiv:

MÅL

6. a) Inriktningsmål (strävan att uppnå på sikt):

6. b) Effektmål (mätbara resultat under projektiden):

7. Målgrupper (primära respektive sekundära):

8. Fokus på jämlikhet Ja () Nej ()

om ja, i så fall mellan:

grupper Ja () Nej ()

geografiska områden Ja () Nej ()

mellan kvinnor och män Ja () Nej ()

Kommentarer:

9. Initiativ:

10. Finansiering

Grundfinansiering:

Ytterligare ekonomiska resurser:

11. Strategier (Sju grundläggande strategier, där flera parallella strategier kan användas i ett projekt)

11.1 Policyutveckling Ja () Nej ()

Kommentarer:

11.2 Lagar och regleringar Ja () Nej ()

Kommentarer:

11.3 Omorientering av organisationer Ja () Nej ()

Kommentarer:

11.4 Förespråka hälsointressen Ja () Nej ()

Kommentarer:

11.5 Samverkan Ja () Nej ()

Kommentarer:

11.6 Skapa förutsättningar för hälsa Ja () Nej ()

Kommentarer:

11.7 Mobilisering och utveckling av självbestämmande Ja () Nej ()

Kommentarer:

12. Genomförande

tillvägagångssätt;

- utbildning Ja () Nej ()

- information Ja () Nej ()

-direkt påverkan av nyckelpersoner

och beslutsfattare Ja () Nej ()

- samhällsarbete Ja () Nej ()

13. Uppföljning :

14. Utvärdering (Har en utvärdering gjorts? Planeras en utvärdering? Hur ser dokumentationen ut? När genomförs den? Vad utvärderas?):

15. Resultat - på kort sikt:

16. Resultat - på lång sikt (gäller i första hand avslutade projekt):

17. Hinder och lösningar (Vilka är/har varit de största hindren? Vilka har övervunnits och hur? Vilka återstår?):

18. Vidmakthållande:

19. Slutsatser för framtida folkhälsoarbete:

20. Dokumentation:

Återsändes till

WHO Collaborating Centre on Supportive Environments

Karolinska Institute

Dept of Public Health Sciences

S-171 77 STOCKHOLM

SWEDEN

TEL: + 46 8 629 05 00 Telefax: + 46 8 28 95 00 alt + 46 8

98 63 67

E-mail Bo J A Haglund <bo.haglund@phs.ki.se>

Socialmedicinsk tidskrifts temanummer Nya strategier i folkhälsoarbetet

nr 5/1996

Ur innehållet

Ilona Kickbusch: **New challenges for public health**

Finn Diderichsen: **Om folkhälsans och hälsopolitikens framtida förutsättningar**

Bertil S Hanson, Niels Kristian Rasmussen: **År folkhälsan på östra sidan Östersjön bättre än på den västra?**

Måns Rosén: **Sociala skillnader i ohälsa - ett bestående problem?**

Charli Eriksson: **Samverkan för folkhälsa i ett lokalt och globalt perspektiv**

Per Fugelli: **Med Rudolf Karl Virchow som veiviser i folkhälsoarbetet**

m fl

Kan köpas från redaktionen: Slättervägen 38, 178 37 Ekerö, Fax: 08-560 301 21