

# **Att tänka och arbeta hälsofrämjande**

## **Teoretisk referensram och vägledande modeller**



VÄSTRA  
GÖTALANDSREGIONEN  
FOLKHÄLSOKOMMITTÉN

**JANUARI 2010**

## FÖRORD

Folkhälsoarbete är ett långsiktigt arbete för att stärka och utveckla livsvillkor som främjar hälsa och förebygger ohälsa. Arbetet grundar sig på kunskap om befolkningens hälsa och om sambanden mellan samhällets utformning och folkhälsa. Folkhälsoperspektivet måste därför finnas med i alla delar av samhällsplaneringen.

I Västra Götalandsregionens budget 2007 ”Det goda livet i Västra Götaland” gavs Folkhälsokommittén i uppdrag att ”verka för att tillsammans med andra bilda hälsofrämjande nätverk”. En god hälsa är ett strategiskt område för utveckling enligt Vision Västra Götaland där hälso- och sjukvården och regionutvecklingsområdet har ett gemensamt ansvar. Regionens folkhälsoarbete måste därför ses i ett brett perspektiv, där kompetensen i sjukvården tas tillvara och kombineras med erfarenheter och kunskaper från arbetet med regional utveckling, kultur, utbildning och miljö. Detta förutsätter ett mer utvecklat samarbete mellan regionens olika verksamheter. I budgeten betonas också att Folkhälsokommittén har ett särskilt ansvar att ta tillvara och sammanföra regionens olika kompetenser för ett framgångsrikt arbete för att stärka hälsan. Då målsättningen med budgetuppdraget är att etablera tvärssektoriella nätverk är det centralt att göra begrepp och nyckelord tillgängliga och hanterbara för många olika vetenskapliga inriktningar och professioner.

Som ett led i det arbetet har Högskolan Väst getts uppdraget att definiera begreppet hälsofrämjande utifrån såväl teoretisk som praktisk utgångspunkt. Det ska också vara möjligt att följa begreppets framväxt och hur det utvecklats. Uppdraget har utmynnat i följande dokument: ”Att tänka och arbeta hälsofrämjande. Teoretisk referensram och vägledande modeller”. Resultatet har vuxit fram i en process där dialog och möten mellan representanter från Västra Götalandsregionen och Högskolan Väst har utgjort väsentliga inslag.

Involverade i denna process från Högskolan Väst har varit lärare och forskare som är knutna till Hälsovetarprogrammet. Dessa har varit Emmie Wallin, Jan Winroth, Nils Söderman, Lena Nilsson, Leena Eklund och Mona Wallin.

Rapporter framtagna inom uppdraget att ”verka för att tillsammans med andra bilda hälsofrämjande nätverk” är, förutom föreliggande rapport, ”Regionala hälsofrämjande nätverk – En processutvärdering”, Kfi – Kommunforskning i Västsverige, ”Att tänka och arbeta hälsofrämjande – Teoretisk referensram och vägledande modeller”, Högskolan Väst. Dessa tre rapporter bildar tillsammans kunskapsunderlaget för ”Guide för arbete i hälsofrämjande nätverk”. Syftet med guiden är att den ska vara ett lättillgängligt material och fungera som stöd i arbetet att bilda eller delta i hälsofrämjande nätverk.

Johan Jonsson  
Folkhälsochef

## INNEHÅLLSFÖRTECKNING

Hälsopromotion som ”disciplin” .....	1
Hälsofrämjande som begrepp och ansats .....	3
Salutogenes.....	4
Empowerment .....	4
Delaktighet .....	5
Holistiskt angreppsätt.....	5
Sammanfattande kommentar.....	6
Hälsofrämjande arbete i praktiken .....	7
Hälsans determinanter – Vad påverkar hälsan .....	7
Tvärsektoriellt arbete och samverkan .....	9
Processinriktat förändringsarbete - Arbetsmodeller.....	10
Om att arbeta med förändring .....	12
Teori om förändringsarbete.....	12
Om lärande .....	13
Referenser.....	17
Bilaga 1. Folkhälsoutmaningar relaterade till hälsans determinanter	

## Att tänka och arbeta hälsofrämjande

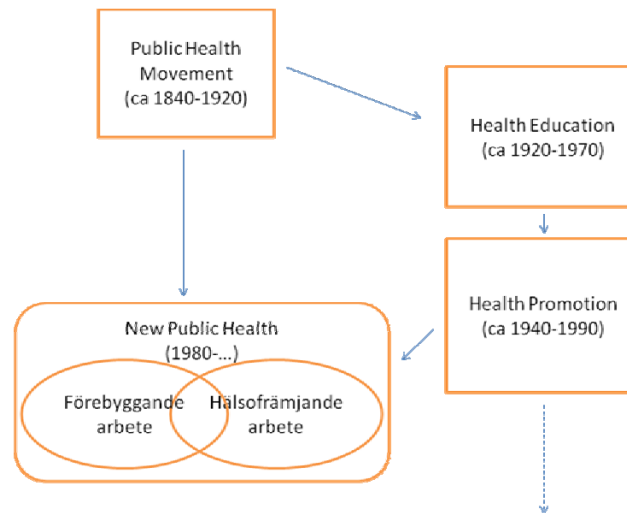
### Teoretisk referensram och vägledande modeller

Vad menas med hälsofrämjande? Vad menas med att arbeta hälsofrämjande? Dessa båda frågor utgör utgångspunkten för detta dokument. Dokumentet syftar till att ge en idémässig och teoretisk utgångspunkt för att kunna arbeta hälsofrämjande på ett medvetet sätt. Den tänkta målgruppen för dokumentet är personer som på något sätt har en koordinerande roll eller annan form av ansvar för att driva ett hälsoinriktat arbete utifrån denna idé. Insatser som på olika sätt har främjat hälsan har funnits i alla tider. Två grundförutsättningar för att på ett medvetet sätt arbeta med denna inriktning är att dels definiera hälsa och dels vara medveten om hälsans determinanter. Utifrån detta skapas en medvetenhet om vilka insatser som bidrar till bättre hälsa. Ett mer explicit sätt att tänka och arbeta utifrån denna inriktning har utvecklats i och med det hälsopromotiva synsättet framväxt från mitten av 80 talet (Ottawa Charter 1986). Vi börjar därför med att ge en övergripande beskrivning av detta perspektiv innan vi mer nyanserat tar upp andra viktiga delar i en teoretisk referensram som kan vara vägledande i ett hälsofrämjande arbete.

### HÄLSOPROMOTION SOM "DISCIPLIN"

Health promotion har sitt ursprung i det befolkningsorienterade arbetet för att förhindra spridning av sjukdomsepidemier under 1800-talet (Naidoo och Wills, 2000). Insatserna inriktades på att främst förbättra den sanitära situationen och utgick ifrån de många risker som fanns i dåtidens samhälle (se figur 1, Public Health). Det handlade till en början om strukturella förändringar genom exempelvis säkrandet av rent vatten, men kom även att inkludera insatser mot individer och grupper för att utbilda dem i sanitet och hur de kunde skydda sig mot dåtidens största sjukdomar. Arbetet var främst riktat på förebyggande insatser men allt eftersom mönstren i sjuklighet och dödlighet förändrades flyttades fokus från sjukdom till individuellt beteende. Denna förskjutning innebar att beteenden och attityder till hälsa och ohälsa sattes i centrum för insatserna. Insatserna skedde främst i form av bland annat utbildningskampanjer och reklamkampanjer och sammanfattades under beteckningen "health education" (se figur 1). Health education gick från att till en början fokusera på hälsa ur ett medicinskt perspektiv mot att fokusera på upplysning kring vikten av en hälsosam livsstil och goda levnadsvanor som skulle ge en bättre hälsa. Den senare inriktningen av health education kan till viss del motsvaras av det vi på svenska kallar friskvård. Under mitten av 1900-talet växte dock en "ny" inriktning fram (health promotion) som en motpol till den ökade medikaliseringen av hälsofrågorna samt att folkhälsofrågorna och de mer individrelaterade hälsofrågorna allt mer frikopplades från varandra (Bunton & Macdonald, 1995; 2002). Med detta kom hälsa att inte enbart anses påverkas av biologiska faktorer och beteenden utan även av sociala faktorer i omgivningen. Ett nyckeldokument i detta skifte var Lalonde-rapporten som kom 1974 och bl.a. framhöll att hälsan påverkas av såväl biologiska faktorer som livsstil, miljö och hälso- och sjukvården. Detta dokument lade också grunden för framväxten av New Public Health. New Public Health breddar health promotion ytterligare genom att inkludera ojämlikhetsaspekten till hälsoarbete, vilket lyftes fram i den första

världskonferensen anordnad av WHO i Alma Ata 1978 genom ”hälsa för all”. New public health inkluderar således båda de tidigare formerna av förebyggande arbete på befolkningsnivå (public health) och de mer livsstilsbetonade insatserna på individnivå (health education) samt för in dimensioner kring jämlikhet och hälsans påverkan av såväl biologiska faktorer som faktorer i omgivningen.



**Figur 1.** Framväxten av health promotion efter Bunton och Macdonald (1992)

Health promotion och new public health lever nu kvar som två begrepp för liknande arbete. Detta kan ibland leda till missförstånd då vissa tar för givet att hälsopromotion utgår från det salutogena eller hälsöfrämjande synsättet medan andra på samma sätt tar för givet att det handlar både om förebyggande och främjande strategier (new public health). Ser vi till stora delar av den internationella litteraturen kring health promotion så inkluderar den såväl det vi skulle kalla mer folkhälsovetenskapliga insatser, med betoning på förebyggande utifrån en epidemiologisk grund, som mer hälsöfrämjande insatser utifrån ett främjande perspektiv med betoning på resurser och salutogenes.

Det främjande perspektivet kallas idag hälsöfrämjande arbete eller hälsopromotion och framhäver den positiva sidan av hälsobegreppet (den salutogena idén) samt individen satt i sammanhang där strukturella och individrelaterade frågor bör ses som en helhet. Då hälsopromotionen växte fram utifrån Public Health och Health Education blir det naturligt att teoretiska utgångspunkter och forskningstraditioner inom såväl folkhälsovetenskap som pedagogik bidrar till kunskapsområdet ifråga. I likhet med hälsopromotion är båda dessa kunskapsområden tvär/multidisciplinära och viktiga delar till den hälsopromotiva diskursen hämtas från t.ex. sociologi, psykologi, fysiologi, socialpsykologi, hälsoekonomi, personalekonomi, statsvetenskap, och arbetsvetenskap. Samtliga av dessa ämnen bidrar därmed till de huvudteman som en utbildning i hälsopromotion byggs upp kring, nämligen *hälsa, hälsopromotion som idé och praktik samt lärande, förändringsarbete och utvärderingsfrågor.*

Ottawa Charter (1986) utgör en milstolpe när det gäller hälsopromotion och förtydligar övergången från health education och public health till health promotion. Inledningen lyder som följer: *"Health promotion is the process of enabling people to increase control over, and to improve, their health ..."* (s, 5). Enligt Ottawa Charter omfattar hälsopromotion fem viktiga element: att bygga upp hälsofokuserad samhällspolitik, utforma stödjande miljöer, förstärka community action, utveckla individuella förmågor samt reorientera hälso- och sjukvårdssystemet. Centralt i Ottawa Charters hälso-promotionsdefinition är behovet att ändra maktrelationer mellan hälso- sjukvårdsexperter och medborgare. Nyckelordet här är "enabling" alltså möjliggörandet. Idén enligt Ottawa Charter är att individerna själva, istället för institutioner/organisationer eller hälso- och sjukvårdspersonal, skall öka sitt inflytande i frågor som rör hälsa (både på det individuella och det strukturella planet).

## HÄLSOFRÄMJANDE SOM BEGREPP OCH ANSATS

Hälsofrämjande arbete är ett omdiskuterat begrepp med ett flertal olika definitioner. I detta dokument används begreppet hälsopromotion med definitionen *"Hälsopromotion är den process som möjliggör för individer, grupper, organisationer och samhällen att öka kontrollen över de faktorer som påverkar hälsan och därigenom förbättra den"* (utarbetad vid 2:nd Nordic Health Promotion Research Conference in Stockholm, Hässelby, 1998). Denna definition används i kombination med Green & Kreuters syn på hälsopromotivt arbete, vilken betonar vikten av utbildningsmässigt och miljömässigt stöd för handlingar och miljöer för att främja hälsa:

*"Health promotion is the combination of education and environmental support for actions and conditions of living conducive to health. The action or behaviour in question may be those of individuals, groups or communities; of policy makers, employers, teachers, or others whose action control or influence the determinants of health. The purpose of health promotion is to enable to gain greater control over the determinants of their own health"* (Green & Kreuter, 1999, s 14).

Inom hälsopromotion utgör det salutogena paradigmet utgångspunkten för tanke och handling. Individen i en kontext blir viktig (arenaperspektivet – den ekologiska utgångspunkten) vilket gör att komplexiteten i vad som påverkar hälsan ökar och därmed även svårigheterna i att säga vad som skulle vara "best practice". Idén bygger i stället på att de som är berörda själva medverkar i såväl beskrivning av nuläget och vad man vill uppnå (participation). I detta avsnitt presenteras de centrala beståndsdelarna i vad som kännetecknar hälsofrämjande arbete.

## Salutogenes

Salutogenes är ett av nyckelbegreppen i hälsopromotion och betyder ”Hälsans ursprung”. Begreppet innebär att den positiva innebörden av begreppet hälsa utgör utgångspunkten för tanken och inte sjukdom och ohälsa, vilket är fallet om vi tar vår utgångspunkt i patogenes (Antonovsky...).

*”The salutogenic orientation is not concerned primarily how people reach perfect health – at best, a heuristic notion – but rather understanding the factors involved in remaining at a given point or moving up the breakdown continuum, where one is located on it a given point in time” (Antonovsky, 1979, s 67).*

Starkt förenklat speglar frågor som berör hur människor bibehåller eller t o m förbättrar hälsan ett salutogent perspektiv. Det handlar i grunden om att utgå från vad som bidrar till att hälsan vidmakthålls och vad som främjar hälsa. Människans generella motståndsresurser och känsla av sammanhang är avgörande faktorer i den salutogena ansatsen. Kontinuumtänkande med polerna hälsa respektive ohälsa är likaledes centralt, som det uttrycks i ovanstående definition. Detta synsätt står i kontrast till patogen uppfattning om sjukdom och ohälsa, riskfaktorer och preventionsstrategier för att minska risk att utveckla sjukdom och annan ohälsa. Antonovsky såg det patogena perspektivet som komplementärt till det salutogena och menade att såväl strukturella som individuella faktorer utgör bestämningsfaktorer för hälsan. Att förstå samspelet mellan individens egna resurser och hennes livsvillkor (dvs helheten), utgör därmed en viktig utgångspunkt för hälsopromotion på salutogen grund. Vidare är även kontext och historik centrala aspekter för att kunna identifiera och beskriva det nuvarande hälsoläget samt för att kunna påverka hälsan positivt.

## Empowerment

Ett annat centralt begrepp i den salutogena ansatsen som väl ansluter till Ottawa Charters tankar är empowerment. Empowerment ses som en process för att ”möjliggöra människor att ta mer kontroll över sitt liv” (Rappaport, 1984; Eklund, 1999). Empowerment utvecklas genom utbildning och lärande där de berörda är aktiva deltagare samt genom organisatoriskt, ekonomiskt och strukturellt stöd för att skapa handlingsutrymme och möjliggöra. Enligt Laverack (2004) är empowerment the heart of the ‘new’ health promotion, and power is the core of empowerment (a.a. s 33). Empowerment har till och med kommit att utvecklas till en huvudprincip inom det hälsopromotiva arbetet. Rootman (1997) m fl har föreslagit att det primära kriteriet för att en folkhälsoinsats ska kunna benämnas som promotiv är att den innefattar processer som skapar empowerment.

För att kunna studera och arbeta med maktförhållanden, vilket empowerment syftar till, utvecklar Laverack (2004) också ett resonemang kring olika former av social “power”. Den första formen benämner han ”power-from-within” som handlar om inre styrka och om integritet. Den andra formen handlar om att ha makt över andra – ”power-over” – och den

tredje formen kallar han ”power-with” som mer handlar om att genom samverkan, nätverksarbete och liknade kan öka möjligheten att påverka.

### **Delaktighet**

Delaktighet är ett annat mycket centralt begrepp i hälsopromotivt arbete som även det framhålls i Ottawa charter. Att skapa delaktighet handlar till stor del om att utveckla aktivt deltagande aktörer i det hälsopromotiva arbete som avses. En nyckelaspekt i detta är i många fall att de som involveras ser en vinst eller tror på idén eller målsättningen för frågan. Delaktighet kan ske i olika former och grader, där det kan handla om att vara en del av ett planerings- och genomförandearbete eller att vara delaktig som en deltagare i en målgrupp för exempelvis ett hälsofrämjande arbete. Graden kan sedan handla om att vara mycket pådrivande till att vara ganska passiv.

Delaktighet handlar också om känslan av att kunna påverka och ha inflytande över olika beslut, något som då indirekt kräver att det finns en kunskap kring vem som har makt över frågorna och vilka som är berörda. Det kan vara samma personer men mycket ofta är detta inte fallet. För att utifrån denna kunskap kunna skapa delaktighet och inflytande kan olika arbetsätt användas. Principiellt kan man skilja på ett ”Top-down”- och ett ”Bottom-up”-perspektiv där det första tenderar att ha ett expertfokus med kvantitativa data och ohälsa som utgångspunkt medan det senare bygger på de berördas egen analys av nuläget och också hur de vill arbeta vidare utifrån detta läge. Laverack (2004) hävdar att det krävs en balanserad mix mellan dessa två sätt att arbeta och om bottom-up ansatsen skriver han: *”In bottom-up programming the outside agents act to support the community in the identification of issues which are important and relevant to their lives, and to enable them to develop strategies to resolve these issues”* (a.a. s 14).

Delaktighet kan betraktas ur ett mer individbaserat perspektiv eller ur ett mer grupp/befolkningsinriktat perspektiv. Det senare brukar gå under namnet community participation och poängterar lokalsamhällets betydelse för förbättrad folkhälsa samt att medborgare, samhällsgrupper och eller samhället deltar aktivt i samhälleliga beslutsprocesser. Delaktighet är en förutsättning för att makt ska kunna fördelas mellan olika grupper, men måste samtidigt sättas i relation till sammanhanget och ta hänsyn till konkreta frågor och problem. Ett annat problem för organisationer och folkhälsoarbetare är att skapa möjligheter för människor att delta. I vissa situationer är det tillräckligt med information och samråd, i andra är principen om exempelvis partnerskap och grannskapsarbete väsentlig.

### **Holistiskt angreppssätt**

Hälsopromotivt arbete innebär även att fokus i arbetet ligger på helheten snarare än en specifik del. Den grundläggande idén är således att helheten är mer än summan av delarna. Idén ligger i linje med det systemteoretiska synsättet, nämligen att tydliggöra vilken helhet som avses samt vilka delar som ingår i denna helhet. Det systemteoretiska synsättet blir tydligt genom att ett ekologiskt perspektiv anläggs. Med ekologiskt perspektiv avses det

faktum att allt hänger ihop och att delar påverkar och påverkas (interagerar) i en ständigt pågående process. I praktisk handling innebär det holistiska synsättet att den fråga som är i fokus för det hälsofrämjande arbetet utvecklas i ett större sammanhang och ses i ett längre tidsperspektiv.

Systemteorin, vilken ger ramverket för det holistiska angreppssättet, bygger på att ett system (som en arbetsplats eller ett lokalsamhälle) analyseras utifrån vilka nivåer som finns samt vilka delar systemet består i. Detta system kan sedan analyseras vidare utifrån vilka maktstrukturer som finns, var insatsen ska genomföras, vilka delar som är av central betydelse för genomförandet samt interaktionen mellan olika delar i systemet och mellan systemet och dess omgivning.

Med hjälp av systemtänkandet identifieras om en fråga primärt handlar om samhälls-, organisations-, grupp- eller individnivå. Med detta följer att möjligheten att påverka är avgjort mycket mer begränsat för den enskilde individen när det gäller att arbeta för att påverka livsvillkoren jämfört om vi vill förändra levnadsvanor. På samhällsnivå handlar det oftast om samverkan mellan ett flertal aktörer som var och en har sitt intresse och ansvar för en viss fråga. Perspektivet på frågan kan vara miljömässig, ekonomisk och social för att nämna några vilket gör att det inte sällan uppstår mål och intressekonflikter. Här blir makperspektivet avgörande. Vem har makt eller mandat att fatta det avgörande beslutet och vem har makt eller mandat att verkställa detta?

### **Sammanfattande kommentar**

Om vi sammanfattar hälsofrämjande som begrepp och ansats i relation till tanke och handling så skulle följande struktur kunna vara vägledande, figur 2. Figuren utgör exempel på centrala begrepp och ansatser där vi i detta dokument valt att lyfta fram de vi menar har mest förklaringsvärde. Några av dessa har presenterats under detta avsnitt och övriga kommer beröras senare i dokumentet.

#### **Värdemässiga utgångspunkter**

- Salutogenes
- Holistiskt angreppssätt
- Möjliggöra på olika nivåer

#### **Principer för genomförande**

- Delaktighet
- Arenainriktat arbete
- Processinriktat arbete

#### **Resultat**

- Empowerment
- KASAM<sup>1</sup>
- Förbättrad hälsa

**Figur 2.** Hälsofrämjande som begrepp och ansats i förhållande till tanke och handling.

---

<sup>1</sup> KASAM står för känsla av sammanhang och är en central beståndsdel i Antonovskys teorier kring hälsa och salutogenes.

## HÄLSOFRÄMJANDE ARBETE I PRAKTIKEN

Utifrån våra visioner, våra målbilder och mål skall vi nu försöka omsätta dessa till handling. Om vi utgår från ett promotivt och salutogent synsätt som grund för vårt arbete så måste vårt arbetssätt ligga i linje med dessa värderingar. Nedan följer en kortfattad teoretisk referensram för gå från ord till handling där vi också presenterar ett antal modeller som kan utgöra ett stöd i arbetet. Hälsöfrämjande arbete förutsätter, som vi nämnde i inledningen, att man har definierat hälsa. Eftersom hälsa kan definieras på olika sätt väljer vi här ut endast en definition som vi ofta använder: ”*Hälsa är att må bra och att ha tillräckligt med resurser för att klara vardagens krav och för att kunna förverkliga personliga mål.*” Centrala begrepp i denna definition är välbefinnande och funktionsförmåga. Klinisk status, som kan vara en annan viktig dimension i vissa definitioner, finns således inte i denna definition. (För vidare diskussion kring hälsobegreppet och sjukdomsbegreppet se Brülde & Tengland, 2003). Ovanstående definition kan tolkas olika beroende på val av systemnivå, för ett hälsöfrämjande arbete på samhällsnivå innebär definitionen att det inom samhället, den avsedda befolkningsgruppen, arbetsplatsen och så vidare bör finnas tillräckligt med resurser för befolkningen så att de har möjligheter att klara vardagens krav och förverkliga mål. Samtidigt tillkommer även dimensionen om att ha möjligheter att kunna använda och ta till sig dessa resurser, något som health education och lärandeprocesser som presenteras nedan skapar möjligheter för.

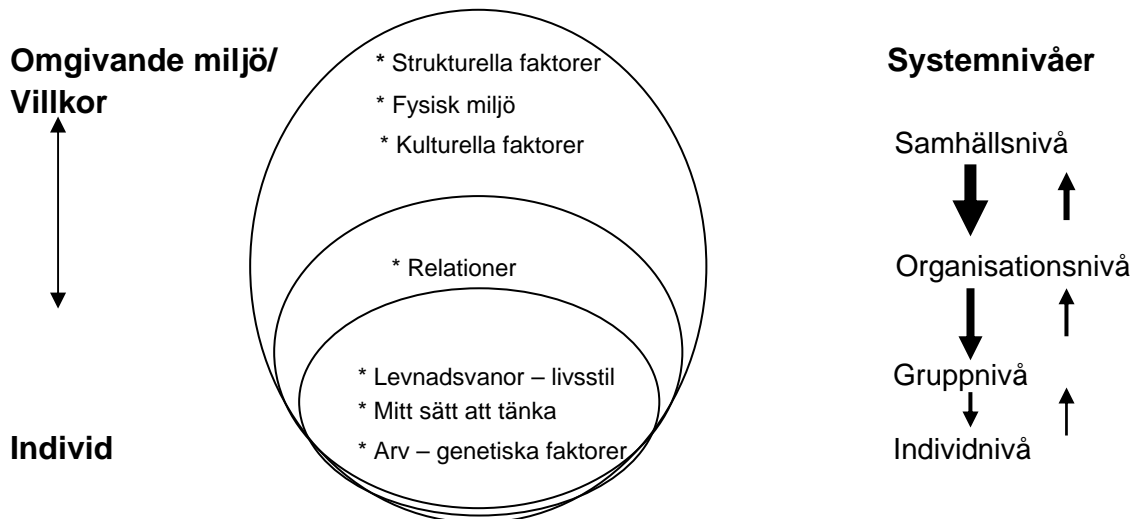
### **Hälsans determinanter – Vad påverkar hälsan**

Utbildningsnivå, status, vårt sociala nätverk, kosten och skrattet påverkar vår hälsa. Faktorerna är oändligt många, vilket gör frågeställningen både spännande och svår. Men för att kunna arbeta med hälsa och då hälsöfrämjande arbete krävs en förståelse för de faktorer som påverkar hälsan samt hur de tillsammans bidrar till att öka eller minska hälsan.

Under 1970-talet diskuterade den kanadensiske hälsovårdsministern Marc Lalonde hälso- och sjukvårdens överskattade effektivitet att påverka befolkningens hälsa i förhållande till andra faktorer som livsstil, omgivande miljö och arv. Flera studier har försökt storleksbestämma de olika hälsofältens betydelse för en betydande del av den totala dödligheten. En sammanfattande bild av dessa studiers bedömningar är att livsstilens betydelse är ungefär 45 %, den omgivande miljös är 25 %, arvet 20 % och hälso- och sjukvårdens betydelse är 10 % (skattade siffror på totaldödligheten) (Dever 1976, Tones & Tillford 2001).

Utifrån Lalondes (1974) formulering kring vad som påverkade hälsan (omgivande miljö, levnadsvanor – livsstil samt arv – genetiska faktorer) har en rad olika modeller för att förtydliga och specificera dessa dimensioner utvecklats. En av dessa modeller (figur 3) visar hälsansbestämningsfaktorer utifrån fem grupper; Villkor, Relationer, Livsstil – levnadsvanor, Mitt sätt att tänka och Arv – genetiska faktorer. Modellen åskådliggör även påverkan på olika nivåer och genom olika strukturer och gör det också möjligt att förstå begreppet ”causes of causes”, dvs att vi behöver flytta intresset från högt plasmakolesterol och högt blodtryck, som vi vet har betydelse för hjärt- kärlsjuklighet och dödlighet, via matvanornas betydelse, till

vilken mat som är tillgänglig och vi anser oss ha råd med i det sociala, kulturella och andra sammanhang vi lever i (Marmot & Wilkinson 2006). Vi vet exempelvis, att rökning är en riskfaktor för prematur död i hjärtinfarkt. Detta betyder följdaktligen, att vi också måste förstå de sociala bestämningsfaktorerna för rökning. Vi måste också förstå dem i termer av den sociala gradientens –, eller med en annan benämning, sociala positionens betydelse. I de rika länderna gäller, att ju lägre social position en individ har desto mer röker han/hon. (Marmot i Statussyndromet se även nedan).



**Figur 3.** Vad som påverkar hälsa (Winroth och Rydqvist, 2008)

Med *Villkor* avses omgivande miljö det vill säga alla faktorer som finns i omgivningen från närmiljö med familjeförhållanden och boendemiljö till samhällsvillkor, arbetsvillkor och livsvillkor. Det innebär således även de olika faktorer som finns i omgivningen beroende på ålder (skolan, arbetet eller äldrevården) men även till följd av olika intressen och utbud av aktiviteter på orten (närhet till natur, idrottsföreningar, kultur osv). Även miljön och naturen inkluderas i denna kategori.

*Relationer* har givits en egen rubrik i modellen då de utgör en av de viktigaste faktorerna för hälsa. "Din position i den sociala hierarkin är intimt förknippad med din livslängd och med risken att bli sjuk" (Marmot, 2006, s 11). Bra relationer ger trygghet, bekräftelse, tillit, stöd och gemenskap en god grund för hälsa, medan ensamhet, isolering och mobbning ganska snart leder till ohälsa. Hälsan följer en social gradient eller med andra ord hur du relaterar dig till andra, där graden av kontroll och deltagande är central. Nära vänner och bra arbetskamrater utgör med andra ord en viktig grund för en bra hälsa. Detta är den variabel som, sett ur ett tidsperspektiv, kan påverka välbefinnandet dramatiskt på mycket kort tid.

*Levnadsvanor* är av avgörande betydelse för den inre miljön. Viktiga faktorer som kan föras in under levnadsvanor är mat, motion, sömn och "droger" (såväl tobak och alkohol som narkotika, läkemedelsmissbruk och spel). När det gäller levnadsvanor är det något som i alla högsta grad går att påverka och som spelar en avgörande betydelse för den kroppsliga hälsan. Levnadsvanorna kan i sin tur ses som en del av livsstilen. *Livsstilen* kan ses som en syntes av livsvillkor och levnadsvanor där livsvillkoren bestäms av boende, inkomst, yrke, utbildning

och klass och där levnadsvanorna bestäms av kunskaper, inställning och övertygelser kring vilken betydelse sömn, motion, kost, rökning och alkohol har för den egna hälsan.

Om levnadsvanorna fokuserar den kroppsliga hälsan fokuserar *mitt sätt att tänka* den psykiska hälsan. Hur vi tänker har i stor utsträckning påverkats av vår uppväxt där olika form av värderingar har utvecklats, där en dimension är självbild och självkänsla. Andra faktorer som påverkar mitt sätt att tänka är kunskaper, erfarenheter och känslolägen (glad, ledsen, arg, stressad ...). Psykologiska upplevelser (mitt sätt att tänka) av ojämlikhet och orättvisa har genomgripande effekter på kroppen och skriver att ”diskrepans mellan ansträngning och belöning är psykiskt förödande” (Marmot, 2006, s 35).

Hälsan påverkas även av *arv och genetiska faktorer*. Människans utveckling pågår under hela livet och utvecklingen sker genom ständig interaktion mellan individ och omgivning. Men samtidigt har varje människa en uppsättning gener som till viss mån styr hälsoutvecklingen hos individen. Viktigt att konstatera är dock att alla kan utvecklas utifrån sina förutsättningar, där tid och förmåga kan utgöra begränsande faktorer.

Dessa faktorer har på olika sätt integrerats i arbetet med hälsa på global, nationell, regional och lokal nivå. På nationell nivå i Sverige har dessa faktorer fungerat som utgångspunkt för utformning av det nationella målet och dess målområden. Olika regioner och landsting ( däribland Västra Götalands Regionens folkhälsokommitté) har sedan arbetat vidare med dessa målområden och försökt integrera dem och tanken kring hälsans bestämningsfaktorer i deras övergripande planer och policys för folkhälsoarbete. För mer information om VGR's folkhälsokommittés folkhälsopolicy och dess koppling till hälsans bestämningsfaktorer, se bilaga 1.

### **Tvärsektoriellt arbete och samverkan**

För att kunna arbeta med samtliga av hälsans bestämningsfaktorer krävs ett samarbete mellan olika specialister och kompetenser. Hälsopromotion har därför som ett nyckelkriterium för att bedriva hälsopromotivt arbete att arbetet bör ske i tvärsektoriell samverkan och genom en kombination av flera strategier (Rootman, 1997). Vidare använder sig hälsopromotion av teorier och modeller från andra discipliner för att kunna arbeta med de komplexa strukturer och förutsättningar som utgör ramarna för befolkningens hälsa.

Det hälsopromotiva arbetet kan ses som en del av välfärdssystemet, men omfattar även flera andra aktörer som kan påverka folkhälsan. Aktörerna finns huvudsakligen bland kommunala och statliga myndigheter, men många frivilliga organisationer och privata företag är också inblandade i hälsoarbetet. Det stora antalet aktörer gör att det finns ett ännu större behov av gränsöverskridande samverkan inom hälsoområdet än inom välfärdssystemet i stort.

Det råder ingen tvekan om att det är en stor organisatorisk utmaning att föra samman alla myndigheter och organisationer i gemensamma insatser för att förbättra folkhälsan. Enligt den

uppfattning som WHO givit uttryck för i bl a Ottawa Charter (1986) kräver detta framför allt intersektoriell eller tvärspektoriell samverkan för att påverka och förbättra befolkningens hälsa.

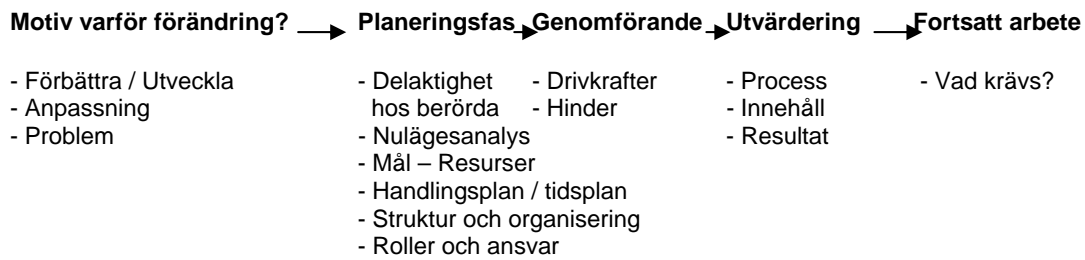
Under de dryga 20 år som gått sedan Ottawa Charter publicerades har det skett en utveckling av intersektoriell samverkan i hälsoarbetet. I många länder har det bedrivits omfattande försöksverksamhet, med olika resultat vad gäller effektivitet och kvalitet, för att utveckla formerna för organisering och ledning av sådan samverkan. Detta har skett t ex genom nätverk, partnerskap eller allianser mellan olika aktörer (Davies & Macdonald, 1998). De finns ett flertal modeller för att kategorisera och beskriva dessa tvärspektoriella samverkansformer som exempelvis O'Neill (1999) fem olika nivåer av samverkan.

- Nätverk: lös sammanslutning och inga tyngre bindande och uttalade krav
- Allianser: halvformella länkar med viss gemensam ny resurs för att svara för samordning
- Partnerskap: formellt kontrakt upprättas och en ny gemensam resurs byggs upp för vilken man delar kostnader och risk
- Koalition: formell överenskommelse tecknas, alla medlemmar involveras i beslut och man upprättar en gemensam budget för de gemensamma resurserna
- Fullständigt samarbete: kännetecknas av skriftliga avtal, delade visioner konsensusbeslut samt formell arbetsbeskrivning

De olika modellerna för samverkan kan placeras längs ett kontinuum av olika integrationsnivåer. Den lägsta graden av ett sådant kontinuum är en fullständig segregation mellan organisationer, medan den högsta utgörs av en sammanslagning eller fusion av organisationerna eller enheterna.

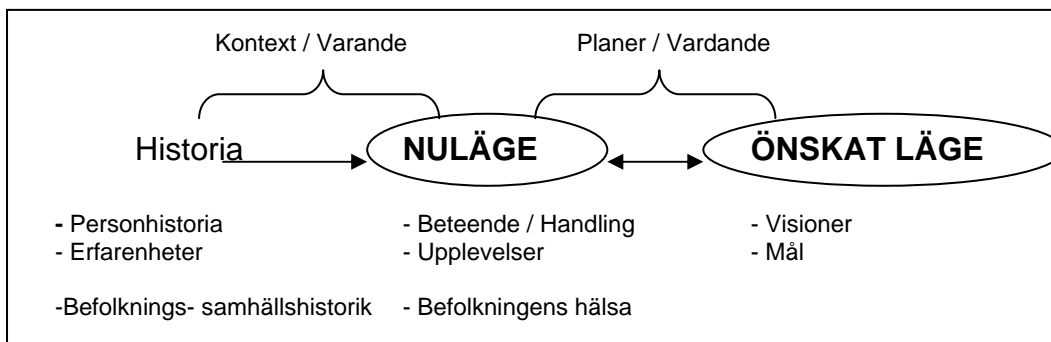
### **Processinriktat förändringsarbete - Arbetsmodeller**

Likaväl som hälsopromotion kräver ett tvärspektoriellt arbete bör ett fokus på processinriktat förändringsarbete utgöra grunden för det praktiska hälsoarbetet. Processinriktat förändringsarbete innebär att vi tar tillvara de erfarenheter som finns sedan tidigare och väger in en historisk aspekt av det läge som utgör nuet. Det kan vara personhistoria, gruppshistoria, organisationshistoria eller samhällshistoria. Nuläget måste sedan beskrivas och analyseras utifrån de områden och frågeställningar som är aktuella. Detta utgör i sin tur referenspunkter för åtgärdsprogram och utvärdering. Nedan följer en modell för processinriktat förändringsarbete (figur 4).



**Figur 4.** Modell för processinriktat förändringsarbete, se även Bilaga 1.

Egentligen skulle man kunna hävda att förändring är ett tillstånd då vi ständigt lever med förändring av olika former (Ahrenfelt, 2001). Till exempel förändras vi biologiskt genom att gamla celler dör och nya bildas, våra gamla kunskaper bleknar och nya läggs till, organisationer och samhällen genomlever ständiga förändringar. För att kunna se och förstå skeenden måste vi utgå från tidsdimensionerna Då – Nu – Framtid. Detta tänkande utgör grunden för processinriktat arbete, där nuläget utgör avstampet för det önskade läget. Watzlawick et.al. (1984) menar att nuet (varandet) och framtiden (vardandet) utgör en gestalt, vilket betyder att de bör diskuteras i ett sammanhang. Utifrån detta resonemang konstruerar vi en grundläggande modell för arbetsprocessen, figur 5.



**Figur 5.** Arbetsprocessen i processinriktat förändringsarbete

En teori som anknyter till denna modell (figur 5) är en teori som förklarar hur en förändringsprocess normalt ser ut i ett socialt system. Kortfattat kan man säga att vissa individer är mycket öppna och nyfikna på nyheter och förändringar medan den stora massan behöver lite mer tid för att ta till sig och så småningom själva bli delaktiga. Det finns även en mindre grupp som är mycket svåra att få med sig som i teorin kan kallas efterslänrare. Det teorin förklarar är att **förändring** i sociala system **tar tid** och att man måste vara uthållig och konsekvent om man vill få det stora flertalet involverade i ett målinriktat förändringsarbete.

### *Om att arbeta med förändring*

*Varför förändring?* På denna fråga kan man ge tre grundläggande svar - nämligen att det har uppstått ett problem, att vissa villkor har förändrats och det krävs att vi anpassar oss till de nya omständigheterna eller det kan handla om idéer och mål som vi vill förverkliga eller uppnå. I vissa lägen handlar det således om att *möta förändring* medan det i andra fall handlar om att *driva förändring*.

### *Teori om förändringsarbete*

I systemteorin talar man om logiska nivåer vilket man även gör inom förändringsteorin. En grundläggande distinktion när det gäller att förstå förändringens karaktär är att särskilja på en *förändring av första ordningen* som bygger på något som kallas *gruppteorin* och *förändring av andra ordningen* som tar sin utgångspunkt i något som kallas *logisk typlära* (Watzlawick et.al., 1984). I det första fallet handlar det om att förändringen sker inom systemet vilket innebär att det handlar om justeringar och förbättringar. Några exempel kan vara att en person som motionerar en gång i veckan ökar antal tillfällen till tre gånger i veckan eller om det är för kallt i ett rum ställer man om termostaten så att man får rätt temperatur. Mycket i vardagen handlar om förändring av första ordningen. En förändring av andra ordningen innebär däremot att hela systemet förändras eller att man går utanför ramarna för att lösa ett problem – vilket inte är helt lätt. Det kan också handla om ett nytt sätt att tänka kring en företeelse – en form av kvalitativ förändring. När det gäller de frågor vi diskuterar i detta dokument så skulle ett exempel kunna vara att man förstår att det innebär något helt annorlunda att utgå från ett salutogent sätt att tänka och arbeta med hälsofrågor jämfört med ett patogent. Det handlar inte bara om ord utan får konsekvenser såväl teoretiskt som praktiskt inte minst när det gäller hur man prioriterar resurser och hur man ser på utvärdering och framgång. Det här med att ändra sitt sätt att tänka är inte något lätt och smärtfritt. Öqvist säger ”att när vi tillägnat oss en stark grundsyn så kommer det fortsatta tänkandet att organiseras kring detta tänkande”. Vi kommer således argumentera för det egna synsättet eftersom det utgör vår referensram för att tänka och handla. Här utgör våra erfarenheter och kunskaper råmaterialet som formats genom livet. Längre utbildningar utgör här en avgörande roll när det gäller vilket paradigm som utgör huvudkartan. Teknikern, juristen, ekonomen, psykologen, medicinaren, samhällsvetaren och hälsovetaren har i många stycken olika referensramar och verktyg för sitt tänkande vilket kan innebära vissa problem när dessa skall samverka i en förändringsprocess, men det innebär också stora möjligheter. Att skapa gemensamma grunder och strukturer för att arbeta med hälsa över de disciplinära och vetenskapliga gränserna utgör en av nyckelstrategierna för att arbeta hälsofrämjande (Haglund et al., 1996).

Om vi utvecklar ett något mer nyanserat resonemang kring den logiska typläran så handlar det om att förstå logiska nivåer som handlar om att förstå system och gränssnitt som ett exempel att förstå logiska nivåer i språket som har att göra med abstraktionsnivåer. Ett exempel skulle kunna vara att om vi utgår från träd som begrepp och nivå så skulle nästa nivå bli skog. Ett annat exempel kan vara att vi i utbildningssammanhang diskuterar olika metoder exempelvis om det vetenskapliga området så skulle nästa logiska nivå vara metodologi eller läran om metoder. Ett sista exempel som direkt berört våra diskussioner skulle kunna vara att vi väljer

begreppet hälsoarbete och med detta som utgångspunkt ser hur vi kan relatera till olika logiska nivåer, figur 6.

#### Hälsoarbete – olika former av hälsoarbete:

- Folkhälsoarbete, Sjukvård, Hälsovård, Arbetsmiljöarbete, Friskvård...
- Folkhälsoarbete: Stödjande miljöer, Lagstiftning, Policy ...
- Stödjande miljöer: Anpassningar i omgivning, Ökade möjligheter för hälsosamma val ...

**Figur 6.** Logiska nivåer i hälsoarbete

När det gäller förändring och förändringsprocesser handlar det om att förstå hur många logiska nivåer som skall hanteras och hur dessa är relaterade till varandra för att undvika problem då dessa påverkar varandra på olika sätt om vi ser till systemsynsättet. Ett råd är att man alltid skall arbeta genom maktcentrat vilket i det här fallet innebär att man arbetar genom den systemnivå som äger frågan och kan påverka utfallet. Om det handlar om levnadsvanor ligger makten till stor del hos oss själva men om det däremot handlar om att arbeta med ”Hälsa på arbetsplatsen” ligger makten primärt hos första linjens chef som i sin tur är beroende av hur organisationen i stort backar upp dessa frågor. Sen räcker inte detta för att åstadkomma ett önskat läge utan då krävs också att de enskilda medarbetarnas aktiva medverkan. Utgår vi från samhällsnivå ligger den yttersta makten på politisk nivå som sedan administreras och distribueras genom myndigheter och organisationer där tjänstemän på olika nivåer utgör viktiga aktörer. Här ser vi att det är många logiska nivåer som måste samverka vilket ökar komplexiteten i förändringsarbetet.

En röd tråd i detta dokument är att hur vi tänker påverka vårt sätt att handla. För att få fler mentala kartor att orientera sig efter utgör lärandet en viktig del. Vi tar därför upp en kortare diskussion kring lärande som sammanfattas i ett utkast till en handlingsteoretisk modell.

#### **Om lärande**

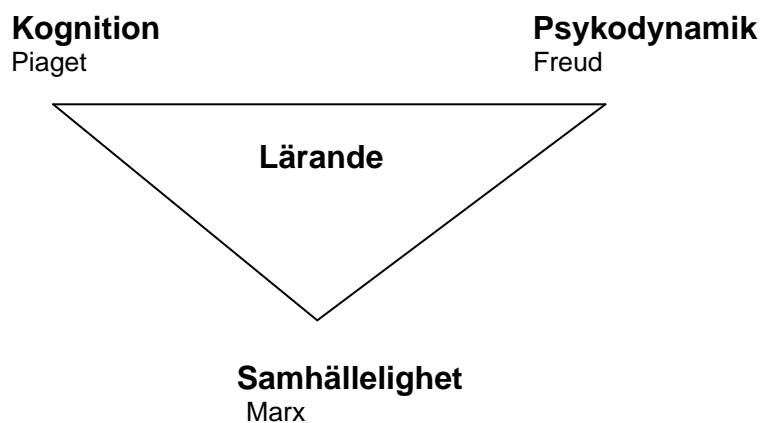
*”Inlärning är förändring och komplettering av vetande och handlingsmönster i samband med övning” (Jean Piaget i Maltén, 1986, s 19).*

Eftersom education eller utbildning utgör en central strategi i ett hälsopromotivt synsätt - utifrån idéerna att möjliggöra och empowerment - så blir det också viktigt att ha en teoretisk utgångspunkt kring detta. Ett annat viktigt motiv här är att om målet i ett folkhälsoinriktat arbete är att utveckla ett hälsofrämjande sätt att tänka och handla så kommer detta kräva olika former av utbildningsinsatser.

Innan vi går in på ett mer generellt och teoretiskt resonemang kring lärande skall vi utveckla några tankegångar kring sambandet mellan lärande och empowerment. Den enkla översättningen av begreppet till svenska är egenmakt som i SOU 1996:177 fått undertiteln ”att återerövra vardagen”. I grunden handlar det således om att utveckla egen makt över sitt liv. Man skulle också kunna uttrycka detta i termer av handlingsförmåga. En mycket central del

för att utveckla denna förmåga är olika former av lärande. Vi vill dock också peka på en annan dimension kopplat till empowermentbegreppet – nämligen handlingsutrymme. Detta pekar mer på ett sociologiskt perspektiv och lyfter fram kontextens betydelse. Jag måste få tillåtelse och möjligheter att få utöva min utvecklade förmåga att ta ökat ansvar för mitt eget liv (Tones på Nordisk forskningskonferens i Bergen, 1996).

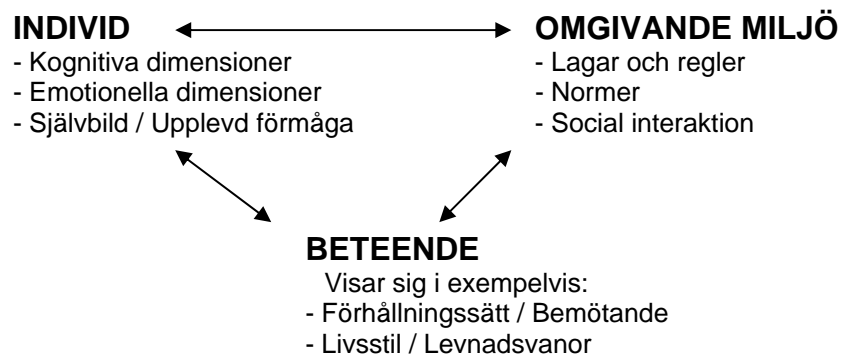
Lärande handlar om en **aktiv process** som leder till en förändring i mitt sätt att tänka, reagera och agera. Här utgör **motivationen den största drivkraften – att vara känslomässigt engagerad**. Faktorer som påverkar motivationen är bl.a. den personliga inställningen och vad man tycker är meningsfullt. Den kan också kopplas till personliga mål, behov, inspiration, feedback och känslan av att vara delaktig. Här kan vi se att det kan handla om både inre och yttre motivation. Andra faktorer som påverkar inläring är gruppklimat, inlärningsmiljö och individuell förmåga. Mer teoretiskt skulle vi kunna tala om att inläringen dels handlar om en inre psykisk processer där det handlar om ett dynamiskt samspel mellan kognitiva och psykodynamiska processer. Detta påverkar hur vi reagerar på saker och händelser – den emotionella eller känslomässiga delen. Det påverkar också hur vi tänker och agerar i olika situationer. Här handlar det om värderingar, attityder, kunskaper som påverkar hur vi agerar och beter oss. En annan del av lärande handlar om sociala samspelsfunktioner vilket sker genom att individen möter omvärlden. Socialt lärande kan ske genom kommunikation, samarbete, modellinläring och imitation. Här kan vi skilja på direkta möten mellan människor och indirekta som kan ske skriftligt eller elektroniskt för att nämna två exempel. Sist men inte minst försiggår lärandet i en samhällelig kontext. Illeris (2001, s 18) illustrerar lärandets dimensioner i figur 7.



**Figur 7.** Lärandets dimensioner enligt Illeris (2001, s 18).

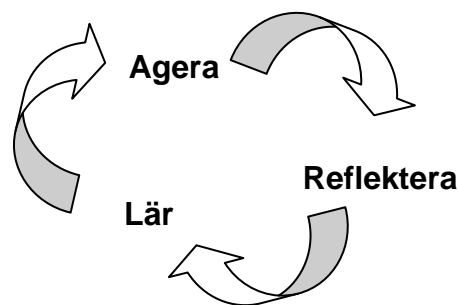
En klassisk teori som är central i den hälsopromotiva litteraturen och som kan kopplas till ovanstående resonemang är social inläringsteori vars upphovsman är Albert Bandura. Den har modifierats något och benämns i en del litteratur som social kognitiv teori (Nutbeam & Harris, 2004). Teorin betonar interaktionen mellan individ och omgivande miljö och hur detta samspelar med och påverkar vårt beteende. Om vi tar rökning som exempel så kan beteendet påverkas av regler och lagar. Om det är förbjudet att röka på arbetet, på flyg, på tåg och i offentliga lokaler så begränsar detta mina möjligheter att röka. Det kan också vara så att jag

får nya kunskaper och insikter om konsekvenserna av rökning som gör att jag väljer att inte börja, eller om jag röker, väljer att sluta (figur 8).



**Figur 8.** Interaktion mellan individ, beteende och omgivande miljö.

När det gäller hur vi lär diskuteras ofta olika lärstilar. Vissa föredrar att lyssna, andra vill ha innehållet visualiserat medan några kanske föredrar att själva få göra – ”learning by doing”. Om det handlar om utveckla en färdighet är den sista lärförmen att föredra. I linje med denna lärstil ligger också det som kallas ”action learning”, figur 9.

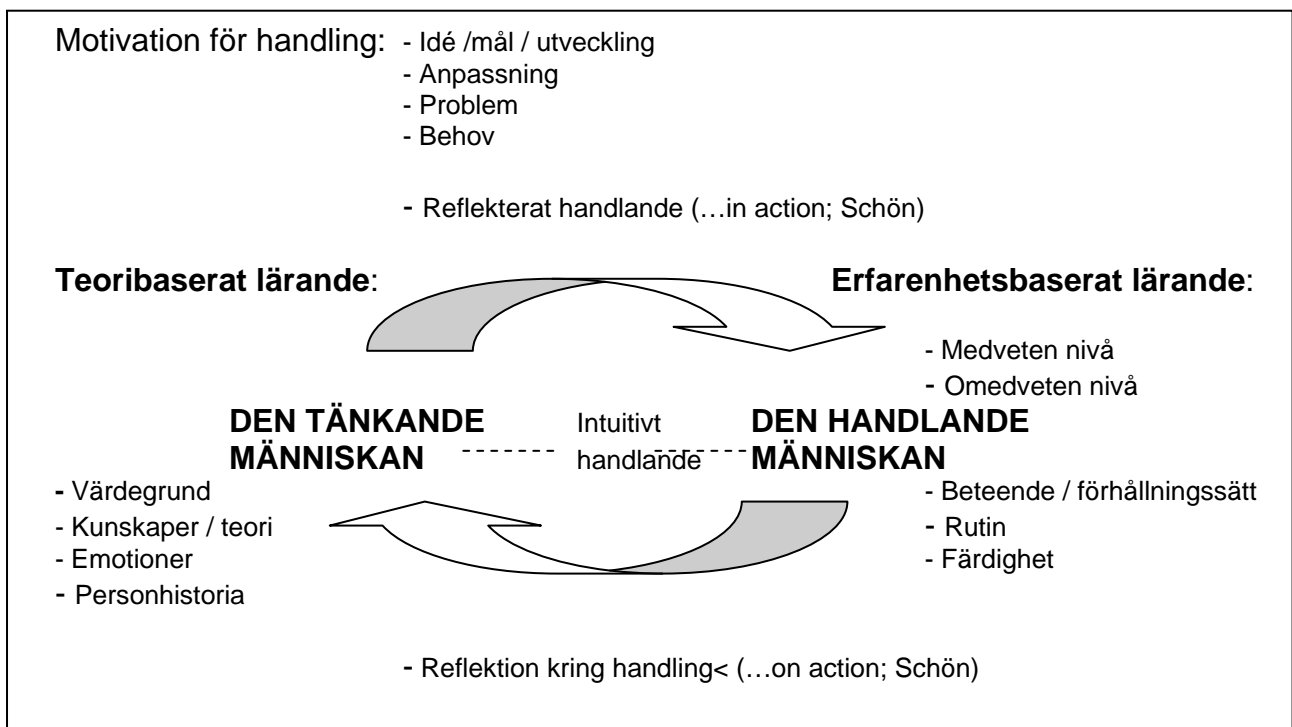


**Figur 9.** Lärprocessen enligt ”action learning”.

Här kan man tänka sig lite olika ingångar i lärprocessen. Man skulle först kunna skaffa sig kunskaper genom teoretisk skolning för att sedan omsätta detta till praktisk handling för att sedan reflektera kring de erfarenheter man då skaffat sig och på så sätt öka sin förståelse och därmed tillägna sig nya insikter. Man kan också börja med att genomföra något och reflektera kring styrkor och svagheter i det man gjort och på så sätt kanske konstatera att man skulle behöva nya kunskaper som gör att man gör det på ett bättre sätt vid nästa tillfälle. I grunden handlar det om hur man kombinerar teori med praktik och att reflektionen utgör en viktig brygga här. Handling är inte skilt från tänkande och reflektionen vägleder såväl utvecklingsarbetet som utvärderingsprocessen. För den som vill fördjupa sig kring dessa frågor rekommenderas boken ”The Reflective Practitioner. How Professionals Think in Action” (Schön, 1983).

*”Erfarenhet utan reflektion är blind och reflektion utan erfarenhet är tom” (Hedin & Svensson, 1997, s 101)*

Om vi sammanfattar detta avsnitt om lärande skulle det kunna utmynna i ett utkast till en handlingsteoretisk referensram som vi väljer att beskriva i modellform, figur 10 (Winroth & Rydqvist, 2008).



**Figur 10.** Handlingsteoretisk referensram (Winroth & Rydqvist, 2008).

Utmaningen i att skapa hälsofrämjande nätverk eller nätverk som arbetar med den hälsofrämjande idén som utgångspunkt kommer att handla om att få berörda parter att utveckla en samsyn kring dessa frågor som vägleder handlandet.

## REFERENSER

- Abrahamsson, K., Bradely, G., Brytting, T., Eriksson, T., Forslin, J., Miller, M., Söderlund, B. & Trollestd, C. (2003). *Friskfaktorer i arbetslivet*. Prevent.
- Antonovsky, A. (1979). *Health, stress and coping: New perspective on mental and physical wellbeing*. Jossey-Bass.
- Ahrenfeldt, B. (2001). *Förändring som tillstånd*. Andra upplagan. Lund: Studentlitteratur.
- Brülde, B. & Tengland, P-A. (2003). *Hälsa och sjukdom – en begreppslig utredning*. Lund: Studentlitteratur.
- Bunton, R. & Macdonald, G. (1995). *Health Promotion. Disciplines and Diversity*. London: Routledge.
- Bunton, R. & Macdonald, G. (2002). *Health Promotion. Disciplines, diversity and developments*. London: Routledge.
- Davies, J. K. & Macdonald, G. (1998). *Quality, evidence and effectiveness in health promotion*. London: Routledge.
- Dever, G., E., A. (1980). *Community Health Analysis. A Holistic Approach*. Aspen System Corporation.
- Eklund, L. (1999). *From citizen Participation Towards Community Empowerment. An Analysis on Health Promotion from Citizen Perspective*. Acta Universitatis Tamperensis 704.
- Folkhälsopolitisk policy – Västra Götaland (2009).
- Green, L.W. & Kreuter, M.W. (1999). *Health promotion planning. An Educational and Ecological Approach*. London: Mayfield Publishing Company.
- Haglund BJA, Petterson B, Finer D, Tillgren P (eds). *Creating supportive environments for health*. Stories from the Third International Conference on Health Promotion, Sundsvall, Sweden. Geneva: WHO, 1996
- Hedin, A. & Svensson, L. (1997). *Nycklar till kunskap*. Lund: Studentlitteratur.
- Illeris, K. (2001). *Lärande i mötet mellan Piaget, Freud och Marx*. Lund: Studentlitteratur.
- Lalonde, M. (1974). *Ny syn på hälsan*. Ett arbetsdokument. Socialstyrelsens nämnd för hälsoupplysning.
- Laverack, G. (2004). *Health Promotion Practice. Power & Empowerment*. London: Sage Publications.
- Maltén, A. (1986). *Vad är kunskap?* Lund: Liber förlag.
- Marmot, M. (2006). *Statussyndromet. Hur vår sociala position påverkar hälsan och livslängden*. Stockholm: Natur & Kultur.
- Marmot, M. & Wilkinson, R., G. (2006) *Social Determinants of Health*. Second edition. New York: Oxford University Press.
- Naidoo, J. & Wills, J. (2007). *Folkhälsa och hälsofrämjande insatser*. Lund: Studentlitteratur.
- Nutbeam, D. & Harris, E. (2004). *Theory in a nutshell. A practical guide to health promotion theories*. Second edition. Sydney: McGraw-Hill Australia.
- O'Neill, M. Coalition theory as a framework for understanding and implementing intersectoral healthrelated intervention. *Health Promotion International* 1999, vol 12, pp 79-87.
- Rappaport, J. (1984). *Studies in Empowerment: Steps toward understanding and action*. New York: Haworth Press.
- Rootman, I. et al *Towards a framework for health promotion evaluation*. Copenhagen: WHO Europe, 1997.
- Schön, D. (1983). *The Reflective Practitioner. How Professionals Think in Action*. Basic Books.
- SOU 1996:177. *Egenmakt – att återerövra vardagen*.
- Svensson, L., Aronsson, G., Randle, H. & Eklund, J. (2007). *Hålbart arbetsliv. Projekt som gästspel eller strategi i hållbar utveckling*.: Kristianstad: Gleerups.

- Tones, K. & Tillford, S. (2001). *Health Promotion: effectiveness, efficiency and equity*. 3:rd ed. London: Nelson Thornes.
- Watzlawick, P., Weakland, J. & Fisch, R. (1984). *Förändring – Att ställa och lösa problem*. Borås: Natur & Kultur.
- Whitaker, A. (2009). *Åldrande, död och anhörigskap*. Kristianstad: Gleerups.
- Winroth, J. & Rydqvist, L-G. (2008). *Hälsa & Hälsopromotion. Med focus på individ-, grupp- och organisationsnivå*. SISU Idrottsböcker.
- World Health Organization (WHO) (1985). *Health for all in Europe by the year 2000*. Köpenhamn: WHO.
- World Health Organization (WHO) (1986). *Ottawa Charter for health promotion*. Geneve: WHO.
- World Health Organization (WHO) (1978) *Declaration of Alma Ata*. Geneve: WHO
- Öqvist, O. (2003). *Systemteori I praktiken. Systemteorins tillämpning inom utbildning, vård och socialt arbete*. Förlagshuset Gothia.
- 1:st Nordic Health Promotion Research Conference in Bergen (1996).
- 2:nd Nordic Health Promotion Research Conference in Stockholm, Hässelby (1998).

## **BILAGA 1**

### **FOLKHÄLSOUTMANINGAR RELATERADE TILL HÄLSANS DETERMINANTER**

När riksdagen i början av 2000-talet beslutade om elva Nationella målområden för folkhälsan i Sverige var de starkt påverkade av ny kunskap av den art som ovan fragmentariskt beskrivits. Man säger bl a att målområdena utgår från att människors hälsa påverkas av en rad bestämningsfaktorer – inte från sjukdom och problem. Vidare säger man ”att utgå från bestämningsfaktorer placerar huvuddelen av folkhälsoarbetet utanför sjukvården” (Den nya folkhälsopolitiken). På samma sätt har VGR’s folkhälsokommitté antagit ett modernt, och starkt kunskapsbaserat grepp om sex utmaningar för folkhälsoarbetet i en Folkhälsopolicy.

I policyn står det att folkhälsoarbete är ett långsiktigt arbete vilket ställer speciella krav på utvärderingsarbetet. Den övergripande visionen är *Det goda livet* där en god hälsa utgör ett av fem fokusområden. Värdegrunden är en hälsofrämjande inriktning och skall vara vägledande för det främjande och förebyggande folkhälsoarbetet. Utifrån denna plattform skall sedan olika aktörer ta fram mål och handlingsplaner som på olika sätt bidrar till det goda livet och förbättrad folkhälsa – ta steget från ord till handling och på så sätt uppnå resultat. (Folkhälsopolitisk policy - Västra Götaland, 2009). Här följer några korta reflektioner kring de sex folkhälsoutmaningar som tas upp i policyn med koppling till hälsans determinater.

#### **Jämlika och jämställda livsvillkor**

Här betonas livsvillkor som kan handla om boende, närmiljö, serviceutbud, sociala nätverk och ekonomiska villkor. Många av dessa frågor är politiska och formas över lång tid medan andra är mer närliggande och kan påverkas av de som lever i närmiljön och i vissa delar av den enskilde individen. Om exempelvis det skapas mötesplatser så kan den enskilde medverka till att denna mötesplats kan vara ett sätt att främja sociala relationer och i vissa delar social integration. När det gäller diskussionen om jämlikhet och jämställdhet rekommenderas läsning av Marmot (2006, kap 1-3).

#### **Trygga och goda uppväxtvillkor**

Livsvillkoren utgör även här grunden men här fokuseras uppväxtvillkor vilket innebär att det handlar om barn och ungdomar. Arenor som har stor betydelse här är familjen, skolan och föreningslivet. Att fokusera på strategier som möjliggör för de aktörer som finns på dessa arenor utgör en viktig del i denna utmaning. Familjen utgör kanske den allra viktigaste förutsättningen för trygga och goda uppväxtvillkor därför blir strategier som underlättar för familjen att vara denna resurs mycket viktiga. En arena där man når alla är skolan varför det kanske finns skäl att särskilt diskutera hur man kan arbeta för att skapa hälsofrämjande skolor. Som underlag för vidare diskussion kring hälsofrämjande med skolan som arena rekommenderas ”Hälsoarbetets möte med skolan i teori och praktik” (Nilsson, 2003).

## **Livslångt lärande**

Lärande antyder att det är något som är pågående och primärt är det individen som lär. Här blir kopplingen stark till *mitt sätt att tänka*. I grunden handlar det då om viljan att lära och insikten om att i ett samhälle och en värld som ständigt förändras krävs såväl avläring som ny inläring för att kunna leva ett gott liv. Lärande kan även diskuteras i kollektiva termer, att lära tillsammans, och i termer av organisatoriskt lärande. För att få underlag för vidare diskussioner om lärande hänvisas till avsnittet om "Lärande" i detta dokument. Den andra sidan av det livslånga lärandet handlar om de strukturella villkoren för lärande och vilka utbildningsmöjligheter och andra former av lärande som erbjuds.

## **Ökat arbetsdeltagande**

Att vara behövd utgör en viktig faktor för god hälsa. Att få ingå i en arbetsgrupp och att ha ett arbete bidrar till detta. Grundläggande för att detta skall vara möjligt handlar om en kombination av hur arbetsmarknaden ser ut (*samhällsvillkor*) och individens resurser i form av kompetens och hälsa. Här kan utmaningen handla om att skapa en arbetsmarknad där fler får tillträde (även de som inte har full arbetsförmåga) eller om att arbeta för ett arbetsliv som är hållbart och som bidrar till att främja hälsa. I det senare fallet blir fokus mer på den grupp som redan finns i arbetslivet och att här arbeta för goda *arbetsvillkor*. En nyckelfaktor för att skapa förutsättningar för hälsofrämjande organisationer eller arbetsplatser är få ledningar och chefer att bättre förstå sambanden mellan verksamhetsfrågor och hälsofrågor. Här blir strategier för hälsa på arbetsplatsen viktiga. För underlag för vidare diskussioner rekommenderas böckerna "Friskfaktorer i arbetslivet"(Abrahamsson, et.al.,(2003) och "Hållbart arbetsliv" (Svensson, et.al., 2007).

## **Åldrande med livskvalitet**

Åldrande är i grunden en biologisk process (*genetiska faktorer*), men också en psykologisk (*mitt sätt att tänka*), och social process (*relationer*). Hur samhället ser på åldrandet och äldre utgör i sin tur en kulturell och politisk fråga (*samhällsvillkor*). Livskvalitén påverkas av alla dessa dimensioner vilket innebär att det finns många möjliga strategier för att bidra till åldrande med livskvalitet. Det kan handla om att bibehålla den fysiska statusen utifrån individens förutsättningar, att vara engagerad i frågor som intresserar för att stimulera den mentala hälsan och att ingå i olika sociala nätverk. Utmaningen handlar om att främja dessa former av insatser. Men det kan också handla om hur samhället möjliggör en äldreomsorg och en äldrevård som bidrar till livskvalitet. Som underlag för vidare diskussion rekommenderas boken "Åldrande, död och anhörigskap" (Whitaker, 2009).

## **Goda levnadsvanor**

*Levnadsvanor* skall ses som en helhet och inte som sömn, kost, motion, tobak och alkohol var för sig. Sen kan det vara pedagogiskt att fokusera någon del för att det skall upplevas mer

hanterbart och också utifrån att den enskilde kanske är mer motiverad att prioritera någon eller några av dessa vanor för att främja sin hälsa. Levnadsvanorna lägger grunden för den kroppsliga hälsan och vår ork som i sin tur påverka hur vi mår och den psykiska hälsan. Utmaningen handlar om inspirera till goda levnadsvanor och också underlätta för den enskilde att kunna ta ett ökat egenansvar för sin hälsa. För att sen få det önskade resultatet krävs handling och aktivt deltagande av individerna eller befolkningen. Inom detta område finns mycket erfarenheter och många beprövade metoder som kan användas men det gäller också att tänka i nya banor som möter de villkor och krav som dagens samhälle ställer.

**Utvärderingen är genomförd av** Högskolan Väst på uppdrag av Folkhälsokommittén,  
Västra Götalandsregionen.

**Elektronisk kopia finns på:**  
[www.vgregion.se/folkhalsa](http://www.vgregion.se/folkhalsa)

