



**socialmedicinsk
tidskrift**

Sextiosjunde årgången häfte nr 5 – 6 1990

Allmän redaktion:

Claes-Göran Westrin, redaktör och ansvarig utgivare
Ann Appelgren, red. sekr.,
Elisabeth Natt och Dag, expedition

Redaktionsutskottet:

Erik Allander, professor i socialmedicin, Huddinge
Carl-Erik Arthursson, socialchef, Vetlanda
Per Bjurulf, professor i socialmedicin, Linköping
Arne Borg, direktör, Stockholm
Lars-Olov Bygren, professor i socialmedicin, Umeå
Jan Ekholm, professor i medicinsk rehabilitering,
Stockholm
Axel Fugl-Meyer, professor i medicinsk rehabilitering,
Umeå
Axel Gisslén, kommunalråd, Örebro
Gunnar Grimby, professor i medicinsk rehabilitering,
Göteborg
Sonja Henriksson, socialbyråchef, Göteborg
Sven-Olof Isacson, professor i socialmedicin, Lund
Lonie Oscarsson, socialchef, Härryda
Ivan Ottosson, socialdirektör, Göteborg
Bengt Scherstén, professor i allmänmedicin, Lund
Sune Sunesson, professor i socialt arbete, Lund
Leif Svanström, professor i socialmedicin, Stockholm
Gösta Tibblin, professor i allmänmedicin, Uppsala
Olle Westling, socialchef, Hofors

Folkhälsoarbete är förändringsarbete — från diagnos till åtgärder

Folkhälsoarbetet är i grunden ett socialt förändringsarbete. Tre frågeställningar av stor betydelse för framtida folkhälsa och som diskuteras i detta temanummer är; 1/ samhällsdiagnosens roll; 2/ betydelsen av att utgå från människors egenförmåga och aktiva deltagande i program som avser att åstadkomma bättre hälsa, samt 3/ forskningens villkor och inriktning inom folkhälsoarbetet.

I samband med avkolonialisering och utropandet av en rad fria stater på den Afrikanska kontinenten under början av 1960-talet behövde man nya instrument som hjälp i samhällsordningen. *Samhällsdiagnosbegreppet* utvecklades först i dessa länder som ett instrument för planering av åtgärder för bättre hälsa hos befolkningen (16). När samhällsdiagnosen som begrepp introducerades i Sverige i mitten av 1970-talet, vid arbetet med Hälsoprofil Skaraborg 77, var förhoppningen att den skulle användas som led i planering och genomförande av framför allt förebyggande arbete i kommuner och landsting även på andra håll i Sverige (8, 9). Genom framtoningen av samhällsdiagnosen i HS-90-arbetet påskyndades användningen i mitten av 1980-talet och vid en enkätundersökning våren 1989 visade det sig att 24 av 26 sjukvårdshuvudmän tagit fram någon form av samhällsdiagnos eller hälsoprofil (21).

Min utgångspunkt var att samhällsdiagnosen var ett dynamiskt instrument som utgjorde det första ledet i en förändringsprocess. Processidén hämtades från frigörande pedagogik och socialt arbete där Swedners förändringspiral blivit en viktig modell för beskrivningar av förändringsprocessen (23). Samhällsdiagnosprocessen beskrevs i tre nivåer med en *diagnos*, en *analys* och genomförande av *åtgärder* mot väsentliga hälsoproblem hos befolkningen.

De profiler som utgjort delar av den första fasen, samhällsdiagnosen, har betecknats lite olika men i stort sett varit en beskrivning av vilka människor som bor i ett område, ett landsting, en primärkommun eller ett vårdcentralsområde, vilka levnadsbetingelserna är och vilken sjuklighet som finns, mer eller mindre detaljerad; samt slutligen en beskrivning av vårdens inriktning och omfattning. Men mycket av arbetet under 1980-talet har inneburit en teknokratisk förfining av metodiken vid beskrivning av de profiler som utgjort innehållet i samhällsdiagnosen. En liknade utveckling har ägt rum i Danmark och där konstaterades vid en workshop om samhällsdiagnoser/profiler 1987 att under de närmaste åren är det viktigt att vidareutveckla den behovsbaserade planeringen för bättre hälsa. Som ett led i detta arbete krävs en öppenhet för olika fackliga och teoretiska ansatser för beskrivning av samhällsdiagnosen (3). En sådan ansats utifrån ett samhällsvetenskapligt perspektiv är Lindéns beskrivning av Olofströms kommun (17). Ett annat exempel med en teoretisk och praktisk utveckling anvisas av Jacobson med användning av etnologiska metoder för beskrivning av 'livsmönster' vilka utgör både hot och möjligheter för en bättre folkhälsa (13).

Internationellt har Green et al samlat erfarenheter och teoretiskt mest systematiskt utvecklat den diagnostiska ansatsen för förebyggande arbete (6). Han har beskrivit behovet av en social-, en epidemiologisk-, en beteendemässig och utbildningsdiagnos för lokalsamhället man avser arbeta inom. Green utvecklar också en teoretisk ram som behövs för att knyta ihop de olika diagnoserna med metoder och strategier för förändringsarbete. Green kallar ramen PRECEDE som är en acronym för 'predisposing, reinforcing, and enabling causes in educational diagnosis and evaluation'. Den beteendemässiga diagnosen är synonym med hälsoriskprofilen och stryker under vikten av att analysera de risker som ligger i såväl levnadsvanor som de som finns i miljön.

Det väsentligaste bidraget är den analys som Green gör av predisponerande, stödjande och förstärkande faktorer som bestämmer hälsoriskprofilen för levnadsvanor. Kunskaperna om dessa faktorer bestämmer de metoder som bör väljas för hälsoarbetet. Ett annat bidrag är inventeringen av vilka organisationer som finns i lokalsamhället och som kan bli viktiga aktörer i både analysfasen och genomförandet av ett hälsoprogram.

Analys och genomförande av förebyggande insatser i samhällsdiagnosprocessen, baseras på de erfarenheter som erhållits från hälsoupplysningsprogram på samhällsnivå för de stora folkhälsoproblemen som hjärt- och kärlsjukdomar, cancer och olycksfall (10). Dessa program har legat till grund för en systematisering av hälsoprogram i fem steg:

1. Samhällsanalys som avser ge en förståelse för samhällets behov, resurser, sociala struktur, normer och värderingar.
2. Studieuppläggning och initiering av programarbete med utveckling av ett lokalt organisatoriskt nätverk och målformulering.
3. Genomförande med beskrivning av teorier och metoder som skall användas i interventionen.
4. Metoder för att tillskapa ett bestående program i olika miljöer.
5. Utvärdering med hjälp av både kvantitativa och kvalitativa metoder för att kunna analysera det som är programspecifika såväl som generella lärdomar (1).

Den andra frågeställningen är betydelsen av att *räkna med människors egenförmåga* till förändring. Vem skall bestämma vilka som är de viktigaste hälso-problemen och vilka organisationer som skall medverka i förändring till bättre hälsa? Detta diskuteras av Granvik i termer av makt (5). Vilken roll skall primärhälsovårdens, socialtjänstens och de samhällsmedicinska funktionernas företrädare ha (20)? 'Community self diagnos'- begreppet är en viktig utgångspunkt om människors egen förmåga tas på allvar. Detta perspektiv användes som utgångspunkt för två av temanumrets artiklar, dels i Skarborgsprojektet om lösningsmedelsskador och dels i Norsjöprojektet i Västerbotten. Traditionen har i svenskt samhälle kanske bäst formulerats som "Gräv där du står" av Sven Lindqvist (18).

Deltagarperspektivet är nära förbundet med demokratibegreppet, som ständigt måste återerövas på olika nivåer (14). Demokratiutredningen är kanske idag förlagd men var en viktig byggsten under 80-talet för diskussioner om kommunal delaktighet. Erfarenheter från t. ex. Norsjöprojektet visar vägen i folkhälsoarbetet och illustrerar hur det kan se ut med ett starkt folkligt deltagande på lokal nivå. Den nya svenska modellen utgör en syntes av den representativa och deltagande demokratin (22, s 176). Med en representativ nivå, som ger organisatoriska möjligheter och tar ansvaret för en solidarisk finansiering och fördelning av resurser, allt efter de skillnader som samhällsdiagnoser visar, och en lokal nivå med stärkt inflytande som utgår från befolkningens egna behov och intressen, efter den deltagande demokratis principer.

Den tredje frågeställningen gäller villkor för och inriktning av *forskning i folkhälsoarbete*. Hitintills har utvecklingen av utvärdering av preventivt och hälsofrämjande arbete varit mycket långsam, inte bara i Sverige (19). Det finns ett komplext orsaksmönster bakom detta. Forskningsfrågeställningarna är av *tvärfacklig karaktär*, med tyngdpunkt i kvalitativa, *formativa* och processinriktade metoder. Aktionsforskning, fallstudier och demonstrationsprojekt är redskap i sådan forskning. Den betraktas av majoriteten av dagens forskare som icke vetenskaplig, delvis till följd av brist på kunskap. Resultatet blir att forskningsansökningar som baseras på tvärfacklig vetenskaplig kunskap till svenska forskningsfonder, som tex Medicinska forskningsrådet och Delegationen för social forskning, avslås. Denna erfarenhet är internationell och som en följd har företrädare för folkhälsovetenskap under 1980-talet krävt en ny forskningsfond i folkhälsovetenskap. Sådana fonder har under samma tidsperiod medfört ett uppsving för denna forskning i tex Finland och Canada (11).

Under 1980-talet har det kommit flera läroböcker som beskriver teorier och metoder för utvärdering av prevention och hälsofrämjande arbete (2, 6, 15). Utmaningen inför 90-talet inom området är att besvara frågor som ger förståelse av hur förändring äger rum. Varför lyckas förändringsarbete i viss miljö? Vilka erfarenheter kan upprepas på många platser? Hur kan metoder för förändringsarbete göras ännu effektivare?

Samhällsdiagnosetik har således utvecklats som ett viktigt instrument i folkhälsoarbetet. Men för att beskrivningen av befolkningen och dess livsvillkor skall kunna användas som en katalysator i förändringsarbetet måste arbetet byggas på människors egenförmåga och aktiva deltagande. Denna strategi för bättre hälsa är ett viktigt inslag i WHO's mål för att nå hälsa för alla till år 2000. För svensk del finns praktiska exempel från mindre kommuner, som i princip kan tillämpas i en rad kommuner runt om i landet. En utmaning inför 90-talet är att översätta erfarenheterna till större kommuner och storstäder i forskningsprogram där förutsättningarna för förändringsarbete i stadsmiljö klarlägges.

REFERENSER

1. *Bracht N.B* (Ed). Organizing for community health promotion: A handbook. Book to be published in Sage Publication Series, 1990.
2. *Dignan M.B*. Measurement and evaluation of health education. Second edition. Springfield Illinois: Charles C Thomas Publisher, 1989.
3. Forebyggelserådet. Sundhedsprofiler. Rapport far en workshop. Köpenhamn, Forebyggelserådet, 1988.
4. *Gideon H*. Making the Community Diagnosis – the point of Departure for Community Health Programmes. *Contact* 1977; nr 40:91–96.
5. *Granvik M*. artikel i detta nummer
6. *Green L.W. Kreuter M.W. Deeds S.G. Partridge K.B*. Health Education Planning. A diagnostic approach. Palo Alto: Mayfield Publishing Company, 1980.
7. *Green L.W. and Lewis F.M*. Measurement and evaluation in health education and health promotion. Palo Alto: Mayfield Publishing Company, California, 1986.
8. *Haglund B.J.A*. Community diagnosis and prevention. Stockholm. Almqvist & Wiksell International, 1985 (Thesis).
9. *Haglund BJA Isacsson S-O*. Hälsoprofil Skaraborg 1977. Projektplan. Skövde: Landstingets hälsovård, Skaraborgs läns landsting, 1978.
10. *Haglund B.J.A and Tillgren P*. (Eds). Community Intervention Strategies. Sundbyberg: Karolinska Institute, Department of Social Medicine, 1988.
11. *Haglund B.J.A. and Tillgren P*. Hälsopolitisk Forskning. Ett referat från konferensen: Research for Public Healthy Policy in Auckland. Nya Zealand 13–14 april 1988. Sundbyberg : Karolinska Institutet, Institutionen för Socialmedicin, (Röd rapport nr 187), 1988.
13. *Jacobsen E.T*. Nansensgadekvarteret under lup, grundlaget for en sundhedsprofil. Köpenhamn: Dansk Sygeshus Institut, DSI-rapport 89.03, 1989.
14. *Johansson B K Å*. Vi måste tänka om, 90 talet kräver en ny folkhemsmo­dell. Dagens Nyheter, DN debatt, 2 jan 1990.
15. *King J.A., Morris L.L. and Fitz-Gibbon C.T*. How to assess program implementation. London: Sage publications 1986.
16. *King M*. Medical care in the developing countries. A symposium from Makerere. Nairobi: Oxford University Press, 1966.
17. *Lindén A-L*. Samhälle, befolkning och vårdutnyttjande i en industrikommun. Dalby: Lunds Universitet, Centrum för Samhällsmedicin, Vårdcentralen, 1989.
18. *Lindqvist S*. Gräv där du står. Hur man utforskar ett jobb. Stockholm: Bonniers 1978.
19. *Nutbeam D, Smith C, Catford J*. Evaluation in health education. A review of progress, possibilities and problems. submitted for publication 1990.
20. *Oakley P*. Community involvement in health development. An examination of the critical issues. Geneva: World Health Organization, 1989.
21. *Persson G*. Enkät om kommundiagnoser, kommunprofiler, folkhälsorapporter m.m. Stockholm: Spri, projekt pm, 1989.
22. *Svanström L, Haglund BJA*. Att förebygga – samhällsmedicin i praktiken. Lund: Studentlitteratur, 1987.
23. *Swedner H*. Forskning i socialt arbete. Nordisk socialt arbeid 1983;3:7–20.

Bo J A Haglund

Gästredaktör för detta temanummer är Bo J A Haglund, docent vid Karolinska Institutet, Institutionen för Socialmedicin, Kronan, Sundbyberg och tillika biträdande hälso­vårdsöverläkare och chef för landstingets hälsovårdsenhet i Stockholms län.