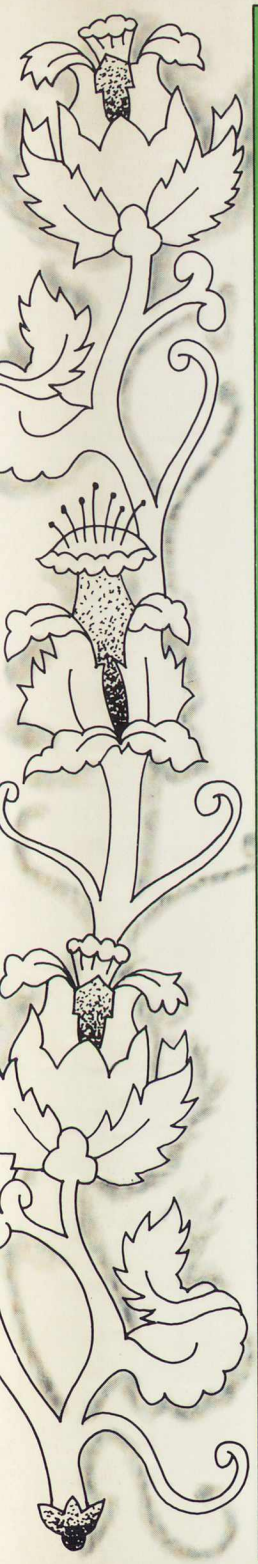
PRIMÄRVÅRDENS UPPGIFTER I DET FÖREBYGGANDE ARBETET

Hälsoupplysning

Ur KB:s samlingar
Digitaliserad år 2013
KUNGL. BIBLIOTEKET
National Library of Sweden



PRIMÄRVÅRDENS UPPGIFTER I DET FÖREBYGGANDE ARBETET

Hälsoupplysning

146.

Statens offentliga utredningar
1984:47
Socialdepartementet

Primärvårdens uppgifter i det förebyggande arbetet

Huvudbilaga
Hälsoupplysning

Hälso- och sjukvård inför 90-talet (HS 90)
Stockholm 1984

Omslag Magnus Günther, AdSum
ISBN 91-38-08377-9
ISSN 0375-250X

minab/gotab Stockholm 1984 80244

Förord

Denna skrift är en expertrapport inom ramen för projektet Primärvårdens uppgifter i det förebyggande arbetet, som har ingått i HS 90 – Hälso- och sjukvård inför 90-talet.

HS 90:s syfte är att ge ett underlag för den hälsopolitiska utvecklingen och planeringen i perspektivet 1990 – 2000. HS 90 har genomförts inom socialdepartementets hälso- och sjukvårdsberedning (tidigare sjukvårdsdelegationen). En särskild arbetsgrupp för långsiktig planering har svarat för den direkta ledningen av projektet. Sekretariatet har varit förlagt till socialstyrelsen. Sammansättningen av hälso- och sjukvårdsberedningen, arbetsgruppen och sekretariatet redovisas i bilaga 1.

Inom ramen för den första etappen av arbetet utarbetades ett antal kommenterade kunskapssammanställningar. Dessa skrifter publicerades i respektive författares namn. En förteckning över publikationerna redovisas i bilaga 2.

Utgångspunkter och riktlinjer för HS 90:s huvudstudier har redovisats i SOU 1981:4. Generella utgångspunkter har varit

- att hälso- och sjukvårdens verksamhet måste utgå från ett offensivt hälsopolitiskt synsätt;
- att befolkningens behov av vård skall vara av avgörande betydelse vid fördelningen av hälso- och sjukvårdens resurser samt
- att hälso- och sjukvårdens resursinsatser härutöver måste relateras till såväl samhällsekonomiska som sysselsättningspolitiska mål och restriktioner.

HS 90 innebär en utveckling och fördjupning av intentionerna i hälso- och sjukvårdslagen och målet "en god hälsa för hela befolkningen och en vård på lika villkor". HS 90 kan också ses som en vidareutveckling och konkretisering av de utvecklingslinjer som redovisats i socialstyrelsens principprogram Hälso- och sjukvård inför 80-talet (HS 80).

HS 90-arbetet har inriktats på tre områden; hälsopolitik – förebyggande insatser, vårdstruktur samt personal- och utbildningsplanering.

En uppgift i hälso- och sjukvårdens offensiva hälsopolitiska arbete är att delge andra samhällssektorer och medborgarna kunskaper om hälsorisker och ohälsa inom befolkningen. Hälso- och sjukvårdssektorn kan därigenom – utifrån sina erfarenheter och sitt perspektiv på hälsoproblemen – ge ett värdefullt underlag för bl a andra sektorers hälsopolitiska insatser och förändrar således inte ansvarsfördelningen mellan olika sektorer. Den

begränsar inte heller övriga sektorers ansvar att beakta hälsopolitiska konsekvenser och utforma hälsopolitiska mål inom sitt verksamhetsområde.

Expertrapporten har författats av Anders Bolin i ett samarbete med byråerna för primärvård och hälsoupplysning inom socialstyrelsen. Rapporten är en huvudbilaga till Primärvårdens uppgifter i det förebyggande arbetet (SOU 1984:47). Författaren ansvarar själv för innehållet.

Stockholm i juni 1984

Ingemar Lindberg

statssekreterare
ordförande i arbetsgruppen
för långsiktig planering

Innehåll

Förord 3

1 *Inledning* 7

2 *Om hälsa och hälsoupplysning* 9
2.1 Vår hälsa 9
2.2 Varför behövs hälsoupplysning 10
2.3 Hälsoupplysning – vad är det? 11
2.4 Begrepp och definitioner 11
2.5 Möjligheter och begränsningar för hälsoupplysning . . 12

3 *Hälsoupplysning i primärvården* 15
3.1 Aktuella problem 15
3.2 Fördelar med förankring i primärvården 15
3.3 Huvudmännens intresse för prevention 16

4 *Förutsättningar för förebyggande arbete* 19
4.1 Politikernas stöd och ansvar 19
4.2 Ett nytt synsätt 20
4.3 Helhetssyn och ansvar 22
4.4 Legitimitet och trygghet 23
4.5 Kunskaper och metoder 24
4.6 Effektiv resursanvändning 25
4.7 Samarbete med andra 25

5 *Att utveckla hälsoupplysning* 29
5.1 Planeringsarbetet 29
5.1.1 Övergripande hälsopolitiska mål 30
5.1.2 Lokalt kartläggningsarbete 31
5.1.3 Kunskaper om samband mellan vanor, miljö, samhälle och hälsa 33
5.1.4 Målformulering för lokalt hälsoarbete 33
5.1.5 Planering av hälsoupplysning 34
5.2 Förändringsarbete 35
5.2.1 Att initiera 35
5.2.2 Att utveckla 36
5.2.3 Att etablera 37

6 *Hälsoupplysning i praktiken* 39
6.1 Hälsoupplysning på mottagning 40
6.2 Hälsoupplysning genom rådgivning och gruppverksamhet 42
6.3 Hälsoupplysning och uppsökande verksamhet 44
6.4 Hälsoupplysning genom studieverksamhet och utbildning 46
6.5 Informationsrutiner, material och utställningar för hälsoupplysning 48
6.6 Hälsoupplysning genom massmedier och kampanjer . . 50

7 *Hälsoupplysning i samarbete med andra organisationer* . 53
7.1 Folkrörelser och föreningar 54
7.1.1 Nykterhetsrörelsen 55
7.1.2 Idrotts- och friluftsorganisationer 56
7.1.3 Studieförbunden 57
7.2 Primärkommunala organ 57
7.2.1 Fritid och kultur 57
7.2.2 Skolan 59
7.2.3 Socialtjänsten 62
7.2.4 Kommunalt hälsoskydd 64
7.3 Företagshälsovården 65
7.4 Andra landstingskommunala institutioner 66
7.4.1 Tandhälsovård 66
7.4.2 Länssjukvård 68

8 *Stödfunktioner och organisatorisk struktur* 71
8.1 Regional nivå 71
8.2 Central nivå 73

9 *Hälsoupplysning och kompetens* 75

10 *Att utvärdera hälsoupplysning* 79
10.1 Varför skall man utvärdera? 79
10.2 Vad skall utvärderas? 80
10.3 Hur skall utvärderingen gå till? 81
10.4 Vem utför utvärderingen? 81

11 *Sammanfattning* 83

Referenser 91

Bilagor 103

1 Inledning

Primärvården har ett lagstadgat ansvar att arbeta förebyggande. Hälsoupplysning förväntas bli ett viktigt inslag i primärvårdens verksamheter (1).

Den nya hälso- och sjukvårdslagen kan ses som en spännande utmaning för primärvården. Att utveckla en offensiv och preventivt inriktad primärvård ställer många krav. De politiska beslutsfattarna har ett stort ansvar att skapa resurser för utvecklingsarbetet. I en tid av begränsade resurser kan kontroversiella prioriteringar bli nödvändiga. Det kräver både vilja och mod.

Den stora utmaningen för primärvårdspersonalen är det nya synsättet på hälsofrågor och primärvårdens roll. I framtiden måste man i långt större utsträckning söka påverka faktorer i samhället som skapar hälsorisker och ohälsa. Detta förutsätter goda kunskaper om befolkningens situation och om de förhållanden som påverkar vårt välbefinnande och våra levnadsvillkor. Vidare skall den enskilda människan betraktas som en samarbetspartner som kan ta ansvar för sin egen men även andra människors hälsa. Slutligen ställs också krav på ett mer utvecklat samarbete med andra organisationer som kan medverka i arbetet för en förbättrad folkhälsa (2).

En viktig förutsättning för effektivt hälsoarbete är att hälsa betraktas som ett positivt begrepp och inte enbart som "frånvaro av sjukdom" (3, 4).

Idag har vi bra kunskaper om hälsofrågor (5). Vi vet att kvaliteter i människors levnadsvillkor är av betydelse för folkhälsan (6) t ex ökad utbildning, förbättrade bostäder, förbättrad arbetsmiljö och hygien, högre ekonomisk standard etc (7). Men idag möter vi också hälsoproblem som förutsätter nya synsätt och metoder.

2 Om hälsa och hälsoupplysning

2.1 Vår hälsa

I WHO:s definition av hälsa från 1948 anges att hälsa inte enbart är "frånvaro av sjukdom" utan även omfattar positiva kvaliteter som "välbefinnande i fysiskt, psykiskt och socialt avseende" (4). Inom forskningen har hälsan och dess positiva kvaliteter inte rönt samma vetenskapliga intresse som ohälsan och våra folksjukdomar (8). Vi vet ändå att vårt "välbefinnande" i hög grad är beroende av ekonomiska, sociala och psykologiska förhållanden.

Hjärt- och kärlsjukdomar, tumörer, rygg- och ledsjukdomar, psykosocial ohälsa har idag blivit de dominerande hälsoproblemen istället för infektionssjukdomar, nutritionsproblem och barnadödlighet som hörde "det gamla samhället till" (5). Idag har missbruk, dåliga levnadsvanor, ensamhet, stress, dålig arbetsmiljö, arbetslöshet blivit dominerande orsaker bakom våra hälsoproblem (9, 10). Också en ökad dödlighet bland yngre (25-34 år) och medelålders (45-54 år) män belyser att allvarliga problem präglar vårt moderna samhälle (6).

Att vissa grupper är särskilt utsatta understryker vikten av att man uppmärksammar förhållandena i samhället och genom hälsopolitiska åtgärder söker slå vakt om människors välbefinnande och begränsa deras sårbarhet (9, 10).

ALKOHOL OCH ARBETE

Under 1940-talet rådde ingen nämnvärd skillnad i dödlighet mellan normalbefolkningen och registrerade alkoholmissbrukare. Under 1970-talet kunde man däremot notera att alkoholmissbrukare jämfört med svenska män i samma ålder har en dödlighet som är omkring fyra gånger högre. Orsakerna till denna dramatiska utveckling kan vara många. Mycket talar för att förändringarna på arbetsmarknaden är en avgörande faktor. Arbetslösheten bland alkoholmissbrukare är stor. I det moderna arbetslivet tycks det finnas små möjligheter för alkoholmissbrukare, med frånvaroproblem, lägre och oregelbunden arbetskapacitet, att få delta (11, 12).

Vid diskussioner om hälsoproblemen i vårt samhälle är det viktigt att hålla i minnet

- att ohälsan är ojämnt fördelad bland befolkningen
- att dagens hälsoproblem i hög grad återspeglar förhållanden i vårt moderna samhälle
- att hälsoproblem är komplexa och inte behöver beskrivas enbart utifrån medicinska aspekter utan även utifrån psykologiska, sociala, ekonomiska och politiska
- att god hälsa förutsätter även positiva kvaliteter
- att hälsoarbetet inte enbart innebär att undanröja hälsorisker utan även att bidra till goda samhällsförhållanden, levnadsvillkor, miljöförhållanden och vanor.

2.2 Varför behövs hälsoupplysning?

Hälsoarbete kan bedrivas på många sätt. Hälsoupplysning är ett, men miljöförbättringar, arbetsmarknadsåtgärder, socialpolitik har också betydelse för folkhälsan.

Varför behöver man bedriva hälsoupplysning? Några viktiga skäl är

- *Kunskaper om hälsa* – en rättighet. Varje människa skall kunna främja sin hälsa och har rätt att ta aktiv del i vården av sin egen hälsa. För att det skall vara möjligt behövs kunskaper om de faktorer som påverkar hälsan, om risker och om vad som kan främja hälsan. Kunskap om hälsan kan sägas vara en mänsklig rättighet. Ett hjälpmedel för att sprida kunskapen är hälsoupplysning (13).
- *För riktade insatser.* Vissa grupper i vårt samhälle utsätts för särskilda risker p g a levnadsvanor, arbetsmiljö, sociala förhållanden etc. Dessa grupper bör kunna få en enkel och klar information om vilka risker man utsätts för, vad som kan göras och vilket stöd samhället eller andra organ erbjuder (14).
- *Mot negativ påverkan.* Kommersiell reklam och påverkan bedrivs idag med en aldrig tidigare skådad omfattning och har en stark genomslagskraft både bland barn, tonåringar och vuxna. Genom s k "ungdomskulturer", trender etc kan de kommersiellt påverkade attityderna utveckla och bidra till stereotypa uppfattningar om levnadssätt och mänskliga relationer (15). Hälsoupplysning kan motverka negativ påverkan av våra levnadsvanor samt som ett stöd för de grupper som är särskilt utsatta.
- *Debatt och opinionsbildning.* Hälsoupplysning är också ett sätt att väcka debatt, skapa intresse kring aktuella problem och kritiskt granska konventionella uppfattningar och värderingar. Det utmanar människor till att själva handla, försöka påverka beslutsfattare och att ställa krav. Därför kan hälsoupplysning av den typen bli både kontroversiell och utmanande. Exempelvis uppfattades de bilder av unga alkoholmissbrukare som Stockholms socialförvaltning använde i en alkoholkampanj 1980 i många fall som provocerande men gav uppenbarligen också god näring till en alkoholpolitisk debatt (16).

2.3 Hälsoupplysning vad är det?

Hälsoupplysning är inget entydigt begrepp (17). Kanske beror det på att olika organisationer som gör anspråk på att bedriva hälsoupplysning gärna formulerar en definition som överensstämmer med den verksamhet man bedriver.

Hälsoupplysning uppfattas allmänt som ett medel att påverka människors beteende och attityder med avseende på levnadsvanor, t ex kost, motion, tobak och droger. Massmedia, kampanjer, spridning av informationsmaterial av olika slag och andra former för envägskommunikation har dominerat hälsoupplysningsarbetet (18). Hälsoupplysningen bedrivs sålunda ofta med traditionella marknadsföringsmetoder och i praktiken finns det ett visst samband (19).

I debatten har det internationella begreppet "health education" tagits upp som en förebild för en mer utvecklad hälsoupplysning. Inte heller "health education" är något entydigt begrepp, men det förknippas med avancerad metodik och teori och är i många länder ett ämne för akademisk forskning och undervisning (20).

2.4 Begrepp och definitioner

WHO:s definition av "health education" är

- Varje kombination av planerade åtgärder, som leder till en situation, där människor önskar bli friska, vet hur de skall bli friska, gör vad de kan individuellt eller tillsammans samt söker hjälp när den behövs. (3).
- Hälsoupplysning skall inte betraktas som en fristående aktivitet inom primärvårdens hälsoarbete utan bör ingå i alla moment av hälsoarbetet från planering till utvärdering (21).

Hälsoupplysning kan bedrivas i form av information, utbildning, rådgivning eller fostran med syftet att göra människor hälsomedvetna. Hälsomedvetenheten gäller vår livsstil, kunskaper och färdigheter men även vår sociala mognad och vilja till ansvarstagande för oss själva och förhållanden i samhället (22, 23).

Socialstyrelsen har formulerat målet för hälsoupplysningen: "Hälsoupplysning syftar till att åstadkomma sådana förändringar i människors beteende som förbättrar hälsan och/eller eliminerar hälsorisker. Förändringen sker genom ökade kunskaper och påverkan av attityder".

Detta mål kan brytas ner i följande delar

- "Att öka enskilda individers och hela gruppers faktiska kunskaper" framhålls som grundläggande för förändringar av attityder och beteenden. För att förändra förhållanden i miljö och samhälle bör hälsoupplysning också användas för att ge människor kunskaper för att medverka i socialt och politiskt förändringsarbete (24).
- "Att ge vägledning för den enskilde individens handlande" markerar att hit men inte längre sträcker sig upplysarens ansvar. Det är individen själv som fattar beslut om exempelvis ett förändrat beteende. Att ge vägledning är en krävande uppgift som t ex innebär att stödja beslut,

medverka i formulerandet av realistiska och positiva mål och underlätta genomförandet (25).

- "Att utveckla ett ökat hälsomedvetande" understryker att hälsoupplysning bygger på att förändra människors resurser och positiva egenskaper. Hälsoupplysningsarbetet begränsas alltså inte till definierade "hälsoproblem" i form av faktiska hälsorisker, farligt beteende, negativa attityder etc utan omfattar även insatser som stärker människors förmåga att möta svårigheter och ta egna initiativ. Ett ökat hälsomedvetande bör också bidra till att hälsan värderas högre och att inte ekonomisk tillväxt, arbetsmarknadspolitiska åtgärder, miljöpåverkan etc, får ske på bekostnad av fysiskt, psykiskt och socialt välbefinnande och hälsa (26).
- "Att klargöra hälsofrågornas direkta samband med samhälls- och miljöförhållanden" är naturligtvis centralt, om hälsoupplysning skall bidra till en djupare förståelse av hälsoproblem, deras orsaker och vad som kan göras. Det är också viktigt att den enskilda människan har möjlighet att se de politiska, sociala, psykologiska och andra faktorer som påverkar hans/hennes attityder eller beteenden. Den insikten krävs för att människor skall orka motstå påverkan, utveckla hälsobefrämjande beteenden men också för att få insikt om vilka problem som förutsätter lösningar av politisk, ekonomisk och miljömässig karaktär (5). Om inte dessa perspektiv finns med i hälsoupplysningsarbetet finns det stor risk för att hälsofrågorna individualiseras och att den enskildes attityder och beteenden ses som enda och yttersta orsaken till hälsoproblem (27).

"Friskvård" och "egenvård" är begrepp med nära anknytning till hälsoupplysning. Med friskvård menar man vanligen hälsobefrämjande åtgärder som den enskilde själv kan vidta för att behålla eller förbättra sin hälsa. Uttrycket "egenvård" har i debatten betecknats som en "vårdnivå o" för tillstånd där individen eller anhöriga själva behandlar symtom eller sjukdomstillstånd. Några officiella definitioner av begreppen existerar dock inte (17, 28).

2.5 Möjligheter och begränsningar för hälsoupplysning

För att uppnå ett gott resultat förutsätts en viss kunskap om betingelser för att påverka människors levnadsvanor samt hur hälsoupplysning i praktiken fungerar. Det finns många exempel på hur en förenklad syn på dessa frågor har bidragit till dåliga resultat (29).

En av de vanligaste missuppfattningarna är att ökade kunskaper automatiskt ger förändrade attityder alternativt att förändrade attityder automatiskt leder till ökade kunskaper som till sist automatiskt ger ett förändrat beteende (30).

Naturligtvis är det inte så enkelt. Om man önskar åstadkomma förändringar i människors beteende måste man vara medveten om att bättre kunskaper och förändrade attityder inte automatiskt leder fram till förändrade vanor (31).

Om någon har kunskaper om tobakens skadeverkningar men samtidigt upplever rökningen som avstressande och stimulerande, så kan man inte

förvänta sig att ytterligare kunskaper får den personen att sluta röka.

Om en äldre änkeman, som aldrig lagat sin egen mat, både har kunskap om att han borde äta annorlunda och vill förändra sina matvanor, är det först när han får tillfälle att lära sig praktisk matlagning som han har möjlighet att förändra sin kosthållning.

Ett förändrat beteende förutsätter alltså i regel flera moment som utbildning, attitydpåverkan och medvetande likaväl som praktisk träning (27).

Människan är också beroende av sin miljö. Om exempelvis arbetskamrater, familj eller andra i den närmaste omgivningen inte stöder individens strävan att förändra sitt beteende så är det inte troligt att hon uppnår några positiva förbättringar hur väl utbildad, motiverad eller tränad hon än är (32). Särskilt när det gäller våra handlingar är vi beroende av sociala normer (33).

HÄLSOUPPLYSNING GENOM FAMILJEN

I Västtyskland valdes "familjen" (med familj avses varje samlevnadsform där minst en vuxen och ett barn ingår) som målgrupp för ett antal aktiviteter med inriktning bl a på samlevnadsfrågor, uppfostringsproblem men även kostfrågor, drogfrågor etc.

Att man valde familjen och inte enskilda individer motiverades bl a av att människor här lägger grunden till sin personlighet och sina värderingar, att familjens attityder och stöd många gånger är avgörande för individens beteenden samt att familjer, enskilt likaväl som tillsammans, är en viktig resurs i folkhälsoarbetet (34).

Även samhällsförhållanden har stor betydelse för vårt beteende. Jordbrukspolitiken påverkar våra matvanor (35). Reklam för t ex alkohol och tobak har haft betydelse för utvecklingen av våra konsumtionsvanor (36, 37). Även förhållanden som urbanisering, arbetslöshet, arbetslivets villkor och andra samhälleliga förhållanden har i hög grad påverkat våra vanor, vårt välbefinnande och vår hälsa (11, 38). Massmedier som film, TV, tidningar spelar naturligvis också en viktig roll som förmedlare av kulturella mönster och normer.

OLYCKSFALL OCH LÖNEFORM

1975 infördes nya löneformer i skogsbruket. Den gamla ackordslönen ersattes av en i huvudsak ren månadslön. Efter övergången sjönk olycksfallsfrekvensen drastiskt med 32 procent. En studie visar att fällningstekniken förändrades, skyddsutrustning användes i större utsträckning och risktagning undveks (39).

I det förebyggande arbetet är det viktigt att ha kunskap om hur förhållanden i samhället kan påverka människors kunskaper, attityder och beteenden och hur dessa förhållanden kan påverkas och förändras.

NÄR NORDKARELEN FICK LÄTTMJÖLK

Nordkarelenprojektet syftar till att sänka frekvensen av hjärt- och kärlsjukdomar bland befolkningen i ett län. Ett viktigt led i arbetet var kostinformation och den förebyggande verksamheten skapade ett ökat behov av bl a lättmjölksprodukter som mejerierna inte producerade. Det var först när man med en studie visade att mer än hälften av populationen i Nordkarelen ville köpa lättmjölksprodukter som producenterna ändrade sin attityd och satsade även på dessa produkter. Snabbt sjönk andelen som drack vanlig mjölk med ca 40 procent (27).

Ett lyckat hälsoupplysningsarbete förutsätter bl a

- att man är klar över vad som förutsätts för ett förändrat beteende (kunskap, attityder, färdigheter, förändringar i social omgivning eller av samhällsförhållanden)
- att individen själv upplever en förändring som positiv
- att förändringen är värd besväret, exempelvis rökabstinens
- att förändringen är eller uppfattas som möjlig och realistisk av den enskilde
- att man är medveten om och eventuellt söker påverka förhållanden i individens miljö som exempelvis förhindrar ett förändrat beteende
- att man är medveten om och eventuellt söker påverka förhållanden i samhället som försvårar eller underlättar förändringar.

3 Hälsoupplysning i primärvården

För att primärvården skall kunna leva upp till sina honnörsbegrepp (helhetssyn, primärt ansvar, närhet/tillgänglighet, kontinuitet, kvalitet, säkerhet, samverkan) och bidra till en förbättrad folkhälsa är det nödvändigt att där bedrivs hälsoupplysning och annan prevention (1, 13). Ändå har man anledning att ställa frågan varför just primärvården skall engagera sig i hälsoupplysningsarbetet. Andra organisationer skulle ju kunna stå för denna verksamhet. I exempelvis Jugoslavien finns erfarenhet av hälsoupplysning via lokala hälsoinformatörer som inte är knutna till en primärvårdsorganisation (40).

I det följande redovisas därför några förhållanden som talar för den centrala roll som hälsoupplysningsarbetet har fått i primärvården, men också en del kritiska synpunkter som man bör vara medveten om, om man vill undvika en del problem.

3.1 Aktuella problem

Följande problem och förhållanden skall uppmärksammas (41, 42, 43)

- Primärvården når många, men inte alla. Dess personal måste vara medveten om vad andra organ gör, och söka stödja och samarbeta med dem.
- Hälsofrågorna tenderar att medikaliseras, d v s man uppmärksammar inte sociala, psykologiska eller andra icke medicinska faktorer bakom hälsoproblemen, utan tillämpar enbart medicinska kunskaper i det förebyggande arbetet. Man ser inte alltid betydelsen av lekmannamedverkan eller människors egen förmåga att fatta beslut och ta ansvar.
- Hälsoupplysning skall inte bara beröra individen. Det är också viktigt att stödja kollektivt handlande och arbeta för sociala eller miljömässiga faktorer som kan förbättra människors hälsa och välbefinnande.

3.2 Fördelar med förankring i primärvården

En utbyggd primärvårdsorganisation skapar goda förutsättningar för hälsoupplysning bl a genom

- att man kan nå en stor del av en befolkning under ett år och olika kategorier av människor i vårt samhälle. Undantaget är i regel den yrkesverksamma manliga befolkningen – om inte företagshälsovård ingår i primärvårdens verksamhet (44)
- att man genom sitt breda arbetssätt (hälsovård för mödrar och barn, äldreomsorg, skolhälsovård, företagshälsovård, olika samarbetsformer med kommunala organ) har möjlighet att nå människor i olika situationer (45)
- att man kan få praktisk kunskap och erfarenhet av människors levnadsvillkor och förhållanden inom upptagningsområdet (46)
- att man möter människor – enskilt och i grupper – i frågor som rör hälsan (47)
- att man har naturliga och goda möjligheter att ta upp, diskutera och ställa förslag i hälsofrågor (47).

Primärvården har genom distriktssköterskor och distriktsläkare haft en tradition och erfarenheter av ett ganska offensivt förebyggande arbete inklusive hälsoupplysning. I den gamla provinsialläkarinstruktionen angavs skyldigheten att bevaka hälsotillståndet bland befolkningen och bedriva förebyggande arbete både bland människor och genom förbättringar av miljön (48). När provinsialläkarsystemet avvecklades, upphörde primärvårdens ansvar för övervakning av folkhälsan och miljörelaterade hälsoproblem (49). I distriktssköterskornas instruktion klargörs att deras primära uppgift är prevention (50). Distriktssköterskornas möjligheter till förebyggande arbete har emellertid också begränsats genom alltmer omfattande hemsjukvård och uppföljning av behandling som påbörjats i sluten vård (51).

3.3 Huvudmännens intresse för prevention

Under de senaste tio åren har mycket omvärderats inom hälso- och sjukvården. Prevention har fått en renässans (52). Man bör dock vara medveten om att det är stor skillnad mellan de planer och preventiva mål som formulerats och den verksamhet som faktiskt bedrivs.

Idag har så gott som samtliga landsting i vårt land producerat friskvårds- och hälsovårdsplaner där begrepp som helhetssyn, eget ansvar, demokratiskt inflytande etc återkommer. En del landsting genomför s k "friskvårdssatsningar" vilket i regel innebär att man samarbetar med frivilliga organisationer eller låter dessa ta ett självständigt ansvar för verksamheten. Andra landsting försöker bygga upp en egen hälsoupplysningsverksamhet som kan vara primärvårdsanknuten. I några fall söker man också planera det förebyggande arbetet utifrån kartläggning och analys av befolkningens hälsoförhållanden och behov.

Endast några få landsting lever upp till de mål man angett. I flera fall nöjer man sig med att stödja olika organisationers verksamhet utan särskilda krav på inriktning eller utformning (53).

Däremot tar enskilda distriktssköterskor, distriktsläkare och annan primärvårdspersonal inte sällan initiativ till utvecklingsarbete och hälsoupplysning. Med relativt begränsade resurser och entusiasm har man fått igång

intressanta aktiviteter och nått goda resultat. Bland många försök kan bl a nämnas

- samarbete mellan primärvård och frivilliga organisationer om kost- och motionsaktiviteter
- olycksfallsprevention bland barnfamiljer eller via distriktssköterskor, barnavårdscentraler
- föredragsserie om hälsoupplysning
- system för utbildning och information om egenvård
- alkoholpreventiva program i samarbete med frivilliga organisationer och primärkommuner
- rutin och material för hälsoupplysning vid distriktssköterske- och distriktsläkarmottagningar
- lokala primärvårdsprogram med preventiv inriktning
- samarbete mellan primärvård och skola om hälsofostran
- riktad hälsoupplysning till exempelvis äldre, tonåringar, blivande och nyblivna föräldrar
- samarbete mellan primärvård och studieförbund i samlevnadsutbildning med föräldragrupper.

Socialstyrelsen, regionala hälsovårdsenheter, hälsoupplysningsenheter och samhällsmedicinska enheter medverkar ofta i lokala utvecklingsarbeten men många intressanta försök startas på enskilt initiativ. Man bygger då upp verksamhet utan särskilda resurser utifrån. Medel saknas ofta för utvärdering och information och försöken får därför i regel liten uppmärksamhet. Detta är beklagligt då de i praktiken exemplifierar hur utvecklingsarbete kan bedrivas under de villkor som råder inom en vanlig primärvårdsorganisation.

Dessa genuina primärvårdsprojekt har ofta den svagheten att de är starkt uppknutna till någon eller några aktiva personer. På så sätt står och faller aktiviteterna med dessa. Det s k Hedeprojektet fick exempelvis svårigheter att överleva sedan den drivande läkaren lämnat orten (171). Det är alltså nödvändigt att försöka engagera fler inom primärvårdsorganisationen, men främst att finna former för att integrera hälsoupplysningsarbetet i primärvårdens dagliga verksamhet.

4 Förutsättningar för förebyggande arbete

De förtroendevaldas stöd och engagemang och personalens aktiva medverkan i utvecklingsarbetet är några centrala förutsättningar för att satsningen på förebyggande arbete inom primärvården skall kunna förverkligas (54, 55). Därför är det viktigt att tidigt formulera hälsopolitiska mål, planer för utvecklingsarbete och lämpliga arbetsformer (56). Genom diskussioner och utbildning kan man ge personalen möjlighet att sätta sig in i sina framtida arbetsuppgifter och i de centrala frågeställningarna (57). Politiskt ansvariga, företrädare för primärkommunala organ, organisationer etc som kan komma att samarbeta med primärvården, bör också delta. Utbildning och diskussioner tar dock tid och det är oftast stimulerande att komma igång med det praktiska arbetet så snart som möjligt (58). Utbildnings- och utvecklingsarbete kan mycket väl bedrivas parallellt. Det viktiga är att diskussioner som kan förklara och engagera inleds tidigt och inte sent som "jästen efter brödet" (59).

Frågor som tidigt bör tas upp är bl a

- politikernas stöd och ansvar
- ett nytt synsätt på hälsofrågor
- helhetssyn i arbetet
- behov av legitimitet och trygghet inför de nya uppgifterna
- behov av kunskaper, metoder och resurser
- samarbete med andra organ och formerna för det (58, 60).

4.1 Politikernas stöd och ansvar

Den tidigare sjukvårdslagstiftningen innehöll detaljerade regler med många kontrollfunktioner som landstingen inte hade så stora möjligheter att påverka. Den nya hälso- och sjukvårdslagen har en annan karaktär. Det är en ramlag som kräver engagemang, förberedelse och politiska ställningstaganden på landstingsnivå. Avsikten är att skapa utvecklingsmöjligheter och det förutsätter en politiskt uttalad färdriktning mot långsiktiga mål (13).

Utvecklingsarbete av primärvård och förebyggande arbete innebär att politikerrollen måste utvecklas så att man exempelvis har möjlighet att i större utsträckning ta ansvar för befolkningens hälsa istället för att enbart syssla med driften av sjukvårdens inrättningar. Politiker behöver inte i första hand vara operativa chefer. En viktigare uppgift är att ta ansvar för att hälso-

och sjukvårdens verksamhet och service bättre överensstämmer med befolkningens faktiska behov (54).

På vilket sätt kan då de förtroendevalda stödja utvecklingen av prevention och hälsoupplysning och ta ett konkret ansvar för verksamheten? Några viktiga uppgifter är

- att göra prioriteringar som möjliggör preventiva satsningar (2)
- att anpassa planeringen av hälso- och sjukvårdens verksamhet till befolkningens behov och de hälsopolitiska målen (54)
- att stödja forsknings- och utvecklingsarbete inom primärvården, institutioner och högskolor etc som arbetar med prevention och epidemiologi (56)
- att ge möjlighet för samordning mellan olika organ, dels på lokal nivå och dels mellan centrala, regionala och lokala nivåer så att dubbelarbete undviks, så att verksamheten blir effektiv och att hälsopolitiken blir konsekvent och övertygande (2)
- att vid samhällsplanering (ekonomisk, miljömässig etc) bevaka hälsofrågorna så att utvecklingen leder till en bättre folkhälsa (3)
- att uppmuntra och stimulera goda initiativ till hälsoarbete bland enskilda grupper (3)
- att föra en politisk debatt så att hälsa och välbefinnande uppmärksammas mer i frågor som berör människors vardag likaväl som samhällsutvecklingen i stort.

4.2 Ett nytt synsätt

Ett offensivt hälsoarbete förutsätter ett synsätt på ansvaret för befolkningens hälsa och på primärvårdens uppgifter som för många är nytt (54).

Personalen bör därför få möjligheter att bl a diskutera

- aktuella hälsoproblem och deras orsaker
- vilka förebyggande uppgifter har primärvården, andra organisationer och vad kan man samarbeta kring
- vad kan olika personalkategorier göra i det förebyggande arbetet
- vilka potentiella resurser utgör en utbyggd primärvård, andra organisationer och människor själva (61).

UTBILDNING INFÖR DEN NYA PRIMÄRVÅRDEN

För att engagera de anställda i utvecklingen av primärvården och ge dem kunskaper om dess innehåll och målsättning genomför landstinget i Skaraborg en personalutbildning som i princip skall nå samtliga anställda. Utbildningen genomförs i två steg.

Först inbjöd hälsovårdsenheten (landstingets utvecklingsenhet för förebyggande arbete) fyra representanter från vart och ett av de 16 primärvårdsområdena (i regel 1:a distriktssköterska, föreståndare, utbildningssekreterare, hälsoplanerare) att delta i en internatutbildning omfattande totalt åtta dagar.

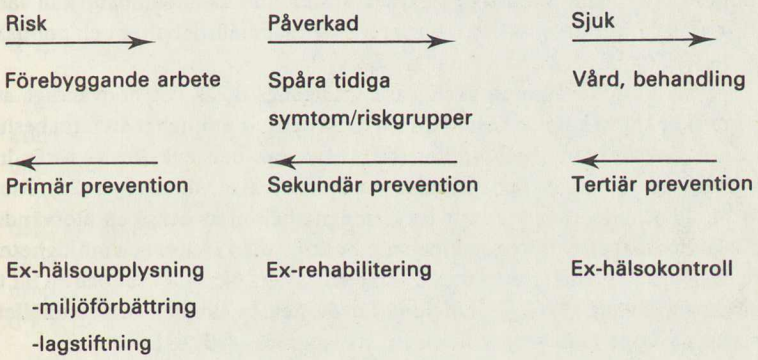
De moment som togs upp var

- samhälle, utveckling, levnadsvillkor och hälsa
- vad är primärvård, den nya hälso- och sjukvårdslagen och socialtjänstlagen
- från förebyggande arbete till omvårdnad
- våra yrkesroller och primärvårdens arbetssätt
- samverkan med andra organ
- praktisk träning av handledarrollen
- modeller för genomförande av steg 2.

I det andra steget har de olika primärvårdsområdena beroende på storlek och lokala förhållanden, valt olika modeller för att nå samtliga anställda. Under en 3-årsperiod kommer man att genom studiecirklar, konferenser eller föredragsserier försöka genomföra de lokala utbildningsprogrammen (61).

Särskilt viktigt är det att personalen betraktar prevention och sjukvård som kompletterande arbetsuppgifter och inte motstridande (62, 63).

Primärvårdspersonalen måste naturligtvis ha praktiska möjligheter att arbeta förebyggande och kunna anpassa sina insatser i förhållande till de problem man möter i det dagliga arbetet. Det innebär att man skall kunna förebygga likaväl som att bota och vårda (64).



Figur 1 Sjukdomsförloppet

I modellen (Fig 1) beskrivs ohälsa som ett förlopp. Sjukdom betraktas inte som "en blixt från en klar himmel" utan som en följd av en process som ytterst sett orsakas av risker i någon form p g a individens beteende, miljön, strukturella problem eller andra orsaker (65).

För att primärvården skall kunna angripa hälsoproblem så tidigt som möjligt är det nödvändigt att kunna angripa dem på det sätt de uppträder: som en hälsorisk eller en sjukdom – ute i samhället eller på mottagningen (59).

4.3 Helhetssyn och ansvar

Helhetssyn framhålls som ett av primärvårdens s k honnörsbegrepp (1). I praktiken utgår varje människa, oavsett om hon är anställd i primärvården eller inte, från sin helhetssyn, d v s sin uppfattning om verkligheten. Det är utifrån detta perspektiv som den enskilda människan bedömer vad hon vill eller kan göra för att förändra sina levnadsvanor (66). Det är därför viktigt att veta vems helhetsperspektiv som ligger till grund för den förebyggande insatsen eller vilka gemensamma värderingar och synsätt som informatör och målgrupp kan dela (27).

För att kunna förstå andra människors situation och behov av stöd för att ändra levnadsvanor bör man vara medveten om vilka sociala, miljömässiga, ekonomiska och andra faktorer som inverkar på människors hälsa och beteende (27). Det kan innebära att ett hälsoproblem som exempelvis rökning inte betraktas enbart som ett individuellt problem. Kommersiella intressen, tillgänglighet och allmänna värderingar har naturligtvis en avgörande betydelse för tobaksbruket (36).

Arbetar man utifrån en helhetssyn kan man underlätta människors möjligheter att se resurser till förändring i sin omgivning. Insikt och förståelse om den egna situationen är också nödvändigt för att man skall kunna uppfatta sina valmöjligheter och kunna ta ansvar för förändringar (26, 36). En helhetssyn är också ett sätt att stärka människors kunskaper och undvika individualisering av problem som ligger utanför människors praktiska möjligheter att direkt påverka men som kräver politiska, ekonomiska och miljömässiga åtgärder. Insikt om sådana samband kan vara en stimulans för människor att engagera sig i samhällsdebatter och politiskt arbete (67).

För att hälsoupplysning skall vara framgångsrik är det nödvändigt att människor själva känner ansvar för sin hälsa och har möjlighet att fatta beslut om sina levnadsvanor och villkor (66). Man kan helt enkelt inte förändra människors beteenden och attityder om de inte själva vill och kan (26). Men ett renodlat individuellt ansvar för den egna hälsan är också en återvändsgränd. Ett sådant synsätt kan innebära att skillnaden i hälsa och möjligheten till överlevnad mellan resursstarka och resurssvaga ökar då "var och en får ta ansvar för sig själv" (36). Individen får då helt ta skulden och samhällets ansvar i viktiga hälsofrågor kommer att ignoreras (68, 69).

Ett viktigt inslag i hälsoarbetets etik är sålunda erkännandet av samhällets ansvar för hälsoproblem och för genomförandet av förebyggande åtgärder. Social rättvisa är också ett viktigt motiv för preventiva insatser (70).

För att människor skall vara aktiva och kunna ta medvetna beslut krävs bl a

- att de har tillräckliga kunskaper för att bedöma ett hälsoproblem och insikt om sina motiv och behov bakom exempelvis en viss vana eller föreställning (67)
- att de inte känner sig som passiva föremål för professionell omvårdnad utan själva kan ta ställning och ansvar för sin egen och andra människors hälsa (71)
- att de har förutsättningar att åstadkomma förändringar. Det är viktigt

med realistiska mål och att lösningarna ligger på rätt nivå, d v s att man inte lägger ansvaret på den enskilde för strukturella eller miljörelaterade problem, men att man inte heller begränsar den enskildes möjligheter att ta ställning och handla genom att framhålla att allt beror på yttre och samhälleliga förhållanden (69).

DROGFÖREBYGGANDE ARBETE BLAND TONÅRINGAR

Fördjupade kunskaper om alkoholens skadeverkningar hindrar sällan tonåringar att "ta sitt första glas". Alkoholen kan uppfattas som inträdesbiljetten till vuxenvärlden eller en markering av självständighet gentemot föräldrar och andra vuxna. Diskussioner med ungdomar kring föreställningar om alkohol, vuxenrollen, kamraternas och ungdomskulturens betydelse och osäkerhet inför det motsatta könet kan däremot hjälpa många ungdomar att genomskåda mytbildningen kring alkohol. Denna typ av hälsoupplysning syftar till

- att skapa medvetenhet om faktorer som påverkar våra attityder och vanor
- att stimulera till utvecklandet av positiva alternativ
- att stimulera självinsikt och stärka individens egna resurser och goda initiativ
- att stödja solidariteten inom gruppen (72).

4.4 Legitimitet och trygghet

"Ett nytt synsätt" inom primärvården innebär inte automatiskt att man kommer att arbeta mer förebyggande. En viktig förutsättning är att uppgiften upplevs som legitim.

Hälsoupplysning har etiska och politiska aspekter (73). Genom att många hälsoproblem – exempelvis missbruk – också beror på samhällsförhållanden, kommersiell påverkan etc, finns det de som ifrågasätter hälsoupplysning. Man uppfattar den som ett ensidigt satsande på individens hälsoansvar, d v s enbart "offret" får skulden (69).

Legitimiteten i hälsoupplysning kan också ifrågasättas om verksamheten uppfattas som ett uttryck för en otillbörlig social kontroll och professionalisering av vardagsproblem som borde ligga i vanliga människors förmåga att klara av. Därför är det viktigt att diskutera hur man med hälsoupplysning i stället kan stödja människor och ge hälsoarbetet en positiv innebörd.

Hälso- och sjukvårdspersonal har en medicinskt inriktad utbildning med främsta syfte att bota sjukdom eller hindra symtom. Det kan vara svårt att se sig som "hälsoupplysare" med uppgift att påverka människors liv och vanor. Många undrar också hur de skall hinna allt, hur de skall orka, kunna o s v. Ibland gömmer man sin osäkerhet bakom en strikt yrkesroll och accepterar inte de nya uppgifterna (42).

I praktiken måste personalen tidsmässigt eller på annat sätt få ett stöd att utveckla nya arbetsformer (75). Om exempelvis den nya hälso- och

sjukvårdslagen enbart presenteras som ett interncirkulär uppfattas dess betydelse naturligtvis därefter. Den som vill prioritera förebyggande arbete kan få det svårt och kanske bli betraktad som illojal och självsvåldig av kolleger (73), särskilt i tider av ekonomisk åtstramning och knappa resurser.

Det är viktigt att den egna primärvårdsorganisationen är klar över vad den vill arbeta med och har realistiska modeller för genomförandet. Detta är en grund för den trygghet som är nödvändig för att personal skall våga satsa sitt arbete och entusiasm (60).

Förutsättningar för trygghet skapas också om man delar en ambition eller ny idé med arbetskamraterna. Då kan man gemensamt våga ta steget och börja med nya arbetsuppgifter. Därför bör man från början gemensamt diskutera förväntningar och farhågor och om man kan dela en allmän målsättning.

Idag finns värdefulla erfarenheter av hur man skapar trygghet, legitimitet och engagemang inom organisationer i utveckling. Förändringsarbete ställer krav på stöd i olika former som berör den enskilda individen, arbetsgruppen och relationer inom organisationen (60, 71).

4.5 Kunskaper och metoder

Delvis finns redan nu tillräckliga kunskaper för att starta utvecklingen av hälsoupplysning inom primärvården. Genom praktisk erfarenhet känner personalen relativt väl till förhållandena bland människor i upptagningsområdet (76). Genom sin utbildning har man också kunskaper kring hälsoproblem och deras medicinska aspekter. Det som saknas är ofta insikten om hälsans betingelser i miljö och livsstil och hur man påverkar dessa faktorer.

Ett "kunskapsproblem" är den attityd man ibland möter bland dem som har lång erfarenhet av arbete inom primärvården. De anser sig kunna hälsoupplysning och man tycker sig inte ha något behov av vidareutbildning. Kanske döljer denna attityd också osäkerhet och rädsla inför förändringar.

Känslan av osäkerhet inför att arbeta med förändringar av människors levnadsvanor kan vara orsak till orealistiska förväntningar på "supermetoder" (77). Under alla omständigheter är förändringar av människors beteenden komplicerade processer (76). I vissa fall bidrar en enstaka information till förändrade beteenden men regeln är dock att sådana förändringar kräver mer långsiktiga och tålmodiga insatser (50).

Primärvårdens arbetssätt och inriktning påverkar valet av metod. Olika metoder kräver olika insatser och resurser och bör därför anpassas till de förhållanden som råder inom organisationen. Om metoder och tekniska frågor får för stort inflytande finns det risk för att det påverkar arbetets inriktning och det kan bli svårt att anpassa hälsoupplysning till konkreta behov och mål.

4.6 Effektiv resursanvändning

Personella, ekonomiska och lokalmässiga resurser varierar i hög grad mellan olika primärvårdsområden idag. Icke tillsatta tjänster, små lokaler, underdimensionering gör det naturligtvis svårt att tänka på annat än att "hålla näsan precis över vattenytan". Inom många primärvårdsorganisationer är samarbetet mellan nyckelgrupper som distriktsvård och allmänläkare ganska outvecklat. Belastningen inom primärvården kan också vara ojämn. Distriktssköterskor och distriktsläkare kan exempelvis vara överansträngda medan andra delar av primärvårdsorganisationen går för halv maskin (78, 79).

Bristande resurser är dock ganska sällan det egentliga hindret för att starta utvecklingsarbete (77, 80). Ett betydligt vanligare hinder är att det förebyggande arbetet uppfattas som en andrahandsuppgift. Då är det naturligtvis svårt att inse hur det skall integreras i det vardagliga arbetet och risken är stor för att en skenbar motsättning mellan prevention och sjukvård kvarstår (81).

Troligen kommer förväntningarna på en mer offensiv primärvård att mötas med krav på mer resurser (82). Under det närmaste decenniet talar dock mycket för att den offentliga sektorn snarare kommer att minskas än att ökas. Det är alltså under knapphetens kalla stjärna som primärvårdens nya roll skall utformas. Om de hälsopolitiska målen skall nås, krävs stor klokhet och eftertanke. Bättre utnyttjande av resurser, bättre organisation, kvalitativa förbättringar kommer att bli nödvändiga (75).

4.7 Samarbete med andra

Med en satsning på hälsoupplysning och allmän förebyggande verksamhet kommer primärvårdens arbete i stor utsträckning att bedrivas ute i samhället – där människor lever och utsätts för hälsorisker, men där också de stora resurserna för förändringar finns (83). I sin dagliga miljö har naturligtvis människor andra förutsättningar att känna ansvar och inflytande än inför sköterskan eller doktorn på mottagningen. Här lever hon i en miljö hon känner och bland människor hon har djupare relationer till. Att möta människor utanför vårdcentralen, exempelvis i föreningslivet, vid föräldraträffar, i studiesammanhang eller i hemmen kan underlätta möjligheterna till kontakt och diskussion om hälsofrågor. Som förälder visar många människor större beslutsamhet och engagemang än som patient som upplever mer eller mindre uttalade förväntningar från läkaren eller sjuksköterskan om en förändrad livsstil (84).

I en kommun finns det i regel många organisationer som mer eller mindre aktivt bedriver hälsoupplysning eller förebyggande arbete. Primärvården är en bland många organisationer i detta avseende. Ett samarbete med primärkommunala organ, frivilliga organisationer, politiska beslutsfattare etc innebär att många människor kan komma med i arbetet (2, 85). Samarbetet skapar också andra fördelar

- att man når olika målgrupper lättare och i deras dagliga miljö (exempelvis skolbarn via skolan, yrkesverksamma genom fackliga organisationer och företagshälsovård, ungdomar via föreningsliv och ungdomsgårdar etc)
- att frivilliga liksom professionella engageras
- att aktiviteter kan få en bred och omfattande uppläggning
- att information sprids lättare samt
- att primärvården engageras djupare i samhällslivet (83).

Primärvården har ännu relativt begränsade erfarenheter av arbete tillsammans med andra organisationer. Det medicinska ansvaret och kompetensen har bidragit till att man på många håll klart avgränsat sitt verksamhetsfält gentemot andra. Inom vissa primärvårdsorganisationer i Sverige har man dock under 1970-talet utvecklat mer socialmedicinska arbetsformer i samarbete med exempelvis socialtjänsten – erfarenheter som idag är av stort värde (2, 86).

Visserligen kan olika organisationer ha högst varierande synsätt på hälsa och hälsoupplysning, men detta förhållande kan också vändas till en fördel. Professionella och lekmän bör bli medvetna om att de kan komplettera varandra. Det professionella kunnandet är nödvändigt för att klargöra hälsoproblem och deras orsaker. Kunnande om lämpliga metoder finns också utanför hälso- och sjukvården. "Amatörismen" behövs för att skapa engagemang i hälsofrågor, mobilisera människors egna resurser samt som stöd och hjälp till utsatta grupper. Samarbetet kan alltså ge ny kvalitet åt hälsoarbetet men det kommer också att kräva tid för att utvecklas (87, 88).

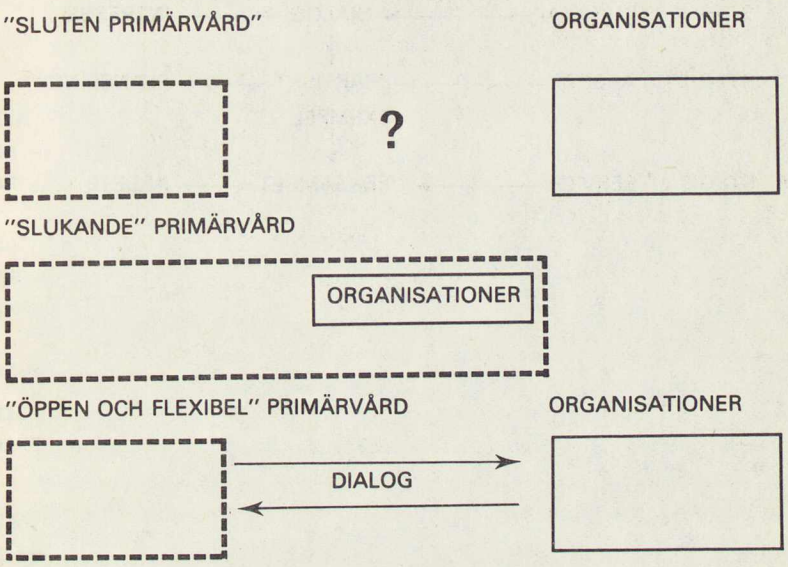
Vad krävs då av primärvården för att kunna samarbeta med andra organisationer? Bl a kan nämnas

- förmåga att kommunicera/uttrycka sig begripligt och engagera andra för en diskussion om gemensamma mål och och uppgifter
- kunskap om sina möjligheter men även begränsningar i hälsoarbetet
- kunskap om andra organisationers inriktning och motiv för att arbeta preventivt
- att primärvården kan erbjuda något positivt genom samarbetet.

Att uttrycka sig begripligt innebär t ex att undvika medicinskt fackspråk eller att beskriva hälsotillståndet i kommunen så att den enskilda organisationen får en uppfattning om vad den kan bidra med. En första kontakt skall snabbt ge var och en möjlighet att se de gemensamma intressena och vad var och en kan bidra med (89).

Om primärvården inleder samarbete utan att ha klargjort sin egen roll och sina motiv finns det risk för problem. För det första kan primärvården genom sin kunskap och auktoritet "sluka" andra organisationer eller passivisera dem. Primärvården monopoliserar då hälsoarbetet och drar på sig en onödigt stor arbetsbelastning. För det andra kan resultatet bli att primärvårdens initiativ uppfattas som ett hot och andra organisationer inte ser sin roll i arbetet. Skolor, föreningar etc kommer då att oberoende av primärvården arbeta med hälsofrågorna utifrån sina egna perspektiv. Primärvården blir isolerad och sluter sig kanske i en strikt professionell attityd.

För att utveckla en öppen och flexibel primärvård med bra relationer till andra organisationer krävs någon form av medveten strategi, särskilt om dessa förväntas att successivt ta ett större ansvar för det förebyggande arbetet. Vad primärvården framför allt kan erbjuda andra är kunskaper om exempelvis hälsa och ohälsa i kommunen, dess orsaker, och behov av åtgärder, samt service i form av material och medverkan i utbildning och kontakter.

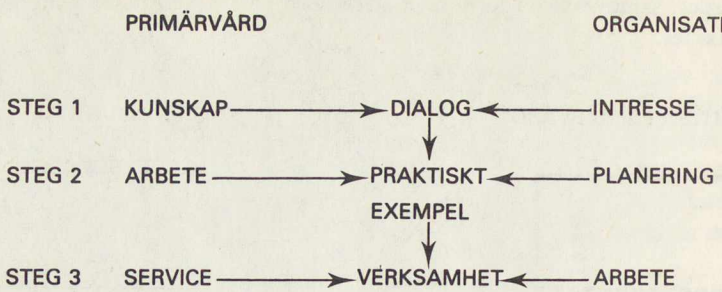


Figur 2

Primärvården kan med hjälp av sina kunskaper, exempelvis om hälsoförhållandena i kommunen, etablera en kontakt med organisationer som har intresse av dessa kunskaper och erfarenheter. Det kan vara grunden till en dialog om vad som bör göras.

Ofta finns en osäkerhet om hur hälsoarbetet i praktiken skall bedrivas. Om det är nödvändigt bör primärvården i detta läge ha möjlighet att inleda någon form av verksamhet som kan kännas som ett praktiskt exempel. Organisationen följer arbetet och planerar sin kommande insats. Det är alltså viktigt att man känner ansvar och är beredd att så småningom ta över verksamheten. Primärvårdens uppgift kan därefter bli att ge service i någon form, samordna aktiviteter etc. På så sätt kan arbetet successivt spridas ut i kommunen och engagera fler (58).

Primärvården behöver naturligtvis också stöd i sin uppgift. Därför behövs stöd både på regional nivå (samhällsmedicinska enheter) och nationell nivå (exempelvis socialstyrelsen) för att utvecklingsarbetet inte skall stagnera (90, 91).



Figur 3 Strategi för samarbete

5 Att utveckla hälsoupplysning

När man inom den lokala primärvårdsorganisationen klargjort förutsättningar för hälsoupplysningsarbetet är det dags för nästa steg – att planera och utveckla verksamheten.

Planering och utvecklingsarbete är nödvändigt, bl a för att uppfylla den nya hälso- och sjukvårdslagens intentioner (13, 56). Därför är det viktigt att granska hur planerings- och utvecklingsarbete skall läggas upp för att få en positiv effekt.

För enkelhetens skull kommer utvecklingsarbetet att beskrivas utifrån två aspekter

- planeringsarbetet, d v s formulerandet av mål, medel och metoder
- förändringsarbetet, d v s hur man praktiskt förverkligar planerna (55, 92).

Det är många erfarenheter och aktiviteter som skall samordnas i utvecklingsarbetet. Allt kan inte göras på en gång. Strategiskt tänkande är viktigt för att börja arbeta på rätt sätt, engagera personalen och få alla att arbeta för ett gemensamt mål (56).

5.1 Planeringsarbetet

För planering erfordras någon form av målsättning. Inom hälso- och sjukvården har man ofta nöjt sig med att ange mål som tjänster, antal bäddar eller antal läkarbesök, vårddagar m m. Idag söker man formulera de hälsopolitiska målen utifrån önskad effekt (effektmål) som exempelvis en förbättrad folkhälsa (92). Ett problem är dock att hälsa mäts och beskrivs ur ett defensivt perspektiv, d v s i termer av sjukdom och dödlighet (8). Det innebär att de hälsopolitiska målen oftast begränsas till åtgärder som förhindrar dödlighet och sjukdom och inte direkt inriktas på åtgärder som förstärker människors egna resurser och välbefinnande.

De som planerar hälsoarbetet i en kommun bör använda sig av effektmål som anger både hälsobefrämjande åtgärder likaväl som begränsningar av sjukdom och tidig död (92).

Som första steg i planeringsarbetet bör man formulera mål för det lokala hälsoarbetet. Som underlag är följande material viktiga

- övergripande hälsopolitiska mål (nationella alternativt regionala)
- kartläggning av befolkningens hälsa och levnadsvillkor
- kunskaper avseende samband mellan levnadsvanor, miljö, samhällsförhållanden och hälsa.

Därefter har man förutsättningar att specificera konkreta mål, resurser och metoder för hälsoupplysningsarbete.

5.1.1 Övergripande hälsopolitiska mål

Sverige saknar en övergripande hälsopolitisk målsättning av typ "Healthy people" (5). Däremot ger den nya hälso- och sjukvårdslagen möjlighet till en mer övergripande hälsopolitisk målformulering på i första hand landstingsnivå (13).

OHÄLSA I NORRBOTTEN

För att skapa underlag för en hälsopolitisk planering har man i Norrbottens läns landsting genomfört en kartläggning och problemorienterad analys av brister avseende befolkningens hälsa och dess möjligheter att på lika villkor få del i en ändamålsenlig hälso- och sjukvård. Arbetet har genomförts av socialmedicinska forskningsenheten i Luleå och man har bl a koncentrerat sitt arbete på ohälsans utveckling i Norrbotten ur ett historiskt och regionalt perspektiv samt hälsoproblem, hälsorisker, vårdutnyttjande och levnadsförhållanden i olika åldersgrupper och geografiska delar i länet. Som planeringsunderlag skall dessa uppgifter användas för att bedöma hälso- och sjukvårdens verksamhet, fördela resurser i länet och ställa upp effektmål (92).

Vid planeringen av primärvårdens lokala hälsoarbete kan en länsövergripande plan ge lämpliga ramar i form av mål, resurser och metoder. I den länsövergripande planen kan man också precisera det stöd och den service som en samhällsmedicinsk enhet kan ge det enskilda primärvårdsområdet. Det innebär att man kan kombinera det lokala hälsoarbetet med länsövergripande aktiviteter av typ information, samverkan med massmedia, produktion av informationsmaterial, utbildning av nyckelgrupper både inom primärvård och ute i kommunerna, utvärdering av aktiviteter, samarbete kring särskilda utvecklingsprojekt, samverkan med länsorgan för skola, frivilliga organisationer, folkrörelser, primärkommuner etc (93).

Målen kan också vara av heltäckande karaktär som exempelvis programmet för amerikansk hälsopolitik under 80-talet "Healthy people" (5).

FEM NATIONELLA MÅL FÖR AMERIKANSK HÄLSOPOLITIK UNDER 80-TALET HEALTHY PEOPLE

- Fortsatt förbättring av spädbarns hälsa och reducering av spädbarnsdödligheten med 35 procent till mindre än 9 per 1 000, genom att minska antalet barn som är lågviktiga vid födelsen (bristfällig mödravård, bristfällig näring hos modern, rökning, alkohol m m) och genom att minska antalet missbildade barn (vaccination mot röda hund, reducering av kemiska risker och strålning i arbetsmiljön, minskning av läkemedelsbruk under graviditet, minskning av alkoholmissbruk).
- Förbättra barns hälsa och psykiska utveckling och minska dödligheten bland 1-14-åringar med minst 20 procent till mindre än 34 per 100 000, genom insatser riktade mot läs- och skrivsvårigheter, utvecklingsstörning, fysisk och psykisk misshandel och kostvanor, samt genom att minska barnolycksfall (trafik och fritidsolyckor, förgiftningar).
- Förbättra hälsan och hälsobeteende bland unga i åldrarna 15-24 år och minska deras dödlighet med minst 20 procent till 93 per 100 000, genom att minska trafikolycksfall (minskad hastighet, bilbälte och trafiknykterhet) minskat missbruk (information och attitydpåverkan), färre självmord (tidig insats hos människor med självmordsbeteenden) samt färre mord (vapenkontroll).
- Förbättra hälsan och minska dödligheten bland vuxna (25-64 år) med minst 25 procent till under 400 per 100 000, genom att minska hjärt- och kärlsjukdomar (minskad rökning via information, minskat fettinnehåll i maten, tidig upptäckt och behandling av högt blodtryck) samt genom minskad cancerdödlighet (minskad rökning, alkohol, strålning röntgen, yrkesmässig exposition för kemiska ämnen, cancerframkallande tillsatser i kosten, luft- och vattenföroreningar samt tidig upptäckt av cancer i bröst och livmoder).
- Förbättra hälsan och livskvaliteten bland de äldre och reducera antalet dagar där sjukdom hindrar dagliga sysslor med 20 procent till mindre än 30 dagar per år för människor 65 år och äldre. Genom uppsökande verksamhet kan många sjukdomar upptäckas och åtgärdas i tidiga stadier, förbättrad social service möjliggör eget boende, servicehus, fysisk och psykisk aktivering. Slutligen föreslås vaccination av riskindivider mot influensa och lunginflammation (5).

5.1.2 Lokalt kartläggningsarbete

Vi har tillräckliga kunskaper om folksjukdomarna och om andra hälsofrågor för att åtminstone kunna ange vad hälsoarbetet i huvudsak bör inriktas på. Ett lokalt kartläggningsarbete är värdefullt för planeringen. Man får

- en helhetsbild av levnadsvillkor och hälsoförhållanden i t ex en kommun
- en beskrivning av befolkningens sammansättning och fördelning med avseende på kön, ålder, boendeförhållanden, särskilda behov och problem (klargör exempelvis äldres levnadsvillkor, behov av hälso- och sjukvårdsservice nu och i framtiden)
- underlag för val av åtgärder (exempelvis kan rökproblemet i en kommun i första hand finnas inom industrin, i en annan bland tonårsflickor)
- en uppfattning om komplexa hälsoproblem (exempelvis hade kvinnorna i en kommun att välja mellan arbetslöshet eller tunga industrijobb. Detta återspeglades bl a i en överrepresentation av medelålders kvinnor med ledproblem och psykiska besvär)
- beskrivning av eventuella specifika hälsoproblem i kommunen (exempelvis överrepresentation av olycksfall, lösningsmedelsskador etc)
- underlag för att bedöma behovet av samverkan med andra organ
- prognoser och beskrivning av utvecklingstendenser (exempelvis kan ett minskat antal arbetstillfällen på längre sikt bidra till ökad ohälsa och belastning på primärvården (94, 95, 96).

Den lokala kartläggningen kan också genomföras som ett utbildningsarbete som i följande exempel.

PRAKTISK EPIDEMIOLOGI 1982

Genom intervjuer, studiebesök och granskning av material och fakta sammanställde en studiegrupp vid Skaraborgs vårdhögskola en bild av Falköpings kommun ur perspektivet

- Falköpings historia och utveckling
- Miljöförhållanden och levnadsvillkor
- Hälsa och sjukdom
- Dag 1: Introduktion i praktisk epidemiologi, kursens uppläggning och syfte
- Dag 2-6: Fältarbete. Intervjuer med nyckelpersoner som kommunens "historieskrivare", representanter från socialtjänsten, företagshälsovården, hälsovårdsnämnd, föreningsliv, arbetsförmedling, primärvård, länssjukvård etc. Analys av registerdata, öppen- och slutenvårdsstatistik, uppgifter från föreningsliv, primärkommunen samt rundvandring och miljöstudier.
- Dag 7: Presentation av resultat. Intervjupersonerna från kommunen medverkade tillsammans med kursdeltagarna i den slutliga diskussionen kring hälsa, levnadsvillkor och förhållanden i kommunen. Kursmomentet genomfördes i samarbete med professor Leif Svanström, Socialmedicinska institutionen, Karolinska Institutet, Stockholm. Momentet ingick i kursen "Offensivt hälsoarbete" 20 poäng som genomfördes i samarbete mellan Skaraborgs vårdhögskola och hälsovårdsenheten (96, 97). (Se även sid 77).

5.1.3 Kunskaper om samband mellan vanor, miljö, samhälle och hälsa

Ur medicinsk synvinkel är det ibland svårt att entydigt peka på en sjukdoms orsaker bl a p g a att många faktorer samvarierar. Förebyggande arbete bör inte hindras av att vi inte alltid känner till alla faktorer bakom ohälsa (98). Vi vet tillräckligt mycket om vilka hälsorisker som orsakas av olika levnadsvanor, miljöförhållanden och samhällsproblem för att kunna planera förebyggande insatser och åtgärder (5). Ett viktigt led i planeringsarbetet är att skaffa sig kunskaper kring dessa samband och förhållanden och använda dem som underlag till förslag av preventiva insatser.

5.1.4 Målformulering för lokalt hälsoarbete

Det lokala hälsoarbetet kan bedrivas utifrån en plan för det enskilda primärvårdsområdet där konkreta aktiviteter anges för perioder som ett eller två år. Planen bör också ange vem som skall göra vad, vilka effektmål man eftersträvar. Målen kan alltså vara av typ minskad sjuklighet, minskad tidig död men även ett hälsomedvetande och bättre kunskaper bland befolkningen, större lekmannamedverkan i hälsoarbetet, bättre fritidsutbud för ungdomar, sanering av "dåliga sociala miljöer". På något sätt bör effekten kunna utvärderas så att man kan bedöma om man har uppnått önskat resultat och kan se förutsättningarna för utformningen av nästa plan (92, 99).

FÖR ETT FRISKARE TIBRO

Som ett första steg i en planerad förebyggande verksamhet antog primärvårdsnämnden en plan för verksamheten där det förebyggande arbetet för 1982 preciserades i följande punkter

- kartläggning av hälsoförhållanden
- gruppverksamhet, kost, motion och tobak, vattengymnastik för olika målgrupper som exempelvis personer som "remitterats" från distriktsläkare, distriktssköterska
- samverkan med skolan kring "Må-bra program" i 4:e klass, medverkan i studiedagar för lärare
- fortbildning i hälsofrågor för distriktssköterskor, skolsköterskor och företagssköterskor
- större utrymme för "livsstilsfrågor" inom MVC, BVC, föräldrautbildningen och särskilt med inriktning på alkohol
- start av alkoholpoliklinik i samarbete med sociala centralnämnden
- hälsoupplysning inom företagen
- hälsovård för äldre, exempelvis hälsokontroll, uppsökande verksamhet, motionsgymnastik, aktiviteter, utbildning etc

I programmet anges vem som gör vad, resurser och verksamhetens omfattning. Ambitionen har varit att formulera konkreta mål, förankra idéer och förslag bland personalen och ge planen en realistisk utformning (100).

5.1.5 Planering av hälsoupplysning

Målen för det praktiska hälsoupplysningsarbetet kan vara varierande. Det är viktigt att man formulerar dem, att det finns förutsättningar för utvärdering och att rätt förväntningar ställs på arbetet (65).

Centrala mål för hälsoupplysningsarbete är

- att påverka kunskaper, attityder, beteenden
- att sprida information
- att skapa debatt och opinion.

Därutöver kan man också formulera mål som

- att utveckla lämpliga arbetsmetoder
- att engagera personalen i hälsoupplysningsarbetet.
- att engagera grupper ute i samhället i hälsoupplysningsarbetet.

Nästa steg i planeringsarbetet kan vara att gå igenom olika målgrupper och försöka precisera deras behov av hälsoupplysning. Målgrupperna kan definieras utifrån ålder, kön eller utifrån särskilda behov p g a levnadsvanor, arbetsmiljö, sociala förhållanden etc. Det viktiga är dock att man känner till målgrupper och vet dess behov.

För att kunna tillgodose målgruppens behov, kan en väg vara att gå igenom olika ämnen för hälsoupplysning och ta ställning till ifall något/några av dessa kan vara angelägna för målgruppen.

Hälsoupplysningsarbetet kan avse

- graviditet och amning
- barns utveckling
- handikapp
- tandhälsovård
- invandrarfrågor
- isolering och ensamhet
- sexualitet och könsroller
- preventivmedel
- hygien
- psykosocial hälsa
- alkohol
- narkotika
- läkemedel
- tobak
- kostfrågor
- fysisk aktivitet
- stress
- hållning, rygg- och ledproblem
- hemolycksfall
- trafikolycksfall
- arbetsolycksfall
- idrotts- och fritidsolyckor
- allergier
- förgiftningar
- lösningsmedel
- ergonomiska risker
- "dåliga miljöer" och kommersialism
- egenvård
- tidig upptäckt av ohälsa
- hälsa och eget ansvar
- patientinformation.

Slutligen får man bedöma vilka resurser som står till förfogande och vilka metoder för det praktiska hälsoupplysningsarbetet som skall tillämpas.

Vid inventering av resurser får man ta ställning till

- vem gör vad, vilken kompetens krävs, hur skall arbetet ledas och samordnas
- samarbete på lokal nivå, d v s med grupper och organisationer ute i kommunen

- samarbete på regional nivå, d v s med länssjukvård, samhällsmedicinsk enhet, länsskolnämnd, idrottsförbund etc
- behov och tillgång av särskilda insatser och resurser för utvärdering, utbildning, samordning och stöd av utvecklingsarbetet.

Hälsoupplysningsarbetet inom primärvården kan bl a bedrivas

- på mottagningen
- genom rådgivning och i grupp
- i form av utbildning
- genom uppsökande verksamhet
- med hjälp av särskilda informationsrutiner, material och utställningar
- genom massmedia och kampanjer samt
- genom samarbete med andra organisationer.

5.2 Förändringsarbete

Planerna skall naturligvis tjäna som styrning men också vara ett stöd och en hjälp för dem som är engagerade i utvecklingsarbetet. Men om personalen tycker att planer och förslag är direktiv "uppifrån" och den har liten möjlighet att påverka innehållet blir det naturligtvis svårt att stimuleras till egna initiativ och kreativitet (101). Förändringsarbetet, hur man praktiskt förverkligar planerna och får med alla i ett gemensamt arbete, kräver därför särskild uppmärksamhet.

Förändringsarbetet kan beskrivas i följande tre faser

- initiering, d v s start av utvecklingsarbetet med den grundläggande ambitionen att engagera personalen och stimulera kreativitet och utvecklingslusta
- utveckling, d v s samverkan och praktiskt arbete med aktiviteter som ligger i linje med angivna mål och principer
- etablering, d v s att erfarenheter och resultat av utvecklingsarbetet integreras i det ordinarie arbetet så att hälsoupplysning får sin givna roll i en offensivt inriktad primärvård (102).

Hälsoproblem och levnadsvillkor förändras dock ständigt. Det förebyggande arbetet är därför att betrakta som ett kontinuerligt utvecklingsarbete där mål, medel och metoder successivt förändras och utvecklas.

5.2.1 Att initiera

Ett utvecklingsarbete utmanar alltid gamla attityder och värderingar. Invanda mönster luckras upp och många kan känna sig osäkra då de vanliga förhållningssätten inte längre är gångbara (102). Förändringar som upplevs som självvalda går betydligt snabbare än om de pressas på utifrån. Relativt förutsättningslösa och intresseväckande diskussioner kan därför vara ett bra sätt att få igång en utvecklingsprocess (103). Erfarenheten visar dock att ett visst tryck utifrån eller inifrån organisationen är nödvändigt för att man överhuvudtaget skall få igång förändringsarbetet (104, 105).

För att få med personalen i utvecklingsarbetet kan det vara lämpligt att

satsa på mindre arbetsgrupper som tillsammans försöker formulera mål, arbetsformer och resursbehov (106). Tillsammans med primärkommunens personal, föreningsfolk och politiker kan också primärvårdspersonalen diskutera de lokala hälsofrågorna och lägga grunden till ett framtida samarbete (97).

Lokala primärvårdsnämnder kan också bidra till att utvecklingsarbetet får en lämplig organisation och ledning. Nämnden kan markera ett viktigt stöd till dem som arbetar och aktivt samverkar med övriga kommunala instanser på politisk nivå, för att exempelvis samordna alkoholpolitiska program för kommunen, miljöinventeringar, miljöpreventiva aktiviteter, hälsoupplysning i samverkan med skola, föreningsliv etc (99, 107).

Ansvaret för utvecklingsarbetet ligger på primärvårdens ledning. Det är viktigt att personalen känner att de ansvariga värdesätter och stimulerar insatser och ger utrymme för initiativ och experiment (59). Även i utvecklingsarbete som i detalj måste systematiseras, typ forskningsarbete, och som bedrivs utifrån välutvecklade projektplaner är personalens engagemang och medverkan av central betydelse.

5.2.2 Att utveckla

När utvecklingsarbetet kommer igång börjar ofta någon eller några att se möjligheterna i de nya idéerna och kan därmed bli mycket drivande. Behovet av mer kunskap och stöd utifrån ökar. I detta läge kan systemet vara labilt. Vissa grupper kan börja dra åt sitt eget håll, andra kan känna sig provocerade eller stressade och ha svårt att hänga med. Mycket händer och det bör finnas en beredskap att möta de problem som kan uppstå.

Fortlöpande, systematisk utvärdering av arbetet ger möjlighet att med jämna mellanrum samla personal kring diskussioner om mål och arbetsuppgifter (56). Troligen kommer det fram kunskapsbehov av högst varierande slag. Olika yrkesgrupper kommer att ha olika önskemål som exemelvis ökade kunskaper om målgrupper (äldre, yrkesarbetande, småbarnsfamiljers villkor etc), metoder (att bedriva rökavvänjning, hälsoinformation i skolan, hälsoupplysning i samband med vårdprogramarbete), faktakunskaper (om lösningsmedelsskador, stress och psykisk ohälsa, kost och motion, missbruk etc), epidemiologi (utbredning av dolt missbruk, mät- och bedömningsproblem, samhällsutveckling och ohälsa etc), målsättningsfrågor (vad skall vi göra, vad skall andra göra inom kommunen, hur skall vi samarbeta) (108).

Utvecklingsarbetet kommer också att aktualisera frågor kring primärvårdens organisation. Det är särskilt viktigt att distriktssköterskor, distriktsläkare och annan personal som dagligen är i kontakt med befolkningen får möjlighet och stimulans att bedriva hälsoupplysning i sitt vardagsarbete. Viktiga förutsättningar för detta är bl a lämplig storlek på upptagningsområden, goda arbetsförhållanden och möjlighet till samarbete så att utrymme skapas för olika slag av förebyggande insatser (109, 110).

Införandet av vårdlag kan vara ett sätt att åstadkomma organisatoriska förutsättningar för hälsoupplysning. Erfarenheterna från t ex Sjöbo, Sollentuna och Sundbyberg, där vårdlag införts, visar att detta är ett rationellt

arbetssätt som ger utrymme för andra arbetsinsatser än traditionellt medicinska (109, 111).

5.2.3 Att etablera

Utvecklingsarbetet har nu stabiliserats och verksamheten har kommit i ett nytt jämnviktsläge. Man bör ändå vara medveten om att utvecklingen pågår ständigt och särskilt gäller det det förebyggande arbetet. Ett tecken på att man etablerat sin verksamhet är att personalen känner att man i centrala avseenden uppnått sina mål och att man hittat ett nytt arbetssätt. Nu är det också viktigt att organisationen får en återhämtningspaus för att komma in i de nya arbetsformerna och så småningom orka gå vidare. Utvecklingsarbete får naturligtvis inte bli ett självändamål (101, 112).

6 Hälsoupplysning i praktiken

Några allmänna erfarenheter som kan vara värdefulla i det praktiska arbetet är

- Utvecklingsarbete tar tid. Att utveckla preventiva aktiviteter är ett tålmodigt och långsiktigt arbete som sällan bjuder på snabba resultat (113).
- Varierande insatser ger bäst resultat. I regel krävs både kunskaper, attitydförändringar och praktiska färdigheter för förändrade levnadsvanor. Olika åtgärder bör samverka. Hälsoupplysning får inte begränsas till exempelvis utlämnande av broschyrer, ett gott råd etc (27, 29).
- Hälsoupplysning bör bedrivas med hänsyn till individens situation (29). Ett gott resultat förutsätter att vi har möjlighet att sätta oss in i individens levnadsförhållanden, t ex orsakerna bakom ett riskbeteende, om de nödvändiga förändringarna är möjliga för individen att åstadkomma eller om det krävs särskilda stödåtgärder.
- Ju tidigare desto bättre (65, 114). Hälsobefrämjande åtgärder och primärprevention är i regel insatser som ger resultat till relativt liten kostnad. När vanor och beteenden är etablerade krävs det betydligt mer arbete för att åstadkommma förändringar.
- Hälsoupplysning inom t ex en kommun bör samordnas (113). Framförs motstridiga budskap kring kontroversiella frågor kan människor bli förvirrade och passiviserade (115). Vidare kan alltför många aktiviteter av likartat slag bidra till informationströtthet och ointresse (116). Samordning kan ge utrymme för kompletterande aktiviteter med varierad information och service.
- Man måste våga experimentera. Genom sitt praktiska arbete kommer man underfund med vilka vägar som är utvecklingsbara, vilka personer som är villiga att samarbeta etc (59). Kreativitet och experimentlusta måste stimuleras och få ett utrymme.
- Man måste satsa ordentligt. Halvhjärtade eller begränsade försök väcker sällan något intresse. För att nå resultat måste man nå över en minimitröskel. Det gäller likaväl i uppbyggnaden av verksamheten som i det dagliga arbetet (117).

6.1 Hälsoupplysning på mottagning

"Att rätt person ger rätt råd på rätt sätt till rätt person vid rätt tillfälle" har beskrivits som idealet för hälsoupplysning (10). Distriktssköterskan och distriktsläkaren borde ha goda förutsättningar i sitt arbete på mottagningen.

Inom mödra- och barnhälsovården har man arbetat med hälsoupplysning sedan många år och i regel utvecklat särskilda rutiner (17). Dessa patienter, d v s de blivande föräldrarna och småbarnsföräldrarna, är som regel väl motiverade och besöken har ett klart förebyggande syfte.

Andra patienter kan vara svårare att nå och påverka. Hälsoupplysning bland patienter på mottagningen har vissa begränsningar som man bör vara medveten om

- Tidsbrist. I regel har man enbart möjlighet att ge viss information i samband med behandling eller receptförskrivning. Mer omfattande rådgivning eller träning kräver andra insatser.
- Hälsoupplysning sker i regel i samband med att ohälsa redan uppstått. Det innebär att man når människor i ett sent stadium, d v s för sent för primärprevention.
- Hälsoupplysningen tenderar att fokuseras på enstaka medicinska problem. För att man skall få ett grepp om mer komplexa problem, förhållanden i individens dagliga miljö eller aktivering av denne krävs i regel andra arbetsformer (42).

Hälsoupplysning vid mottagningen bygger bl a på personalens medicinska auktoritet som tycks kunna ge tyngd åt informationen. Upplysning på mottagningen lämpar sig därför särskilt väl för förslag som kan ge omedelbar effekt som exempelvis att sluta röka. Om förändringarna förutsätter att individen får bättre kunskaper, attityder eller färdigheter får man se det som ett mer långsiktigt arbete (118).

P G A DIN SJUKDOM MÅSTE DU SLUTA RÖKA

På vårdcentralen i Karlskrona fick patienter på ett klart och enkelt sätt veta när rökning utgjorde en orsak till deras besvär. Det räckte för att 25 procent av gruppen skulle vara rökfria efter ett år. Resultatet visade att allmänläkare utan särskild extra tidsåtgång kan nå resultat som är jämförbara med rökavvänjningskliniker (118).

Hälsovården för mödrar och barn har expanderat under de senaste decennierna. Barnmorskor ansvarar för preventivmedelsrådgivning. Man engagerar sig mer i den psykosociala problematiken likaväl som kring frågor angående olycksfall, kost, passiv rökning, missbruk etc (119). Förutsättningen för en sådan inriktning är bl a att mottagningsarbetet kompletteras med gruppverksamhet, hembesök och andra arbetsformer som möjliggör uppföljning och fördjupade kontakter (45). Ett viktigt utvecklingssteg är att sätta in hälsoupplysningsarbetet på mottagningen i ett sammanhang som möjliggör uppföljningen (59).

RECEPT PÅ KOST OCH MOTION

Vid vårdcentralen i Katrineholm kan en patient få ett recept på kost och motion. En kopia går till en friskvårdsledare som tar kontakt med patienten och hjälper henne att följa programmet i en motionsgrupp eller individuellt.

"Folk kommer hit för att de tror att de är sjuka och vill antingen få svar på var felet sitter eller besked om att de inte var något farligt. Man måste få patienterna att tänka på ett nytt sätt för att dom skall börja ifrågasätta sina levnadsvanor. Det tar lång tid och kräver mycket övertalning" säger P Sjörup, distriktsläkare vid vårdcentralen i Katrineholm(120).

DIABETESUNDERVISNING VID MOTTAGNING

Vid läkarstationen i Kisa utvecklar man former för diabetesmottagningen. Man har ett eget undervisningsmaterial som ligger till grund för ett samtal på ca 30 minuter mellan läkare och patient. Försöket har studerats med syfte att studera samspelet mellan patient och läkare och särskilt undersöka inlärningseffekten, patientinformationen och aktiviteten. De var positiva och pekade på tre viktiga komponenter som behövs för att hälso- och sjukvårdspersonal bättre skall kunna fullgöra sin skyldighet som informatörer: tid, pedagogisk kompetens och bra undervisningsmaterial (121).

Att tidigt uppmärksamma hälsoproblem är en viktig förebyggande åtgärd. Alkoholkonsumtion är ofta orsak till skador och sjukdomar vilket inte alltid uppmärksammas på mottagningen (122). Att osökt ta upp en diskussion med patienter om alkoholproblem är naturligtvis en utmaning, men trots allt är det i denna situation som det föreligger en jämförelsevis god möjlighet att förhindra ett mer omfattande missbruk.

Med ett bra organiserat hälsoupplysningsarbete kan besöket vid mottagningen bli det första steget i ett mer omfattande förändringsarbete av den enskildes kunskaper, attityder och levnadsvanor. Viktiga förutsättningar är

- att distriktssköterskor och distriktsläkare utvecklat rutiner för hälsoupplysningen
- att resurser finns för en mer omfattande uppföljning av första insatsen vid mottagningen
- att samverkan med andra enheter är väl organiserad (59)

REKOMMENDATION OM KOST, MOTION, RÖKAVVÄNJNING OCH AVSPÄNNING

Distriktssköterskorna och distriktsläkarna i Vara har på sina mottagningar s k "Må Bra-skärmar" med informationslappar kring olika hälsofrågor. Om man kommer överens med patienten om att denne

bör försöka gå ner i vikt, börja röra på sig, sluta röka eller lära sig avspänningsteknik, plockar man ner en broschyr och använder den som hjälpmedel för en första hälsoupplysning samt som "remiss" för vidare kontakt med en särskild hälsoinformatör som antingen enskilt eller i grupp arbetar vidare med patienten (123).

6.2 Hälsoupplysning genom rådgivning och gruppverksamhet

För att ge människor ett mer omfattande och långvarigt stöd kan enskild rådgivning och hälsoupplysning i grupp vara lämpliga metoder.

Ett längre samtal på tu man hand innebär en närmare kontakt (124). Besökaren får tillfälle att beskriva sina önskemål och behov och informatören kan klargöra förutsättningarna för ett gott resultat. De kan bl a innebära

- att det är individen själv som tar ansvar för de ändrade levnadsvanorna i form av att sluta röka, gå ner i vikt etc
- att hälsoinformatörens uppgift är att stödja och hjälpa när beslutet om förändrade vanor är fattat.

Deltagande i grupp kan bli till ett ömsesidigt stöd och hjälp för människor i likartad situation (125, 126). Primärvården kan naturligtvis arrangera egen gruppverksamhet, men många fördelar ligger i samarbete med exempelvis studieförbund och frivilliga organisationer.

Hälsoupplysning genom gruppverksamhet ger bl a följande fördelar

- Formen för verksamheten kan lätt varieras med teoretiska moment, praktisk träning, diskussioner kring attityder och problem etc.
- Deltagarna delar samma ambition, t ex att exempelvis sluta dricka, gå ner i vikt etc. Detta kan utveckla en solidaritet inom gruppen som underlättar förändringsarbetet.
- Perspektiven på hälsofrågorna kan vidgas. Deltagarna kan successivt upptäcka att deras omedelbara önskemål av en konkret förändring, exempelvis gå ner i vikt, också står för en positiv strävan efter ökat välbefinnande och en förändrad situation i allmänhet.
- En grupp som arbetar med positiva förändringar kan utveckla metoder för inbördes stöd och hjälp. Gruppen kan på så sätt bli dynamisk och självständig och gruppledarens roll kan reduceras till att leda diskussioner och praktiska övningar och svara för teoretiska moment.
- Sammanhållningen inom gruppen lever ofta vidare efter det att gruppen formellt har avslutats.
- Deltagare som genomgått gruppverksamhet tycks själva fungera som hälsoinformatörer i sin dagliga miljö och blir därför ofta viktiga för att föra ut hälsofrågorna i kommunen (59, 126, 127, 128).

HÄLSOGRUPPER

Distriktsläkarna och distriktssköterskorna i Vara kan "rekommendera" patienter att vända sig till hälsoinformatören för att ändra kostvanor, sluta röka, lära avspänningsteknik, börja motionera eller på annat sätt förbättra sin livsföring.

Först får varje besökare tillfälle till ett enskilt samtal med hälsoinformatören. Därefter fortsätter man i regel kontakten i någon grupp. Gruppverksamheten syftar till att ge förbättrade kunskaper, ge praktiska färdigheter och träning samt utrymme för diskussioner. En kostgrupp inriktas exempelvis både på teori, praktisk matlagning, motion, diskussioner om förändrad livsföring, vad som hindrar, vad man kan göra tillsammans etc.

Många av gruppdeltagarna fortsätter därefter med olika aktiviteter i de frivilliga organisationernas regi (59).

Rådgivning är tidskrävande men tid är ofta en viktig förutsättning för förändringsarbete med gott resultat (124).

MER TID, BÄTTRE KONTAKT PÅ MÖDRAVÅRDEN

1976 inleddes en försöksverksamhet med föräldrautbildning inom mödrahälsovården i Haninge. Varje barnmorska fick sitt geografiska område att ansvara för och tiden per besök ökades. Vad var det då man pratade om?

"Ofta handlar det om hur kvinnan hade det hemma och hur hon hade det tillsammans med mannen. Om de hade barn tidigare och hur det gick, vilka tankar de hade inför förlossningen".

Därefter träffades man i föräldragrupper som idag enbart leds av barnmorskorna.

Det nya arbetssättet inom mödravården har inneburit att föräldrar med svåra problem och som mår dåligt känner förtroende för barnmorskan och vågar ringa henne för att få hjälp och råd (129, 130, 131).

Ungdomsmottagningar är också en frivillig mottagningsverksamhet där ungdomar mellan 12 och 20 år kan söka sig för medicinska, sociala och/eller psykiska problem. Ofta kommer ungdomar till mottagningen för att få preventivmedel eller få svar på gynekologiska frågeställningar. En del mottagningar arbetar också med drogfrågor och missbruk liksom relations-, somatiska och sociala problem. I regel bedrivs verksamheten på kvällstid och personalen utgörs ofta av barnmorskor, socionomer och psykologer. Ungdomsmottagningar finns i relativt många kommuner och kan vara ett viktigt organ för att sprida hälsoupplysning och nå ungdomar i frågor om samlevnad och hälsa (132).

Inom primärvården sker mycket rådgivning per telefon. Viss typ av hälsoupplysning kan också ske på detta sätt och försök har gjorts (133).

TELEFONRÅDGIVNING OCH EGENVÅRD

Vid Torpa vårdcentral i Vänersborg finns fem specialutbildade distriktssköterskor som turas om att arbeta som patientmottagare vid telefonen. 25-50 procent av de vårdsökande styrs till egenvård. Man vet att patientmottagare utan utbildning bara vågar råda 6-7 procent att kurera sig själva.

"Målet måste vara att patientmottagaren kan ge riktiga råd och hänvisa den sökande till rätt vårdinstans vid rätt tillfälle" säger ansvarige läkaren Bertil Marklund.

Sköterskorna sitter vid telefonen i pass om två timmar och arbetar därefter ute på mottagningen. När hon svarar i telefonen har hon framför sig särskilda anteckningar för egenvårdsrådgivning och bedömning av rätt vårdinstans (133, 134).

6.3 Hälsoupplysning och uppsökande verksamhet

För att kunna erbjuda "hälsa åt alla" kan det bli nödvändigt att bedriva hälsoupplysning genom uppsökande verksamhet för att nå de grupper som inte själva uppsöker eller på annat sätt nås av samhällets service men som kan anses ha särskilda hälsoproblem eller behov (135, 136).

Erfarenheter finns av hälsoupplysning som ett inslag i en riktad uppsökande verksamhet. Möjligheterna för att arbeta på detta sätt tycks också förbättras. Mödra- och barnhälsovården kommer att utveckla sitt arbetssätt och bl a satsa på mer riktad uppsökande rådgivning och hälsoupplysning. Det innebär bl a

- bättre hälsoupplysning ifråga om droger, olycksfall, tobak
- psykologiskt och socialt stöd för blivande föräldrar
- förbättrad samlevnads- och preventivmedelsrådgivning
- vidgat samarbete med studieförbund och intresseorganisationer (119).

ATT FÖREBYGGA OLYCKSFALL BLAND BARN OCH ÄLDRE

En kartläggning av olycksfallen i Falköping 1978 visade att barn var överrepresenterade inom vissa bostadsområden liksom äldre. Redovisningen blev grunden för en utbildningsserie för bl a hälso- och sjukvårdspersonal, hemsamariter etc och utarbetande av särskilda rutiner för att förebygga olycksfall. På barnavårdscentralerna visades utställningen "Säkerhetsutrusta ditt hem" och distriktssköterskorna började med extra hembesök bland barnfamiljerna för att tillsammans med föräldrar gå igenom en checklista kring olycksfallsrisker i hemmet.

För de äldre utarbetades också särskilda rutiner för att förebygga olycksfall och genom särskilt utbildade hemsamariter och representanter för den lokala pensionärsföreningen har man sökt nå ut till de gamla. Vissa olycksfallsrisker har kunnat åtgärdas direkt, men ofta har man tillsammans med den gamla kommit överens om att ta kontakt med äldreomsorgsinspektören för exempelvis mer omfattande förändringar av bostaden (137).

Åldrandets problem betraktas ibland som obevekliga och kanske bedrivs därför relativt sällan hälsoupplysning och annan prevention bland de äldre. Många problem kan dock förebyggas men förutsättningen är ofta att arbetet bedrivs genom uppsökande verksamhet. Några viktiga målområden för hälsoupplysning bland äldre är

- inför pensioneringen. Information om förberedelser för övergången från yrkesaktivt liv.
- information om aktiviteter, föreningsliv och service för att bl a bryta isolering och ensamhet.
- kost och motion. Information i kombination med praktiska aktiviteter som matlagningskurser, promenadgrupper, pensionärsgymnastik etc.
- ensamstående, personer med rörelsesvårigheter eller besvärliga boendeförhållanden är särskilda målgrupper.
- patientinformation. Äldre behöver särskilt stöd och hjälp för att finna sig tillrätta inom sjukvården, få upplysning om behandling och vård samt egna åtgärder i samband med ohälsa.

Hälsoupplysning bland äldre bör i stor utsträckning ha karaktär av muntlig personlig information och följas upp av konkreta åtgärder, exempelvis matlagningskurser för ensamstående män. Ett utvecklat samarbete mellan kommun och landsting men också med pensionärernas egna intresseföreningar är en viktig förutsättning för en förbättrad hälsoupplysning bland äldre (138).

ATT FÖREBYGGA DE ÄLDRES HÄLSOPROBLEM

I samarbete med socialtjänstens uppsökande verksamhet bedriver primärvården förebyggande arbete bland äldre i Skara kommun. Samtliga personer över 61 år inbjuds vart 4:e år till en hälsokontroll och ett samtal om medicinska och sociala behov. I inbjudan informeras man om social och medicinsk vård och service, föreningsliv i kommunen etc. De sociala och medicinska behoven, som kommit fram i ca vart 3:e fall, har man lyckats tillgodose men behoven av exempelvis kontakter, aktiviteter, utbildning om kostfrågor bland ensamstående män, olika former av fysisk träning etc har ej helt kunnat tillfredsställas (138).

Alkoholförebyggande arbete bedrivs ofta i form av uppsökande verksamhet. Socialstyrelsen och LO samarbetar kring en s k arbetslivskampanj med

huvudsyfte att bygga upp en "kamratstödjande verksamhet" ute på arbetsplatserna (139).

ALKOHOLINFORMATION I KÖPINGS KOMMUN

Själva projektet pågick i fyra år, men meningen var att åstadkomma en process som därefter kunde fortgå och förnyas. Verksamheten förankrades bland olika yrkesgrupper inom kommunen, fackliga företrädare, politiker och andra inflytelserika personer. Ett viktigt inslag var att söka upp arbetsplatser och där inleda en diskussion kring alkoholfrågor. Bl a arbetade man med rollspel för att engagera de anställda i frågorna (140).

6.4 Hälsoupplysning genom studieverksamhet och utbildning

En offensiv primärvård kan räkna med att få förfrågningar om medverkan i studiecirklar, föredrag, hem och skola, möten etc. Det kan ofta vara personer som tidigare haft kontakt med primärvårdens hälsoupplysning som på detta sätt återknyter kontakten. Att vara med i sådana aktiviteter är viktigt då de ofta utgör startpunkt för t ex de lokala föreningarnas hälsovårdande aktiviteter. På så sätt kan primärvården bidra till att allt fler engagerar sig i hälsoarbetet. Utbildningsaktiviteter kan därför bli ett viktigt inslag i primärvårdens hälsoupplysning.

Inom en primärvårdsorganisation finns det i regel många som har kapacitet att medverka i eller leda studieverksamhet. Förväntningarna skall inte bara ställas på distriktsläkare och distriktssköterskor utan även inbegripa andra anställda med intresse för hälsofrågor. Det är även viktigt att insatserna fördelas så att utbildningsverksamheten inte står och faller med några få eldsjälar (59).

Studieförbund och andra organisationer med intresse för folkbildning kan vara bra samarbetspartners i planeringen och förberedelserna av utbildning kring hälsofrågor (141, 142). Målgrupper för utbildning kan vara

- befolkningen i allmänhet eller särskilda grupper
- nyckelpersoner exempelvis opinionsbildare
- primärvårdspersonal
- beslutsfattare.

Intresset kring "öppna" föredrag, d v s för allmänheten, om hälsa kan väcka stort intresse (142, 143).

BJUD IN FOLK I TRAKTEN TILL FÖREDRAG OM KROPP OCH HÄLSA

I Arjeplog har distriktsläkaren tagit initiativ till en föreläsningsserie kring kropp och hälsa. Intresset har varit stort. Ca 90 åhörare har kommit varje kväll från olika delar av kommunen som är lika stor som

halva Danmark men med endast ca 4 000 invånare, det skulle motsvara 50 000 i Stockholm!

Föreläsningarna har kompletterats med studiecirkelverksamhet, medverkan i skolan och uppsökande arbete. Antalet besök inom sjukvården har minskat under de senaste åren och ligger på 1,4 per invånare och år (för hela Norrbotten 2,4 och för Sverige 2,6) (143).

Utbildning kan också riktas mot särskilda målgrupper som exempelvis p g a hälsorisker är i behov av fördjupade kunskaper.

UTBILDNING AV MILJÖOMBUD

I Nyby och Gottsunda i Uppsala inleddes 1978 en försöksverksamhet för att minska skaderiskerna i bostadsområden, särskilt med inriktning på barn. Föräldrarna i bostadsområdena kallades till en informationsträff och två miljöombudsgrupper bildades. För att få igång arbetet ordnades en studiecirkel under ca 10 veckor som diskuterade bl a barns utveckling, olycksfall i hemmet, barn i trafik, vart man vänder sig i kommunförvaltningen för att få hjälp.

- "Cirkeln har varit mycket nyttig men många kände behov av att lära ännu mer. Vi kände oss betydligt säkrare efter cirkeln".

Miljöombuden har inventerat lekplatser, bostadsmiljöer, medverkat vid planering av förändringar och utbyggnad, sökt etablera kontakter med kommunen och framför allt informerat om förebyggande av olycksfall.

- "Genom att jobba konkret med säkerheten märker man att det går att göra något. Man får en positiv respons" säger Lars Gustavsson, barnläkare och en av initiativtagarna till projektet (144).

Många andra intressanta exempel finns på temat för studiecirklar eller utbildning. Försöksverksamheten med sex och samlevnad på Gotland utgjordes av en omfattande utbildningsverksamhet. Först utbildades informatörer och rådgivare bl a inom primärvården. Dessa fungerade senare som studiecirkelledare i bildningsförbundens regi. Cirklarnas sammansättning var mycket olika. Även innehållet varierade och ledde till många andra aktiviteter som mansgrupper, kvinnoläger, studiedagar och ytterligare cirklar (145).

Det är inte bara hälso- och sjukvårdspersonal och andra yrkesgrupper som kan vara hälsoupplysare. Släktingar, vänner eller andra människor i vår omgivning har ofta stort inflytande på våra attityder och vanor. Personer med auktoritet eller personer som har kontakt med många kan också vara potentiella hälsoinformatörer (146). Särskilda utbildningsaktiviteter bland föreningsmänniskor, ungdomsledare, butikspersonal etc kan vara bra satsningar för att öka intresset kring hälsofrågor och engagera många i arbetet.

BEFOLKNINGEN SLÖT UPP I KAMPEN MOT RISKERNA

I det s k Nordkarelenprojektet, där huvudmålet var att begränsa hjärt- och kärlsjukdomarna, användes kontaktmän i byarna och samhället för att sprida information och material bland människorna. Kontaktmännen försökte påverka släkt, grannar och vänner i sin omedelbara närhet och projektledningen kallade regelbundet in dem till möten för diskussioner, utbildning och information. En kontaktman kunde vara en person som själv fått hjälp med sina levnadsvanor och nu kunde informera andra utifrån egen erfarenhet (147).

För att engagera primärvårdspersonalen i hälsoarbetet kan man bedriva utbildning kring konkreta förändringar som lätt integreras i den dagliga verksamheten. En annan viktig uppgift är att skapa en miljö som är bra ur hälsosynvinkel.

Försök med rökfri hälso- och sjukvård har gjorts i flera delar av landet. Erfarenheterna från bl a Trelleborgsprojektet visar att trots föreläsningsserier, rökslutargrupper, direktkontakter med personalen så tar det tid att förändra den vanliga attityden att tobaksrökning är var och ens ensak, även inom hälso- och sjukvården (148). I Skaraborg har motsvarande utvecklingsarbete bedrivits sedan 1976. Idag betraktas i stort sett samtliga sjukhus och vårdcentraler i länet som rökfria, vilket i praktiken omfattar allmänna utrymmen och lokaler som patienter vistas i. Många personalrum etc används fortfarande för rökning.

ATT MÖTA ALKOHOLPROBLEM

Mottagningspersonalen vid Tibro vårdcentral genomgick en studiecirkel 1981-1982 kring alkoholproblem, orsaker, hur man upptäcker dem och hur man möter och förebygger dem. Syftet var bl a att minska personalens osäkerhet inför både öppen och dold alkoholism och ge dem kunskaper att mer aktivt upptäcka och behandla problemet. Intresset kring cirkeln hade bl a sin orsak i att personalen upplevde problemen som relativt omfattande och att man inte riktigt visste hur man skulle möta det, vilket bl a hade till konsekvens att man ignorerade den dolda alkoholismen och hade svårt att i tid hjälpa patienterna (100).

6.5 Informationsrutiner, material och utställningar för hälsoupplysning

En viktig uppgift för hälso- och sjukvården är att informera människor i hälsofrågor (17). Människor som önskar information skall veta vart de kan vända sig och där få svar på sina frågor (149). Primärvårdens personal behöver tillgång till material och ökade kunskaper för att kunna informera om risker, förebyggande åtgärder, egenvård etc (150, 151).

Man kan använda väntrummen för hälsoupplysning, inrätta en informationscentral i hälsofrågor för allmänheten, bedriva regelbunden utställningsverksamhet inom och utom vårdcentralen etc. Man kan förbättra personalens möjligheter att informera med hjälp av bra material i överskådlig mängd.

Man kan också utveckla arbetsrutiner för patientutbildning, gruppverksamhet etc. En viktig regel är dock att informationsmaterial, utställningar etc betraktas som hjälpmedel. De får inte ersätta den mänskliga kontakten (149).

VÅRDCENTRALEN EKORREN 1985

Genom en försöksverksamhet kring "aktivare väntrum" i Älvsborgs län kunde man presentera ett förslag för patientinformation inom den framtida primärvården. Ambitionen är att patienten skall få ett personligt omhändertagande redan vid ankomsten, att kontakten med läkare och sjukvårdspersonal skall avdramatiseras och att besöket utnyttjas på ett genomtänkt sätt för information. Några exempel. Väntrummet inreds så att det erbjuder både lek, social samvaro, möjlighet till att läsa intressanta tidskrifter, få aktuell information i hälsofrågor i folderform, se små utställningar eller bildserier. I behandlingsarbetet understryks vikten av att patienten får veta vad behandlingen går ut på och varför. Behandlings- och mottagningsrum utrustas så att informationsarbetet underlättas och patienten vid behov kan få information så att han bättre kan engageras i behandlingsarbetet eller stimuleras att förändra sina levnadsvanor (152).

Bättre utnyttjande av informationsmaterial behöver inte kräva stora förändringar eller insatser. Mycket material finns. Svårigheterna att överblicka allt som finns är ofta orsak till ett begränsat utnyttjande.

DISTRIKTSSKÖTERSKEPÄRMEN

För att göra det lättare för distriktssköterskor att använda informationsmaterial samarbetade 1:a distriktssköterskan och en av hälsoinformatörerna i Vara om att utforma en särskild pärm där enbart de bästa och mest användbara broschyrerna för hälsoupplysning skulle finnas med. På försättsblad angavs lämpliga målgrupper och sammanhang då broschyrerna kunde användas. I en utbildningsserie kring hälsofrågor introducerades pärmen för sjuksköterskorna och man diskuterade gemensamt hur den kunde användas (153).

Primärvården kan stödja skolor, föreningar och organisationer som arbetar med hälsofrågor. Ofta är man i behov av diaserier, filmer, broschyrer och litteratur. En liten informationscentral där det viktigaste finns samt möjligheter till att låna, kan bli en tillgång för hälsoarbetet i kommunen.

Många organisationer producerar små och lättillgängliga utställningar som med fördel kan placeras i alla typer av offentliga miljöer. Med relativt små insatser kan man exempelvis lägga upp rutiner för utställningsverksamhet i skolor, bibliotek, vårdcentralens entré, korridorer och väntrum. "Hemmagjorda" utställningar utformade av primärvårdens personal eller skolklasser väcker ofta mer uppmärksamhet än mer professionellt utformade. Att erbjuda frivilliga organisationer utrymme för egna utställningar är ett enkelt och bra sätt att stödja dem. Utställningar är också ett sätt att annonsera om aktiviteter i kommunen (154).

Kommunens bibliotek kan vara en bra samarbetspartner kring utbildning och information. Aktuell litteratur kommer att behövas i väntrum och på mottagningar och biblioteken har också erfarenhet av att presentera nya böcker, arrangera utställningar och informationsaktiviteter.

6.6 Hälsoupplysning genom massmedier och kampanjer

Kampanjer används för att nå både större och mindre målgrupper som exempelvis anställda på en arbetsplats. Begreppet kampanj avser i regel en intensiv verksamhet under en begränsad tid och med ett klart definierat mål (154).

Under de senaste åren har också hälsoupplysning i form av kampanjer riktade mot stora målgrupper utsatts för kritik. Man har ansett att insatserna blir för omfattande i förhållande till de ofta magra resultaten (155).

Masskommunikation bidrar mestadels till att förstärka rådande åsikter och värderingar och kan inte isolerat åstadkomma mätbara effekter avseende attityder, kunskaper eller beteenden bland människor (154, 156).

Ibland bedrivs massmediakampanjer tillsammans med andra aktiviteter och kan då öka deras effekt. Kampanjen kan exempelvis användas för att

- informera om aktiviteter
- stimulera en debatt om hälsopolitiska åtgärder
- ge stöd åt lokala aktiviteter.

Massmedia kan på ett påtagligt sätt skapa debatt och intresse kring hälsofrågor. Primärvårdspersonal och andra hälsoupplysare på lokal nivå märker ofta av allmänhetens reaktioner då TV, radio eller dagspressen tagit upp något tema. 1981 ägnade Sveriges Radio och Dagens Nyheter ungefär samtidigt tobakens skadeverkningar stor uppmärksamhet. Omedelbart ökade antalet förfrågningar om rökavvänjningshjälp i primärvårdsområden som Vara eller Karlskrona.

ETT KAMPANJEXEMPEL

Må Bättre-kampanjen i Kristianstads län 1982 var ett försök att rikta sig till alla invånare i länet kring alla de stora livsstilsfrågorna. Varje månad hade ett visst tema, exempelvis motion, att sluta röka, omsorg

om andra och ute i kommunerna genomfördes aktiviteter kring det akutuella ämnet. Som förannonsering användes en almanacka som skickades ut till samtliga hushåll. Här angavs månadens tema och en del av de aktiviteter som skulle gå av stapeln. Resten av informationen skedde via massmedia (157).

ÄNDAMÅLET HELGAR MEDLEN

Vintern 1979/80 möttes stockholmarna av starka och chockerande bilder av försupna och utslagna ungdomar. Syftet var att få allmänheten att reagera för alkoholproblemet och skapa opinion i första hand mot langningen till minderåriga. Människor reagerade både positivt och negativt och debatten blev omfattande. Annonskampanjen följdes upp med grupparbeten på högstadiet kring langningsproblemet, föräldracirklar i studieförbundens regi och en temautställning på kulturhuset kring tonåringar och alkohol (158).

SOM RINGAR PÅ VATTNET

I försöksverksamheten med sex och samlevnad på Gotland bidrog den lokala pressen och radion till att skapa ett positivt intresse kring verksamheten vilket underlättade arbetet. Journalisterna inbjöds till kursverksamhet och medverkade i aktiviteterna bl a för att rapporteringen skulle bli seriös och informativ. Till en början presenterades idén om Gotland som ett försöksområde parallellt med en utbyggd preventivmedelsrådgivning. Materialet i studiecirkeln "Leva tillsammans" presenterades som artiklar i tidningarna och nådde på så sätt fler än cirkeldeltagarna. Lokalradion och pressen följde barnmorskornas utbildning, teaterverksamheten i skolorna bevakade allmänhetens reaktioner. Projektet gav också uppslag till andra program som exempelvis om kvinnosituationen genom tiderna. Gotlandsradion medverkade i en helgkampanj kring "God samlevnad". Ena dagen direktsändes en paneldebatt med bl a gynekologer, barnmorskor och lärare. Den andra dagen kunde människor ringa eller skriva och få svar på frågor av panelen (145).

7 Hälsoupplysning i samarbete med andra organisationer

Inom en kommun kan det förutom hälso- och sjukvården finnas ett stort antal organisationer som arbetar med hälsofrågor och hälsoupplysning. I ett olycksfallsförebyggande projekt hade man t ex följande samarbetspartners

- studieförbund
- politiska partier
- den lokala pressen
- polisen
- skolan
- kommunen (byggnadsnämnd, fastighetskontor, brandkår, fritidskontor, gatukontor, socialtjänst)
- fackföreningar
- företagshälsovård
- hälsoorganisationer (De Handikappades Riksförbund, Röda Korset)
- hyresgästföreningen
- apotek
- byggnadsföretag (159).

Samarbete med andra organisationer ställer krav på tålamod och förståelse. Synen på hälsa, arbetssätt, uppgifter etc kan variera och i praktiken måste man hitta någon "minsta gemensamma nämnare" d v s en uppfattning som alla kan vara överens om som grund för samarbete. Alla medverkande parter måste finna sin roll och respektera de övrigas. Primärvårdens uppgift kan bli att ge ett bra kunskapsinnehåll för planering av aktiviteter och medverka till att aktiviteterna bedrivs med god kvalitet.

Intresset kring hälsofrågor är ofta stort bland många organisationer. En del hämmas dock av en osäkerhet om hur arbetet skall bedrivas. Primärvårdens roll kan bli att hjälpa till att starta aktiviteter eller fungera som "konsult" men den måste naturligtvis undvika att dominera andra organisationers verksamhet (58).

Det är också angeläget att avväga behovet av ett samordnat hälsoarbete inom kommunen mot de olika organisationernas integritet, självständighet och möjligheter att nå de avsedda målgrupperna. Detta är viktigt också för att undvika informationströtthet (113).

7.1 Folkrörelser och föreningar

Våra första folkrörelser som frikyrkorörelsen, nykterhetsrörelsen och konsumentkooperationen uppstod ofta som proteströrelser mot makthavare och etablerade institutioner (142). Idag är bilden delvis annorlunda. Organisationer som arbetar med hälsofrågor samarbetar ibland med samhällets hälso- och sjukvård men bedriver också aktiviteter som kan ses som alternativ (160). Det är därför värt att närmare granska skillnader liksom likheter mellan organisationslivets och hälso- och sjukvårdens ideologier och arbetssätt. På så sätt kan förhoppningsvis förväntningarna bli realistiska på eventuell samverkan.

Under 1930-talet växte en hälsorörelse fram i stark opposition mot det medicinska etablissemanget. Hälsorörelsen angreps av läkarkåren och beskrevs som ett "kvacksalveriproblem". Hälso- och sjukvården utvecklade istället en egen hälsoupplysningsverksamhet med stöd från bl a läkemedels- och sjukvårdsindustrin (52).

Förr var föreningarnas ideologi grundläggande för deras verksamhet. Man var samhällskritisk och önskade förändringar. Medlemmar, både unga och gamla, förväntades ansluta sig till organisationens synsätt och aktivt arbeta för det. Idag har ideologierna inte samma betydelse. Under efterkrigstiden då begreppet "fritid" blev allt vanligare, fick vi nya organisationer som framför allt inriktade verksamheten på att ge innehåll åt människors arbetsfria tid. Politik och annan ideologisk påverkan började utsättas för hård kritik. Objektivitet och neutralitet blev successivt honnörsord i fostran av unga människor. Skolan och föreningslivet tog i allt större utsträckning ansvar för uppfostran av unga människor – en uppgift som också har blivit en profession (142).

Många föreningar har idag svårigheter att rekrytera medlemmar. De traditionella idérörelserna tycks ha drabbats hårdast. På många orter finns exempelvis inte nykterhetsrörelsen längre representerad.

Riksorganisationernas initiativ genomsyrar ofta den lokala verksamhetsplaneringen. De ideologiska frågorna är skjutna åt sidan och föreningarna försöker ofta rekrytera medlemmar genom att framhålla sitt utbud av "fritidsaktiviteter" (161).

Föreningslivet konkurrerar dessutom med ett utbud av kommersiella fritidsaktiviteter som har blivit ett mycket påfallande inslag i vårt samhällsliv (15). Det finns dock tecken på att ideellt arbete börjar leva upp igen. Att fler människor inom föreningslivet tycks vara beredda att delta i ett samhällsförändrande arbete.

Även om organisations- och föreningslivet ger ett brokigt intryck bör man vara medveten om vilken potentiell resurs de utgör i arbetet för en förbättrad folkhälsa. Många landsting har redan lagt grunden till ett mer omfattande samarbete med föreningar och organisationer, genom frisk- och hälsovårdsprogram där organisationerna ofta ansvarar för den praktiska verksamheten (53).

Många organisationer som arbetar med hälsofrågor har en mångårig verksamhet bakom sig. Nykterhetsrörelsen, Frisksportarförbundet, Friluftsfrämjandet, Röda Korset är några exempel (52).

De organisationer som samarbetar med landstingen kring hälsofrågor är i

regel väletablerade och välkända. De framhåller ofta den enskildes ansvar för sin livsföring och hälsa.

Föreningsaktiviteterna kretsar i regel kring "friskvårds- och friluftsliv" men även utbildning och kultur är vanliga inslag. Barn och ungdom betraktas ofta som den viktigaste målgruppen och arbetet inriktas i regel på ANT (Alkohol, Narkotika och Tobak), kost och motion samt "meningsfulla" fritidsaktiviteter (53).

Kommersialiseringen av vårt fritidsliv har också fått konsekvenser för hälsoarbetet. Organisationer och tidskrifter som säger sig arbeta med hälsofrågor döljer ibland ekonomiska intressen. Med skicklig marknadsföring når man ut med ett ofta extremt individualistiskt budskap och försöker sälja sina idéer och produkter (15).

Under det senaste decenniet har de ideologiskt präglade rörelserna stärkt sin ställning och nya har dessutom tillkommit (161). Patientföreningar, kvinnogrupper, miljöorganisationer, ekologer, antikärnkrafts- och fredsrörelser tar upp hälsofrågor ur ett brett perspektiv där sociala, ekonomiska, historiska och existensiella aspekter ingår likaväl som konkreta aspekter kring livsstil och levnadsvillkor. Det finns naturligtvis ingen enhetlig bild av dessa rörelser men vissa gemensamma drag kan skönjas. Ofta beskriver man samhället som högteknologiskt och människofientligt och ifrågasätter möjligheterna till överlevnad i det nuvarande systemet. Hälso- och sjukvården anses alltför högspecialiserad, defensiv och sjukdomsinriktad. Det finns ofta en tro på småskaligheten, hushållning av resurser och bättre balans mellan natur och teknik. Hälsa definieras inte enbart utifrån biomedicinska aspekter utan även utifrån sociala, kulturella, ekonomiska och ideologiska prespektiv (162).

7.1.1 Nykterhetsrörelsen

Nykterhetsrörelsen växte fram i slutet av förra seklet som en reaktion mot ett av de allvarligaste samhällsproblemen, det omåttliga supandet. Många inom rörelsen var liberala och kristna. Arbetet kom att likna en väckelsevåg. Den grundläggande ideologin var att man skulle upplysa och uppfostra den nersupna arbetarklassen (163). Under årens lopp har nykterhetsrörelsen innehållit moraliska och starkt konservativa krafter likaväl som arbetarrörelsens socialistiska. Idag finns ett begränsat antal organisationer som delvis återspeglar de ideologiska skiftningarna (15). Nykterhetsrörelserna förenas dock i ett gemensamt hälsomål, kamp mot alkohol och droger.

ATT ARBETA MED DROGPROBLEM BLAND TONÅRSFLICKOR

Verdandi i Norrköping arbetar sedan flera år tillsammans med kommunens social- och skolförvaltningar kring drogmissbruk, prevention och rehabilitering bland ungdomar. En grupp som man hela tiden hade svårt att nå var tonårsflickorna. Under 1980/81 arbetade man därför med särskild inrikting på dem. I ett bostadsområde, Hageby, drog man igång ett försöksprojekt. Man tog kontakt med

flickorna i skolan och bedrev uppsökande verksamhet i området. Genom en lägerverksamhet försökte man ge särskilda grupper social träning, bygga upp självförtroendet och ge dem möjlighet att lära känna varandra. I området disponerade man också en tvårumslägenhet där man anordnade temakvällar kring exempelvis samlevnadsfrågor. Flickorna fick möjlighet att närmare lära känna arbetslivet och man deltog i fritidsverksamhet med badutflykter, skogspromenader etc. Man sökte också etablera kontakt med flickornas föräldrar, hembesök, föräldraträffar etc. Gemenskapen och den ökade förståelsen flickorna emellan betraktas som verksamhetens mest positiva resultat och många av flickorna engagerade sig i det fortsatta arbetet (164).

7.1.2 Idrotts- och friluftsorganisationer

Idrottsföreningarnas intresse för hälsofrågor är ganska varierande. En del har tävlingsidrott och elitlaget som sitt främsta intresse. Organisationer som Korpen, Friluftsfrämjandet, orienteringsföreningar och gymnastikföreningar har ofta ett annat perspektiv.

Några samarbetsaktiviteter mellan primärvården och idrotts- och friluftsorganisationer kan vara

- drogförebyggande arbete inom idrottsrörelsen. Riksidrottsförbundet har ett särskilt material för att begränsa och förebygga bruk av alkohol, tobak i samband med tävlingar, föreningsfester etc (165).
- utbildning av ledare kring hälsofrågor. Syftet kan exempelvis vara att få ledare att inte enbart inrikta sitt intresse till tävlingsresultat utan även till frågor om gemenskap, relationer flickor och pojkar, ungdomsverksamhet etc i föreningen (166)
- samarbete kring grupper med särskilda behov som exempelvis överviktiga, inaktiva, socialt isolerade etc (59).

NÄR KALLE SLUTADE MED FOTBOLLEN

Plötsligt en dag slutade lille Kalle att spela fotboll. Han struntar i träningen och slänger in utrustningen i garderoben. Han platsar inte i laget längre, han är inte tillräckligt bra.

I IFK Handboll Oxie bedrivs en försöksverksamhet. Alla skall få vara med även om inte alla platsar i elitlaget. Trygghet, ansvar och gemenskap skall prägla föreningens verksamhet och alla skall känna att de är välkomna. Kontaktpersoner tillsätts som har till uppgift att följa upp dem som "lägger av". Det gäller bl a att hitta aktiviteter som alla är intresserade av. En annan uppgift är att bedriva idrottsaktiviteter som alla kan vara med i och som inte i första hand understryker konkurrensen (167, 168).

7.1.3 Studieförbunden

Idag finns tio godkända studieförbund i Sverige (141). På många platser har man också engagerat sig i verksamhet som berör hälsofrågor.

Studieförbundens mål är inte enbart ökad bildning för människor i allmänhet, man vill också ge dem möjlighet att tillsammans med andra uppleva gemenskap, utveckla individuella egenskaper och arbeta för gemensamma idéer och värderingar (169).

Studieförbundens målsättning överensstämmer därför väl med ett av hälsoupplysningens syften, d v s att göra människor hälsomedvetna och engagera dem i olika hälsoaktiviteter (17).

HÄLSA, KLASS OCH SAMHÄLLE

I Sundbyberg samarbetar ABF, primärvården och socialmedicinska institutionen kring en föredragsserie med temat hälsa, klass och samhälle. De inledande föredragen drog stor publik. Nästa steg är att inleda studiecirkelverksamhet för den som vill fördjupa sig kring frågeställningarna och undersöka vad man politiskt som medborgare kan göra för att medverka till en bättre folkhälsa (170).

Studieorganisationerna bör ha goda möjligheter att medverka i personalutbildning, cirkelverksamhet för grupper med särskilda behov, utbildning av förtroendevalda etc. Den nya hälso- och sjukvårdslagen kommer över huvudtaget att öka utbildningsbehovet bland olika grupper.

Samarbete med föreningar och organisationer ute i kommunen ställer stora krav på ledartillgång. I regel medverkar människor som ledare också under en begränsad period på två-tre år. Därför är det nödvändigt med en kontinuerlig förnyelse (171). Välutbildade ledare gör det också möjligt att bedriva mer kvalificerade aktiviteter som uppsökande verksamhet, aktiviteter för föreningslös ungdom, hälsoutbildning via fritidsgårdar (172).

7.2 Primärkommunala organ

7.2.1 Fritid och kultur

Fritidsnämnden ansvarar i regel för kommunens fritidsgårdar och fördelar medel till frivilliga organisationer och intressegrupper (173).

Fritidsnämnden kan vara ett stöd om man planerar aktiviteter riktade till ungdomar eller om man önskar samverka med frivilliga organisationer. Fritidsnämnden kan också vara inkörsporten till kommunala förvaltningar och de lokala politikerna.

I en del kommuner har fritidsnämnderna också engagerat sig i hälsoupplysningsarbetet kring sex och samlevnad, ANT (Alkohol, narkotika, tobak) m m, ofta via fritidsgårdar eller i samarbete med frivilliga organisationer i s k friskvårdsveckor etc (100, 145, 174).

Exempel finns på fritidsgårdar som utvecklat mer långsiktiga och genomtänkta arbetssätt.

DET ÄR SÅ SKÖNT ATT TA AV SIG MASKEN

På fritidsgården Puma i Gråbo området i Visbys utkant, arbetar personalen med att stödja tonåringar i sökandet efter vuxenidentitet. Man lägger ned mycket tid på samtal med ungdomarna, främst då om kärlek och sexualitet. Kärnan i arbetet är att ungdomarna skall få ett stort och varmt "ja" på frågan om de duger.

Drickandet bland ungdomsgrupperna i området har minskat liksom brottsligheten.

Personalen arbetar inte bara på gården. Man har kontakter med skola, föräldrar och man ställer upp då tonåringar behöver ett vuxenstöd i olika situationer. Man försöker få med ungdomarna på en serie kurser (under en 2-års period) kring sex och samlevnad. Varje kurs omfattar två-tre dagar och gårdens personal är kursledare.

"Man lär sig att bry sig om andra och andra bryr sig om mig. Man har lärt sig att stå upp för saker man tycker. Man blir säkrare på sig själv. Nästan hela mitt sätt att leva har jag fått ifrån Puma och kurserna. Ett härligt sätt att leva". (Flicka 16 år) (175).

Med bild, film, musik, teater, litteratur och andra kulturformer kan man ta upp angelägna frågor, engagera människor, sprida kunskaper och upplevelser. Kultur bör finnas i vår vardag – på arbetsplatser, skolor och i bostadsområden. "Hela människan behövs för att nå fram till ett bättre samhälle för oss alla" (176).

Under de senaste decennierna har olika kulturformer sökt sig nya vägar och målgrupper. Folkbiblioteken har fått en mer samhällsinformativ roll och är ofta en samlingsplats – ett samhällets vardagsrum. Teatern har expanderat. Idag finns både teater knuten till fasta scener och ett stort antal s k "fria grupper". Ofta arbetar man uppsökande, tar upp aktuella frågor och utvecklar nya arbetsformer. Musiklivet har också breddats och engagerar allt fler människor, särskilt prioriteras barn och ungdom.

I statens kulturpolitiska mål inriktar man sig på en breddning och decentralisering av kulturen. Man vill också se den som en faktor som motverkar kommersialismens negativa verkningar, som ett stöd till eftersatta grupper och som ett sätt att öka människors möjlighet till kreativitet (177). Utvecklingen förbättrar möjligheterna att arbeta med kultur i ett förebyggande syfte och goda erfarenheter finns redan.

OM PAPPA SUPER

Hur handskas dagispersonal med berusade föräldrar? Pocketteaterns pjäs "Hela havet stormar" spelades för dagispersonal. Pjäsen är unik genom att skådespelarna delvis arbetar tillsammans med sin publik genom improvisationer. Så småningom övergår föreställningen i en

diskussion där man tar upp inställningen till problem med alkoholiserade föräldrar, hur vanligt det är, vad man gör osv. Diskussionerna har visat behovet av stöd och vidareutbildning för att möta detta problem (178).

LÅT TUSEN STENAR RULLA

"Förortsungdomarna drog omkring i ungdomsträsket "Femmans torg" i Göteborg. Drogerna dövade sorgen över de vuxnas förakt. Hade de då inga intressen? Jo, det var bara att lyssna och se. Rocken dånade ur deras bandspelare. Rockstjärnorna lyste på deras jackor. Rocken var deras språk".

Detta tog några fältassistenter fasta på när man sökte kontakt med ungdomarna. Man föreslog dem att själva börja spela, och man lovade att hjälpa till. Socialförvaltningen satsade lokaler, instrument och utrustning. Fältassistenterna tränade själva med ungdomarna och stöttade dem. Idag har 100-tals ungdomar lärt sig spela rock. Självständiga musikgrupper har bildats. Första LP:n har kommit ut. Man har hela tiden arbetat i en drogfri miljö. Ungdomarna själva har arrangerat musikfester, där kamp mot droger, ungdomsarbetslöshet och passivitet har varit starka inslag (179).

7.2.2 Skolan

Ända sedan den svenska folkskolan infördes 1842 har hälsofrågor tagits upp i undervisningen (180), men hälsoundervisning är inget eget ämne i den svenska skolan. Skolöverstyrelsen antog emellertid år 1981 ett handlingsprogram för hälsofostran i skolan. Där står bl a att "hälsofostran är en integrerad del av skolans undervisning. All personal bör samarbeta i hälsoundervisningen" (181). Skolöverstyrelsens program visar hur man i skolan kan söka sig fram till nya arbetssätt och ge eleverna möjlighet att medverka och utforma aktiviteter (182). Det finns dock en risk för att lärare med föga intresse för hälsofrågor bortser från dessa i sin undervisning. Uppgiften att bedriva hälsofostran i skolan kan också upplevas som en ny och svår uppgift som bl a får många att ställa frågor som

- Vad är hälsa? Frånvaro av sjukdom eller en positiv kvalitet?
- Hälsofostran, vad är det? Frågor kring kost, motion, alkohol, samlevnad eller något mer?
- Vad behöver barn för att bli "hälsomedvetna"?
- Hur skall hälsofrågor integreras i skolan?
- Vilka hälsoproblem behöver vi arbeta med i vår skola?

Den nya läroplanen för grundskolan (Lgr 80) erbjuder goda möjligheter för en fördjupad hälsoundervisning. Några organisatoriska nyheter är

- det fria studievalet
- fria aktiviteter (mellan- och högstadiet)

- temastudier (obligatoriskt på högstadiet, kan även förekomma på låg- och mellanstadiet)
- tillvalsämnen (högstadiet) (183, 184).

I Lgr 80 anges ämnen där hälsofrågor har sin givna plats och där hälsa ingår som huvudmoment: barnkunskap, hemkunskap, idrott, naturorienterande och samhällsorienterande ämnen. Hälsofrågor kan också behandlas inom bild, musik, svenska och främmande språk.

I Lgr 80 talar man om både själslig och kroppslig hälsa samt om individen och kollektivets aktiviteter för att behålla och förbättra hälsan. Detta begrepp står hälsofostran för.

HÄLSOFOSTRAN BESTÅR AV FLERA DELAR

Figur 4

> Hälsofostran i skolan består av många delar. Till en del är det undervisning. Att söka kunskap är viktigt för den unga människan så hon lär sig att formulera argument, tro på dem och stå stark mot hälsofientliga krafter som omger oss. För det andra är hälsofostran en social och mental fostran, vilket bl a förutsätter nära samarbete med samhället där bl a familjen, sociala och kulturella aktiviteter finns. Det förutsätter ömsesidiga krav. Då kan vi fostra barnen till ett gott självförtroende, förmåga till klara värderingar och medvetna ställningstaganden. Men vi skall vara medvetna om att vi knappast kan göra det med framgång i ett samhälle med en kommersialism som med beteendevetares finurliga hjälp tillåts utveckla sig fritt. Det behövs förstånd och sans. För det tredje är hälsofostran miljöarbete i skolan. Det handlar både om den fysiska och den psykiska miljön för både personal och elever. Till miljöarbetet hör skolpolitik, utformning och ansvar för miljö och lokaler. Skolans hälsoarbete syftar i första hand inte till att lägga år till livet som ett traditionellt lönsamhetstänkande kan leda till, utan att lägga liv till åren – redan från början av åren (182).

Vidare innebär Lgr 80 att det lokala ansvaret för skolans verksamhet ökar (184). Det förväntas stimulera till utvecklingslusta och idérikedom. Det lokala ansvaret kan också underlätta samarbetet mellan primärvård och skola. Primärvårdens personal är kanske inte experter på pedagogik men dess kunskaper om hälsa och hälsoupplysning bör vara värdefulla för skolan. Primärvården kan spela en viktig roll som resurs och diskussionspartner.

ATT STÖDJA UTVECKLINGSARBETET I SKOLAN – SKARABORGS LÄN

Länsskolnämnden och landstingets hälsovård arbetar tillsammans för att stödja länets skolor med

- att stegvis utveckla arbetsformer för hälsofostran i skolan
- att samordna en långsiktig planering av hälsoarbetet
- att ge elever möjligheter att bevara och förbättra den själsliga och kroppsliga hälsan
- att utveckla en helhetssyn på hälsan

På lokal nivå samarbetar skolan och primärvården kring olika utvecklingsaktiviteter. Länsskolnämnden och landstingets hälsovård bidrar med särskilda personella och ekonomiska resurser. Det praktiska arbetet kan bl a innehålla

- utbildning av lärare kring hälsofrågor
- modeller för hur aktiviteter skall integreras i skolarbetet
- förslag på praktiska aktiviteter
- nya former för samverkan med hem och skola
- hjälp till skolor med kartläggning av hälsoproblem
- utformning av aktionsprogram, utvärdering
- förbättrade möjligheter för elevvårdspersonal att engagera sig i skolans inre arbete
- förbättrade kontakter mellan skolan och föreningsliv
- förbättrade möjligheter för elever att aktivt medverka i hälsoarbetet (185).

SEX OCH SAMLEVNADSUNDERVISNING BLAND UNGDOMAR I UDDEVALLA

Landstingets hälsoupplysare i Bohuslän har ansvar för utbildning bland tonåringar i sex och samlevnad i Uddevalla skolor. Både läkare, skolsköterskor och elever har deltagit i utbildningen. Intresset har varit väldigt stort och man har därför haft svårt att ta emot alla som vill vara med. Genom grupparbeten, diskussioner och draman har man diskuterat könsroller, sex och samlevnadsfrågor. Barnmorskor har givit information och råd kring preventivmedel. Efter kurserna har eleverna själva tagit initiativ till temakvällar kring sex och samlevnad liksom om droger. En filmklubb har arrangerat temaserier kring kärlek (186).

ATT MÅ BRA – HÄLSOUNDERVISNING I SKOLAN

Primärvårdens hälsoinformatörer i Vara har tillsammans med skolan försökt utveckla ett program för hälsofostran som på sikt skall omfatta 1:a t o m 9:e årskursen. Inledningsvis genomfördes ett försök i årskurs 4. Hälsoinformatören medverkade både i katedern och i utformandet

av programmen. Resultatet blev ett "Må bra-program" (8 lektioner x 60 min). Idag finns motsvarande program även i 1:a och 6:e årskursen. Lärarna har huvudansvaret för arbetet och hälsoinformatören tar fram material, ordnar utbildningsdagar kring programmet för lärarna och medverkar i diskussioner kring den fortsatta uppläggningen. På högstadiet har arbetsmodellen varit något annorlunda. Här gäller det i första hand att hitta former för att integrera hälsofostran i olika ämnen, som svenska, biologi, matematik etc. Exempelvis i ämnet svenska arbetar man med uppsatsskrivning, associationsövningar kring samlevnad och andra hälsofrågor. Bl a får eleverna skriva ner det första de tänker på när de hör värdeladdade ord som "graviditet", "abort", "samlag" och "homosexualitet". Elevernas svar ligger sedan till grund för diskussion och andra övningar. Den successiva uppbyggnaden av verksamheten har underlättat för all skolpersonal att finna sina roller (187, 188).

Idag genomförs många intressanta försök med att utveckla hälsofostran i skolan, där man både har en genomtänkt metodik och ett innehåll. Vidare pågår försök med mer långsiktig och integrerad hälsofostran så att enstaka insatser och kampanjer skall kunna kompletteras och sättas in i ett större sammanhang.

BILD, FILM OCH DRAMA – HJÄLPMEDEL I DROG- OCH SAMLEVNADSUNDERVISNING

I Rotskärsskolan i Älvkarleby kommun anordnades ett antal läger för elever i 8:e årskursen kring frågor om samlevnad. Syftet var att stärka deltagarnas förtroende så att de förmår att med eget hälsosamt levnadssätt vara exempel för kamrater och våga sig in i diskussioner om droger och samlevnad. Improvisationer, rollspel och värderingsprövningar liksom faktaundervisning ingick i programmet. För att inte eleverna skulle fungera som "extralärare" var det viktigt att kunna göra andra insatser i skolan. En grupp gjorde en utställning som demonstrerades på flera skolor, en annan en film om alkohol, en tredje skrev en pjäs som uppfördes för de andra eleverna (189).

Ett s k "hälsokonvent" har använts för att utveckla en mer samlad plan för att möta hälsoproblem och att få en långsiktig och samordnad hälsofostran i skolan (190). I konventet deltar lärare, föräldrar och elevrepresentanter med uppgift att försöka bedöma hälsoläget i skolan, klarlägga vad man kan göra för att förbättra hälsan och fördela arbetet. Primärvården har här en möjlighet att medverka med både sakkunskap och praktiskt stöd.

7.2.3 Socialtjänsten

Socialtjänsten skall enligt socialtjänstlagen (SOL) arbeta förebyggande och exempelvis "ge stöd och hjälp åt barn, äldre och handikappade och utstötta, enskilda såväl som grupper i syfte att främja trygghet, jämställdhet och positiv personlig utveckling" (191). Lagen ger socialtjänsten skyldighet att samverka med andra organisationer som t ex primärvården.

UTDRAG UR SOCIALTJÄNSTLAGEN (SFS 1980:620)

- Socialtjänsten skall under hänsynstagande till människans ansvar för sin och andras sociala situation inriktas på att frigöra och utveckla enskildas och gruppers egna resurser (§ 1).
- Till socialtjänstens uppgifter hör också att
- göra sig väl förtrogen med levnadsförhållanden i kommunen
- medverka i samhällsplaneringen och i samarbete med andra samhällsorgan främja goda miljöer i kommunen
- genom uppsökande verksamhet och på annat sätt främja förutsättningarna för goda levnadsförhållanden (§ 5).
- Socialnämndens insatser för den enskilde skall utformas och genomföras tillsammans med honom och vid behov i samverkan med andra samhällsorgan, med organisationer och andra föreningar (§ 9).
- Socialnämnden skall samarbeta för att förebygga och motverka missbruk av alkohol och andra beroendeframkallande medel (§ 11) (192).

Inom socialtjänsten finns kunskap om befolkningen och erfarenhet av förändringsarbete bland enskilda, grupper och av samhällsförhållanden. Vid socialhögskolorna bedrivs tvärvetenskaplig forskning med syfte att skapa bättre förståelse för sociala problem och öka kunskapen kring socialt arbete (193). Socialtjänstens kunnande och erfarenheter kan vara till god nytta i ett lokalt hälsoupplysningsarbete.

SAMVERKAN I GLESBYGD

Vilhelmina är en utflyttningskommun i Västerbottens inland som bl a har drabbats av en alltmer försämrad kommunal ekonomi. 1968 började man söka nya vägar för att lindra verkningarna av utflyttningen. Förhållanden och levnadsvillkor har ingående studerats och bl a utmynnat i

- Stöd av lokalsamhällets informella struktur. Man ansåg det viktigt att bygga upp samhällets insatser så att det stöder utvecklingen av informella strukturer, d v s det naturliga kontaktnätet mellan människor. Idén var att utse kontaktpersoner som kan fungera som länk mellan samhällets hjälporgan och den enskilde.
- Gemensam distriktsindelning för socialtjänst och hälso- och sjukvård. Distriktsgrupperna skall samråda främst om miljöinriktade samt förebyggande insatser. Grupperna har diskuterat att arbeta med frågor som:
- pensionärernas situation
- ungdomsproblem
- alkoholproblem

- skola i glesbygd
- trafik- och servicefrågor
- arbetslöshetens konsekvenser (194).

I ett gemensamt upptagningsområde kan socialtjänsten och primärvården arbeta tillsammns kring följande uppgifter

- Barn. Genom förskolan och den kommunala barnomsorgen kan man bedriva hälsoupplysning för både barn, föräldrar och personal. Man kan medverka till att samla föräldragrupper. Inom fritidsverksamheten kan man skapa billiga, små och nära kontaktpunkter för ungdomar och andra som vill träffas utanför hemmet som alternativ till det kommersiella utbudet (191, 195).
- Äldre. Socialtjänstens äldrearbete under 1980-talet kommer framför allt att inriktas på miljöplanering, bättre möjligheter för människor att bo kvar hemma, bättre kommunikationer samt ökade möjligheter för deltagande i kultur- och föreningsliv. Socialtjänstens hemvård och primärvårdens hemsjukvård arbetar med många gemensamma uppgifter. Genom ökad samverkan förbättras också möjligheterna till förebyggande insatser. Hemvårdaren kan informera om aktiviteter, medverka till att den äldre kommer i kontakt med andra människor och når kultur och service. Primärvården och socialtjänsten kan därför exempelvis gemensamt utbilda hemvårdare kring ett mer psykosocialt förebyggande arbetssätt (138).
- För ett integrerat boende, sanering av dåliga ungdomsmiljöer, förbättringar av miljöer ur olycksfallssynvinkel kan också primärvården och socialtjänsten samverka genom att exempelvis informera ansvariga om förhållanden i kommunen samt peka på möjliga förändringar. Det finns skäl att tro att personalens kunskaper både inom primärvården och socialtjänsten i allt större utsträckning kommer att tillvaratas som underlag för kommunal planering (196).
- Alkohol. Särskilt i kommuner med alkoholrådgivningsbyråer eller aktiv alkoholförebyggande verksamhet bör det finnas en möjlighet att samarbeta kring alkoholupplysning bland barn och ungdomar i skolor och på fritidsgårdar (197).
- Samhällsarbete. I många större bostadsområden arbetar fältassistenter för att stödja olika aktiviteter och främja sociala kontakter. Arbetet inriktas i regel på olika ungdomsgrupper, ensamma och isolerade. Samhällsarbete är i hög grad en förebyggande verksamhet och har den fördelen att man möter människor i deras dagliga miljö och kan lära känna deras problem och behov på ett tidigt stadium (198).

7.2.4 Kommunalt hälsoskydd

Det lokala hälsoskyddet är en användbar informationskälla. Hälsoskyddet känner väl till miljöförhållanden och miljörisker som råder i kommunen och bör vara en intressant samarbetspartner för primärvården. Tillsammans kan man exempelvis fördjupa kunskaperna kring ohälsans utbredning i kommu-

nen och samarbeta kring miljöinriktad hälsoupplysning (49).

Genom utvecklingen av landstingens samhällsmedicinska enheter förbättras också möjligheterna att bedriva det miljöpreventiva arbetet på lokal nivå (199).

7.3 Företagshälsovården

Inom arbetslivet utbildades under 1970-talet 350 000 personer i arbetsmiljöfrågor (200). Utbildningsarbetet har framför allt inriktats på skyddsombud, arbetsledare och andra som kan påverka arbetsplatsernas utformning. Informationsverksamheten inom arbetslivet, som är inriktad på att förändra levnadsvanor eller att förebygga missbruk, är däremot inte alls lika omfattande, men en hel del intressanta försök har genomförts under de senaste åren (201).

ROTOGRAVYR – ALKOHOL

Rotogravyr är ett beställningstryckeri i Solna utanför Stockholm. Inom företaget ansåg man att något borde göras för att hjälpa arbetskamrater som hade problem med alkohol. En särskild kommitté tillsattes som utarbetade ett handlingsprogram. Inom kommittén håller man hårt på diskussion. Inga protokoll förs. I handlingsprogrammet stod bl a följande

- Missbruk av alkohol eller bruk av narkotika är inte tillåtet på arbetsplatserna.
- Tidiga kontakter och uppsökande verksamhet är av största vikt.
- Återanpassning.
- Information till samtliga anställda.
- Utbildning av "nyckelpersoner".

Idén är att man skall arbeta utifrån solidaritet med arbetskamrater som har alkoholproblem. En viss tid av verksamheten bedrivs på arbetstid men i praktiken görs det mesta på fritiden (201).

SKANDIA – RÖKAVVÄNJNING

Man började med att rekrytera "faddrar" till rökavvänjningsgrupper inom företaget. Några informationsmöten om rökningens skadeverkningar blev första steget. De anställda erbjöds rökavvänjning och deltagarna delades upp i mindre grupper med personer som hade nära kontakt med varandra under arbetsdagarna. En läkare gav deltagarna information och stöd inledningsvis men principen var att grupperna skulle vara självstyrande. Därefter hölls regelbundna samlingar med experter utifrån som gav stöd och information. 40 procent var rökfria efter tre år. Företaget har därefter försökt bredda intresset för hälsa och idag står även kost, motion, förebyggande av alkohol- och drogmissbruk, kulturaktiviteter på det gemensamma programmet för god hälsa, ökad trivsel och samhörighet (201).

Företagshälsovården är en rådgivande expertfunktion som bl a har till uppgift att bevaka och informera om hälsorisker, ta intiativ till skyddsåtgärder och utbilda i arbetsmiljöfrågor. Större företag har i regel en egen företagshälsovård. Flera mindre företag kan ha en gemensam central och i vissa fall kan landsting sälja service i form av extern företagshälsovård till små och medelstora företag. Den externa företagshälsovården kan ofta vara integrerad i primärvården (200). Företagshälsovården i Sverige har en unik erfarenhet av hälsoupplysningsarbete kring miljörelaterade problem som olycksfall, lösningsmedel, buller, damm, gas etc. En primärvårdsorganisation som önskar mer miljöinriktad hälsoupplysning kan lära en del av den ubildnings- och informationsverksamhet som idag bedrivs för en bättre arbetsmiljö. Man bör också kunna samarbeta kring hälsoupplysningsaktiviteter (202). Hälsoupplysning inom företag har inte alltid varit ett problemfritt arbete. Det har hänt att man inom arbetslivet har uppfattat en motsättning mellan miljö- och beteenderelaterade problem. Då asbest och rökning diskuterades under 1970-talet ansåg en del att det förelåg en risk att kraven på miljöförbättringar skulle undergrävas, om de anställdas tobaksvanor skulle framhållas som en dominerande hälsorisk (203). Idag bedriver företagshälsovården på flera ställen utvecklade tobaksupplysningsprogram (201) men exemplet visar på en svårighet man bör vara medveten om.

Samverkansformer mellan primärvård och företagshälsovård är outvecklade på många platser. Om man har tillgång till en regional miljömedicinsk enhet kan det vara till stor hjälp i arbetet att integrera och utveckla hälsoupplysningsarbetet (202).

7.4 Andra landstingskommunala institutioner

7.4.1 Tandhälsovård

Landstingen har ett lagstadgat ansvar för att erbjuda alla mellan 0 och 19 år tandhälsovård. I vissa landsting är verksamheten integrerad i primärvården (204).

Kariesförebyggande arbete har under de senaste decennierna varit framgångsrik i Sverige. Olika fluorbehandlingsrutiner, bättre munhygien och bättre kostvanor har haft stor betydelse (205, 206). På detta område kan man tydligt se effekten av information och upplysning. Tandhälsovårdsupplysning bedrivs allt mer systematiskt och en del landsting har särskilda programplaner för aktiviteter som är inriktade både på individer och på befolkningen som helhet.

PROGRAMORIENTERAD PLANERING

I Västernorrlands läns landsting har man utvecklat en programorienterad planering som bl a innebär

- att befolkningen indelas i behovsgrupper för vilka det är möjligt att formulera gemensamma mål
- att planeringsarbetet baseras på upprepade kartläggningar och behovsgruppernas tandhälsotillstånd och tandhälsoutveckling
- att program utarbetas för avvägning mellan profylaktisk och reparativ vård för de olika behovsgrupperna
- att fasta rutiner skapas för uppföljning av verksamhetens resultat.

De förebyggande åtgärderna som främst satts in bland barn och ungdomar har medfört att tandläkarnas arbetstid för dessa grupper successivt minskar. Tandhygienisternas och tandsköterskornas patientarbetstid beräknas inom barn- och ungdomstandvården ligga på 25 procent av den totala arbetstiden under 1980 (207).

Satsningen på tandhygienister har gjort det möjligt att bedriva en mer omfattande upplysningsverksamhet. Idag når tandhälsovården ut med information till patienter, föräldrar, personal på BVC, daghem, förskolor, skolor, ålderdomshem etc. Arbetet för goda kostvanor bedrivs exempelvis i samarbete med barnhälsovård och skolhälsovård. Vidare söker tandhälsovården motivera för god munhygien och lämplig fluorhygien. I skolan får exempelvis barn instruktioner och övning i rengöring av tänderna (208).

Tandhälsovården har kommit långt i sitt förebyggande arbete. Profylax ingår rutinmässigt i behandlingsarbetet. Det visar möjligheterna till att integrera prevention i de dagliga rutinerna. Den utvecklade epidemiologiska kartläggningen och programplaneringen visar också att det är möjligt att med begränsade resurser ändå tillgodose grupper med särskilt stora behov av behandling.

TANDHÄLSOVÅRD OCH INVANDRARE

I Skövde kommun finns ca 4 000 invånare av utländsk härkomst som bl a löper en ökad karies- och parodontitrisk och som är svåra att nå med erbjudande om behandling, bl a p g a språksvårigheter. I primärvårdens tandvårdsplan, som baserar sig på en epidemiologisk kartläggning av olika grupper och deras behov, anges invandrare som en speciell målgrupp. Under 1981 genomförde därför tandvården informationsmöten i de bostadsområden där invandrare framför allt bor för att informera om munhygien, kostfrågor och hur man kan nå tandvården för råd och behandling (209).

7.4.2 Länssjukvård

Att påverka människors levnadsvanor och öka deras hälsokunskaper ingår i vård och behandling av vissa sjukdomar som t ex hjärtinfarkt och diabetes. Hälsoupplysning eller patientutbildning används också för att återanpassa människor efter sjukdom och lära dem att begränsa eventuella sviter efter sjukdomen (210, 211).

Den nya hälso- och sjukvårdslagen understryker vikten av prevention, medbestämmande och en fördjupad samverkan mellan olika organ och även länssjukvården kommer att ställas inför krav på förändring och utveckling.

Patienten skall ses som en resurs och i större utsträckning aktiveras i behandlingsarbetet. Det innebär bl a att patienten måste få fyllig information om sina hälsoproblem och om den aktuella behandlingen för att t ex kunna förstå och följa givna ordinationer och eventuellt förändrade levnadsvanor som kan vara av betydelse för resultatet (212, 213).

Patientutbildning och informationsrutiner måste utvecklas för att patienten skall kunna aktiveras i behandlingsarbetet (214, 215). I exempelvis socialstyrelsens underlag till vårdprogram för diabetes anges patientinformation som en av "de fyra hörnpelarna" i behandlingsarbetet. I vårdprogram för högt blodtryck i Skaraborg har man utvecklat särskilda rutiner, informationsmaterial etc för att söka förändra patienternas levnadsvanor till det bättre (211, 216).

En konsekvent syn på hälsofrågor är naturligtvis viktig. Hälso- och sjukvårdspersonalen bör själv ta ställning i viktiga hälsofrågor, exempelvis så att sjukvården blir rökfri. Att informationen är samstämmig mellan läkare och sjuksköterskor och mellan olika vårdformer ökar naturligtvis möjligheterna att motivera patienterna för en förändrad livsföring (217, 218).

Preventivt tänkande bör kännetecknа det dagliga arbetet. Läkare och annan personal kommer dagligen i kontakt med ohälsa som är orsakad av miljöfaktorer, levnadsvanor etc, och kan därför bidra till att exempelvis spåra miljöproblem som skador av lösningsmedel, olycksfall, missbildningar etc (219).

Samverkan mellan primärvård och länssjukvård är en viktig förutsättning för att hälso- och sjukvården som helhet skall kunna arbeta för ett gemensamt mål i enlighet med den nya hälso- och sjukvårdslagens intentioner. För att angripa vissa miljöproblem eller sjukdomar som t ex högt blodtryck sker samverkan mellan länssjukvård och primärvård på vissa håll i landet. Det innebär att man arbetar gemensamt bl a med personalutbildning och utvecklar effektiva informations- och arbetsrutiner (219, 220).

I planen för hälso- och sjukvård i Norrbottens län inför 1990-talet (HS BD 90) beskriver man förebyggande arbetsuppgifter som länssjukvården bör satsa på.

LÄNSSJUKVÅRDENS FÖREBYGGANDE UPPGIFTER HS BD 90

Kirurgin bör spela en roll när det gäller att registrera olycksfall och i samarbete med primärvård, kommuner, trafiksäkerhetsverk, yrkesinspektion, skola, polis m fl delta i det olycksfallsförebyggande arbetet.

Gynekologin kan även i fortsättningen arbeta inom ramen för mödravården och preventivmedelsrådgivningen samt medverka i en ökad satsning på upplysningsverksamhet inom sex och samlevnadsfrågor.

Pediatriken har traditionellt haft ett starkt engagemang i förebyggande arbete. Denna kunskap och erfarenhet måste tas till vara vid diskussioner om barns uppväxtvillkor, föräldrautbildning, barnolycksfallsförebyggande arbete samt i form av konsultarbete inom barnhälsovården.

Psykiatrin har sällan varit engagerad i förebyggande arbete trots att det psykiatriska behandlingsarbetet ger viktig kunskap om sociala förhållandens betydelse, uppväxtvillkor m m. För att psykiatrin ska kunna bli någon hjälp i det förebyggande arbetet måste den aktivt börja observera och dokumentera samband mellan miljö och psykiska problem.

Även invärtesmedicin, ortopedi och reumatologi besitter viktig sakkunskap som kan användas i det förebyggande arbetet riktat mot bl a hjärt- och kärlsjukdomar och rörelseorganens sjukdomar. Personal från dessa kliniker bör även kunna medverka i hälsoupplysningsarbetet tillsammans med primärvårdens personal (distriktsläkare, distriktssköterskor och sjukgymnaster) (220).

8 Stödfunktioner och organisatorisk struktur

8.1 Regional nivå

Ytterst bestäms naturligtvis den lokala verksamheten av en övergripande plan eller hälsopolitisk målformulering med syfte bl a att tillgodose länets alla invånare med något så när likvärdig vård och service, t ex tillgång till hälsoupplysning och andra hälsofrämjande aktiviteter. Som sagts tidigare är det viktigt att den lokala primärvårdsenheten känner ansvar för att utveckla och bedriva hälsoupplysning (221). I stor utsträckning kan och bör detta ske i samverkan med andra organ, utanför hälso- och sjukvårdsapparaten. För att det lokala hälsoupplysningsarbetet skall bli effektivt och kunna utvecklas krävs stöd från i synnerhet regional nivå men i viss mån även från centrala organ.

Att stödja den lokala primärvårdsorganisationen i dess utvecklingsarbete av prevention ställer krav på stor lyhördhet och samarbetsförmåga. Om man lokalt känner att man inte får hjälp och stöd som är i linje med det man vill göra kommer naturligtvis intresset för vidare kontakter att minska. Däremot bör man undvika att odla myten om att all kunskap om vad som bör göras finns samlad lokalt (86).

Hälsoupplysning bedrivs liksom all annan verksamhet parallellt vid de olika enheterna. Även organisationer utanför hälso- och sjukvården arbetar med hälsoupplysning, friskvård, och annan prevention. Alla primärvårdsenheter behöver inte göra samma erfarenheter och misstag utan bör kunna få tillgång till andras kunskaper och erfarenheter. Därmed kan också tillflödet av idéer ökas och kreativiteten stimuleras. Vidare är det viktigt att oerfarna primärvårdsorganisationer får hjälp med att utveckla en beredskap för problem som kan uppstå samt med att formulera realistiska förväntningar på resultat, tidsåtgång etc. Det tålmodiga och långsiktiga arbete som krävs för att förbättra folkhälsan kan naturligtvis vara påfrestande för en primärvårdsorganisation som snabbt vill komma till skott och profilera en ny inriktning (91, 113). Därför behövs någon gemensam regional funktion som kan ge stöd, svara för information, kontakter och samordning av verksamhet inom och utom hälso- och sjukvården och för service till de lokala primärvårdsenheterna. Även andra vårdformer, t ex länsjukvården, kan ha behov av en liknande service.

Den organisatoriska tillhörigheten för en sådan funktion kan naturligtvis diskuteras. Det förefaller naturligt att de nya samhälls- och miljömedicinska enheterna skulle kunna vara lämpliga som bas. Framför allt torde man inom

dessa enheter få den nödvändiga överblicken över hälsotillståndet i regionen och de lokala variationerna. Där känner man också till samhälls- och miljöfaktorer och bör kunna analysera eventuella samband med hälsoutvecklingen hos befolkningen (91, 222, 223).

Den regionala hälsoupplysningen skulle kunna svara för att bl a följande behov tillgodoses.

Samordning. När flera primärvårdsorganisationer inom ett län arbetar med likartade arbetsuppgifter finns behov av erfarenhetsutbyte. Utvecklingsprojekt som är särskilt resurskrävande kan genomföras i ett primärvårdsområde, varefter erfarenheterna bedöms och tillgodogörs övriga organisationers verksamhet.

Breddad kompetens. I utvecklingen av hälsoupplysning behövs bidrag från olika kompetensområden, t ex samhälls- och beteendevetenskap, social-, yrkes- och miljömedicin etc. Delvis finns denna kompetens inom landstinget, t ex i de samhällsmedicinska enheterna, men i viss utsträckning måste den sökas hos andra institutioner.

Utbildning. Folkhälsoproblem, preventiv metodik, pedagogik, nya arbetsrutiner etc är frågor som lämpar sig för regionala utbildningsinsatser. Den samhällsmedicinska enheten bör i egen regi eller i samverkan med vårdhögskola eller statlig högskola planera och genomföra kortare liksom längre utbildningsinsatser.

Utvärdering. För att det lokala utvecklingsarbetet skall kunna utvärderas krävs som regel kunskaper som inte alltid finns inom varje primärvårdsområde. Dessa kunskaper bör delvis finnas på regional nivå, t ex i en samhällsmedicinsk enhet. Om det är fråga om mycket stora projekt eller projekt av forskningskaraktär är det naturligt att externa institutioner medverkar, t ex högskolor eller forskningsinstitutioner.

Hantering av material. Hälsoupplysning kräver tillgång till upplysnings- och informationsmaterial med olika innehåll, utformning och syfte. En oerhörd mängd material produceras men med mycket varierande kvalitet. Det finns ett stort behov av att kunna överblicka och bedöma materialbehov och materialtillgång och ge service till de lokala enheterna. Det kan också finnas behov av att inom ett landsting utveckla och producera eget material.

Samverkan med centrala och andra regionala organ. Det lokala utvecklingsarbetet kan också stödjas på regional nivå genom att den samhällsmedicinska enheten samarbetar med exempelvis kommunförbundets länsavdelning, länsstyrelse, länsskolnämnd, länsnykterhetsförbund, idrottsförbund, studieförbundens länsorganisationer. Även kontakt med massmedierna i hälsoupplysningsfrågor bör ingå i den regionala funktionen.

8.2 Central nivå

På central eller nationell nivå skapas vissa grundläggande förutsättningar för hälsoarbetet (13, 224, 225). Bland de uppgifter som lämpligen bör ligga här är bl a

Ideologi och lagstiftning: HS 90 projektet och den nya hälso- och sjukvårdslagen är exempel på hur satsningen på en offensivt och preventivt inriktad primärvård har förberetts och fått legitimitet. Under 1970-talet presenterade Landstingsförbundet ett antal skrifter som berör både de övergripande ideologiska frågorna likaväl som specifika uppgifter, målgrupper och arbetsmetoder. Centrala organ kan på detta sätt underlätta förändringar i synsätt och stödja utvecklingsarbetet.

Forskning och utbildning: Behovet av fördjupad forskning inom hälsoupplysning är idag stort (17). Förhoppningsvis kommer akademiska institutioner att ägna större intresse åt att utveckla kunskaper kring preventiv metodik och pedagogik (226). Forskningsarbetet kan bedrivas i samarbete med enskilda primärvårdsområden, samhällsmedicinska enheter eller andra organ som arbetar med prevention. Då ökar naturligtvis möjligheterna till tvärvetenskapliga satsningar och uveckling av praktiskt tillämpbara kunskaper.

Nationellt hälsoarbete: Om centrala, regionala och lokala organ kan utveckla sitt samarbete skapas möjligheter att bättre följa upp nationella hälsoprogram med konkreta initiativ på lokal nivå (225). Ett vidgat samarbete mellan centrala, regionala och lokala organ gör det också möjligt att samtidigt angripa olika typer av faktorer som leder till ett hälsoproblem – ett angreppssätt som har goda förutsättningar att ge resultat (227). Hälsoproblem kring tobak, alkohol, kost behöver exempelvis inte bara angripas som individuella livsstilsproblem. Det har också att göra med reklam, distribution, produktion, riskmiljöer och ekonomiska intressen.

Strukturell och ekonomisk påverkan: Inom hälsoupplysningsarbetet glöms ofta dessa aspekter bort (228). Av politiska skäl är det ibland svårt att gå in och påverka miljöer, producenter, mediaföretag etc om deras verksamhet anses ligga inom ramarna för vad som kan vara acceptabelt i ett fritt samhälle. Även om centrala organ har begränsade möjligheter att göra avvägningar mellan hälsofrågor och ekonomiska intressen i samhället finns det däremot möjlighet att genom informations- och utbildningsverksamhet klargöra hur vissa ekonomiska intressen, reklam, mytbildning kring livsstil och ungdom etc påverkar våra levnadsvanor och attityder (15).

9 Hälsoupplysning och kompetens

För att primärvårdspersonalen skall kunna arbeta enligt den nya hälso- och sjukvårdslagen och med hälsoupplysning blir det nödvändigt att granska kompetensfrågor och utbildningsbehov (1, 229). Personalen inom hälsovården för mödrar och barn är de som i regel kommit längst. Många utgår idag från ett psykosocialt arbetssätt och har utvecklade rutiner för individuellt preventivt arbete (119).

Kompetenskravet skall betraktas från i huvudsak tre aspekter

- Planering av insatser utifrån befolkningens behov
- Kommunikation, d v s överföring av kunskaper, förmedling av motivation
- Utvärdering, effektmätning (230).

Några kunskapsområden är medicin, fysiologi, epidemiologi, sociologi, psykologi, pedagogik och statistik. Viss kompetens tillgodoses i grundutbildningen för olika personalkategorier, men det finns behov av att den utbildningen reformeras för att bättre svara mot Hälso- och sjukvårdslagens (HSL:s) intentioner. Tills vidare finns det därför ett stort behov av fortbilding inom flera områden (56, 231, 232).

I det följande lämnas ett förslag till ansvars- och arbetsfördelning mellan olika personalkategorier inom primärvården

- Distriktsläkare har bl a till uppgift att arbeta förebyggande. Inom varje primärvårdsområde bör en läkare ansvara för ledningen av den medicinska verksamheten, vilket kan omfatta hälsoupplysningsarbetet i de delar som bedöms vara medicinska (1).
- Distriktssköterskan får även i framtiden en central roll i primärvårdens utbildning och hälsoupplysningsverksamhet. Genom att vårdlag och andra samverkansformer introduceras, kommer distriktssköterskan i större utsträckning att bedriva sitt arbete tillsammans med andra. Hon blir också arbetsledare för undersköterskor, vårdbiträden och hemsamariter. För många distriktssköterskor kan därför arbetssituationen förändras radikalt. Dessutom har distriktssköterskan till uppgift att arbeta med mer samhällsmedicinska och miljörelaterade hälsoproblem (1, 50).
- Barnmorskor och sjuksköterskor som arbetar med hälsovård för mödrar och barn har i regel väl fungerande rutiner för individuellt förebyggande arbete. Genom erfarenheten av psykosocialt arbetssätt, exempelvis i form av föräldrautbildning, har man i många fall goda förutsättningar att

arbeta utifrån en helhetssyn (119, 233)

- Andra sjuksköterskor inom primärvården arbetar t ex vid mottagningar och lokala sjukhem. Deras möjligheter att arbeta utifrån en helhetssyn och en preventiv inriktning förutsätter ofta en förbättrad utbildning (1, 50).
- Undersköterskan och vårdbiträdet i ett vårdlag har patientkontakt både på mottagningen och i hemmen. Det ger goda möjligheter att bedriva hälsoupplysning. Erfarenhet finns också av undersköterskor som hälsoupplysare med inriktning på rökavvänjning, tobaksförebyggande arbete och hälsoupplysning i skolan (234).
- Sjukgymnasten och arbetsterapeuten arbetar ofta med att söka förebygga ledproblem och rörelsehandikapp. Möjligheterna att utveckla dessa arbetsuppgifter bör vara goda. Sjukgymnasten bedriver också förebyggande arbete i form av avspänningsverksamhet, "ryggskolor" etc (235, 236).
- Psykologer och kuratorer finns redan inom många primärvårdsorganisationer. Deras arbetsuppgifter kan variera från fall till fall men deras kunskaper kan vara till stor hjälp vid utvecklingen av det förebyggande arbetet. Det gäller särskilt möjligheterna till att arbeta utifrån en helhetssyn, med ett psykosocialt arbetssätt och med inriktning på grupper som inte alltid uppmärksammas i det förebyggande arbetet (237, 238).

I ett tidigare avsnitt har beskrivits en regional funktion för hälsoupplysningen i ett landsting. Denna funktion skulle svara för samordning, stöd och service åt primärvårdsenheterna. Men det kan också finnas behov av särskilda resurser för hälsoupplysning inom primärvården om man skall arbeta med grupper och organisationer eller bedriva ett systematiskt utvecklingsarbete. Inom några primärvårdsorganisationer finns idag s k hälsoinformatörer. Ofta är dessa sjuksköterskor med vidareutbildning inom öppen hälso- och sjukvård. Erfarenheterna pekar på att de kan vara till god hjälp för att komma igång och driva utvecklingsarbete – fast under vissa förutsättningar. För det första bör hälsoinformatören inte profileras som en särskild "specialist" på hälsoupplysning utan som en resurs som kan stödja och hjälpa personal inom primärvården eller inom andra organisationer i deras förebyggande arbete. Risken är annars stor att preventionen inte integreras i övrig verksamhet och att det uppstår konflikter exempelvis med distriktssköterskor, som också har preventiva uppgifter. För det andra krävs en effektiv primärvårdsledning som kan samordna de olika funktionerna och fördela arbetsuppgifterna. Att anställa en särskild hälsoinformatör ställer särskilda krav på primärvårdsorganisationen. Dessa bör vägas mot den stora fördel det innebär att relativt snabbt få igång utvecklingsarbete av prevention (59).

Hälsoplanerare är en ny yrkeskategori som finns i några enstaka landsting. De är i regel samhällsvetare. I Skaraborgs län är de anställda inom primärvården och har till uppgift att kartlägga och beskriva befolkningens hälsoproblem, medverka i utvecklingsarbetet av primärvårdens verksamhet samt stödja särskilda preventiva projekt. Framför allt förväntas de bidra till en god samordning mellan olika personalkategorier och deras gemensamma arbete för en förbättrad folkhälsa (239).

KURS I OFFENSIVT HÄLSOARBETE

För att hälsoinformatörer, hälsoledare och hälsoplanerare skulle få en nödvändig kompetens för sitt arbete, genomfördes en 20-poängsutbildning i "offensivt hälsoarbete" vid Skaraborgs vårdhögskola i Skövde. Kursen var också avsedd för distriktssköterskor, lärare inom hälso- och sjukvård liksom andra kategorier med intresse för ett vidgat perspektiv på primärvård, epidemiologi och prevention. Kursen genomfördes på halvfart, d v s under två terminer och var indelad i ett antal delkurser.

- Block 1. Befolkningens hälsoproblem, epidemiologi och prevention (7 poäng). Kursmomentet är avsett för samtliga kursdeltagare och omfattar bl a: Primärvårdens uppgifter. Samverkansformer med andra organisationer. Hälso- och sjukvård inför 90-talet. Ohälsa, samhälle i relation till livsstil, missbruk, arbetslöshet, miljöproblem, psykosociala problem. Övningar i praktisk epidemiologi.
- Block 2 A. Hälsopedagogik och samverkan (5 poäng). Kursmomentet är avsett för hälsoinformatörer och är inriktat på: Samlevnadsundervisning. Praktiska och teoretiska övningar kring gruppdynamik, samtalsmetodik, hälsopedagogik.
- Block 2 B. Miljömedicin, planering och metodfrågor (5 poäng). Kursmomentet är avsett för hälsoplanerare och omfattar bl a följande: Företagshälsovård. Olycksfallsprevention. Epidemiologiska och statistiska grundbegrepp. Registerkunskap. Behovsplanering. Praktik och teori kring utvärdering.
- Block 3 A. Praktiskt hälsoarbete. Delkursen är avsedd för hälsoinformatörer/hälsoledare och är inriktad bl a på: Hälsoupplysning. Drog- och missbruksproblem. Tobak. Kost och motion. Avspänning.

Därutöver genomför hälsoinformatörer/hälsoledare ett projektarbete omfattande 4 poäng och hälsoplanerare omfattande 8 poäng. Projektarbetet skall genomföras kring frågor eller problem som berör "offensivt hälsoarbete" och primärvård (240).

En hel del kurser och utbildningslinjer kring hälsoupplysning och prevention har tillkommit under de senaste åren

- Nordiska hälsovårdshögskolan. Högre utbildning inom hälsoupplysning för läkare, sjuksköterskor, socionomer etc.
- Högskolan i Gävle/Sandviken. Lokal linje i friskvård 80 poäng.
- Högskolan i Karlstad. Hälsa, individ och samhälle 20 poäng.
- Pedagogiska institutionen, Stockholms Universitet. Hälsopedagogik 20 poäng.
- Skaraborgs Vårdhögskola. Offensivt hälsoarbete 20 poäng.
- Socialstyrelsens byrå för hälsoupplysning/utbildning för hälsoupplysare.

- Arbetsmarknadsstyrelsen. Pedagogik för företagssköterskor.
- Väddö folkhögskola. Grundkurs i friskvård 38 veckor.
- Hållands folkhögskola. Fritidsledarutbildning med tonvikt på friskvård.
- Vara folkhögskola. Fritidsledarutbilding med friskvårdsprofil (241).

10 Att utvärdera hälsoupplysning

Ett viktigt inslag i utveckling av hälsoupplysning är utvärdering. Det är bl a en förutsättning för att utröna om nya aktiviteter motsvarar ställda förväntningar och bör tillämpas i mer permanenta former (56). Utvärdering kan förbättra möjligheterna för en bra planering, hjälpa personalen att utveckla sina arbetsuppgifter samt öka förståelsen för befolkningens behov och problem (242, 243).

Utvärdering av hälso- och sjukvårdens verksamhet blir också allt vanligare (244). Även om vi här kommer att koncentrera oss på primärvårdens möjligheter att utvärdera egen verksamhet bör man veta att det är viktigt att primärvården också kritiskt granskas "utifrån".

Inom primärvården ställer man idag krav på resurser för utvärderingsarbete av egna aktiviteter. Förväntningar tycks knytas till uppbyggnaden av samhällsmedicinska enheter och ett vidgat samarbete med högskolor och andra forskningsenheter (86).

Några grundläggande frågor inför planering av utvärdering är

- varför skall man utvärdera?
- vad skall utvärderas?
- hur skall utvärderingen gå till?
- vem utför utvärderingen? (245)

10.1 Varför skall man utvärdera?

Ur primärvårdens synvinkel är det viktigt att denna fråga ställs. Man har knappast anledning att bedriva utvärdering om man inte praktiskt kan använda resultaten i den dagliga verksamheten eller utvecklingsarbetet. Några exempel på varför man skall utvärdera är

- för att kontrollera hur en verksamhet fungerar
- för att få underlag för beslut om förändringar
- för att summera en verksamhet
- för att fördjupa kunskaper och systematisera erfarenheter
- för att starta nya aktiviteter

ATT FÖREBYGGA OLYCKSFALL

Efter en noggrann registrering av samtliga olycksfall i Falköping kunde man efter två år presentera en omfattande bild av vad som hade hänt, d v s antalet och typen av olycksfall, var det hade inträffat, vilka som drabbats, orsaker etc. Resultaten presenterades för en referensgrupp bestående av människor som representerade ett stort antal intressenter i kommunen som skola, hälso- och sjukvård, primärkommunala förvaltningar, politiker, frivilliga organisationer, press, fack och näringsliv etc. Resultaten beskrev händelser och förhållanden i en miljö som de flesta kände väl till. Där var korsningar, bostadsområden, branscher etc som drabbades på olika sätt. Referensgruppen kunde genom egna erfarenheter och kunskaper få en djupare förståelse för olyckfallsrisker och problem i kommunen. Det var lätt för alla att se sina uppgifter i det kommande förebyggande arbetet och man kunde relativt snabbt och enkelt planera de olika insatser som lämpade sig för de organisationer som deltagarna i referensgruppen representerade. På så sätt har det olycksfallsförebyggande arbetet i kommunen fått en stark lokal prägel och intresset har varit stort. De preliminära resultaten är goda (246).

Man kan också fråga för vem utvärderingen sker, vem man känner lojalitet för och vilket moraliskt ansvar man har gentemot målgruppen (patienter, lekmän etc), de som praktiskt genomför programmet, lokal arbetsgivare, myndighet, statsapparat, "forskarsamhället" samt medborgarna (skattebetalarna) (247).

Utvärdering kan alltså genomföras utifrån olika intressenters perspektiv. Detta bör man vara medveten om så att man inte okritiskt utvärderar en verksamhet utan även försöker analysera dess betydelse för olika målgrupper, vilka inofficiella problem, mål och resultat som ingått i studien samt eventuella icke avsedda konsekvenser som uppstått. Utan ett kritiskt perspektiv finns det risk för att utvärderingsarbetet i första hand får en bekräftande och för primärvårdens verksamhet legitimerande karaktär (247).

10.2 Vad skall utvärderas?

I första hand bör utvärdering inriktas på frågor och problem som är av särskilt intresse för primärvårdsorganisationen och som man inte har kunskaper om från annat håll. Det innebär att utvärdering av exempelvis tobakens skadeverkningar knappast är meningsfull för primärvården att utvärdera. Det kräver särskilda resurser och görs bättre av andra. Däremot är studier av primärvårdens egen verksamhet, exempelvis av ett tobaksförebyggande program eller preventivt arbete på individnivå, mer realistiska att genomföra. De ger också möjlighet att korrigera kommande verksamhet eller ge summering av vad som hittills gjorts. Vid utvärdering av hälsoupplysning bör

man också ta ställning till om man vill granska den utifrån kortsiktiga eller mer långsiktiga mål. Naturligtvis skall man i första hand söka klarlägga om man uppfyllt de mål som ställts upp, exempelvis påverkat målgruppens attityder, beteenden eller kunskaper. Samtidigt finns ju också mer långsiktiga mål, nämligen om verksamheten bidragit till en förbättrad folkhälsa, vilket vi i regel bedömer utifrån förändringar i sjukdoms- och dödlighetspanoramat. Att förändra befolkningens hälsa är dock en komplicerad process, där förbättrade sociala villkor kan vara en viktig komponent. Därför blir det nödvändigt att ställa frågor som: Är ett förebyggande arbete som inte leder till en minskad dödlighet bland befolkningen misslyckat, eller skall vi använda andra kriterier för bedömning av den långsiktiga effekten av arbetet? (31, 248).

10.3 Hur skall utvärderingen gå till?

Om en primärvårdsorganisation inte har särskilda resurser för utvärderingsarbete är det naturligtvis svårt att genomföra mer omfattande studier. Enklare enkät- och intervjuundersökningar kan ändå ge resultat som är av värde för det praktiska arbetet (249).

I första hand kanske man skall fundera över vilken inriktning utvärderingsarbetet skall ha, d v s skall verksamheten granskas i förhållande till uppsatta mål, skall man systematiskt studera en verksamhet eller program utan hänsyn till mål eller vill man testa någon teori eller uppsatta hypoteser?.

Vid en målrelaterad utvärdering är uppgiften i första hand att objektivt beskriva hur verksamheten fungerat i förhållande till de mål som ställts upp. Någon kritisk granskning av målen görs inte.

Målfri utvärdering kan bedrivas så att man anlägger ett visst perspektiv i sina studier av verksamheten för att kunna få fram väsentliga erfarenheter och en bild av hur ett program egentligen fungerar. Problemet är ofta att bedöma vilka kriterier för utvärderingen som är relevanta. Det finns en risk om man använder någon "expert" och låter dennes subjektiva intryck få bli underlag för utvärdering. Man kan istället samla olika intesssenters syn på en verksamhet och på så sätt få den belyst ur olika perspektiv. (245)

10.4 Vem utför utvärderingen?

Det finns många problem och felkällor i att utvärdera egen verksamhet. Om en hälsoinformatör eller terapeut söker kartlägga hur han lyckats med sitt arbete, exempelvis att få folk att sluta röka, är det många som svarar som de tror att det förväntas av dem, kanske för att inte göra terapeuten/informatören ledsen (250, 251).

Däremot kan man inom en primärvårdsorganisation fördela arbetet så att man utvärderar varandras verksamheter. Därför är utbildning i utvärderingsmetodik viktig för många grupper inom primärvården.

Om man väljer att låta externa konsulter ansvara för planering och

genomförande av utvärdering är det viktigt att primärvårdspersonal är med i utformandet av studien så att deras lokala kännedom och kunskaper om problemområdet tas till vara.

11 Sammanfattning

Hälsan diskuteras ofta i negativa termer, d v s som ett tillstånd utan ohälsa. Hälsa uppfattas då som ett "nolläge", utan skilda kvaliteter. Ändå vet vi vilken betydelse utvecklingen av samhället och människors levnadsvillkor har haft för folkhälsan.

Vi vet också att frustration, ensamhet, dålig utbildning, dålig social situation och arbetslöshet är omständigheter som i hög grad undergräver vårt välbefinnande och ökar vår sårbarhet för sjukdom och tidig död. En ökad dödlighet bland yngre och medelålders män visar att allvarliga problem präglar vårt moderna samhälle. Hälsoproblemen drabbar olika grupper på olika sätt.

I hälsoarbetet är det viktigt att såväl undanröja hälsorisker som att förstärka och utveckla goda samhälls- och miljöförhållanden samt levnadsvillkor. Hälsoarbetet kan bedrivas på många sätt, exempelvis i form av hälso- och socialpolitik, arbetsmarknadsåtgärder, miljöförbättringar likaväl som hälsoupplysning.

Hälsoupplysning behövs av många skäl

- levnadsvanor och livsstil påverkar hälsan
- hälsoupplysning är en rättighet. Information behövs om levnadsvanor, miljöförhållanden och produkter som är till gagn eller skada för hälsan
- mot negativ påverkan. Hälsoupplysning kan motverka mot negativ påverkan av våra levnadsvanor i form av kommersiell reklam, s k "ungdomskulturer", destruktiva trender etc
- debatt och opinionsbildning. Hälsoupplysning kan också väcka debatt kring aktuella problem, uppmana människor att själva handla, påverka beslutsfattare och ställa krav.

Hälsoupplysning betraktas ofta som en metod att påverka människors beteenden och attityder. Envägskommunikation är ett vanligt arbetssätt. Behovet av en mer avancerad metodik och teori är stort och på många håll söker man utveckla nya arbetsformer.

Socialstyrelsens definition av hälsoupplysning är ett försök att ge den en mer kvalificerad innebörd.

"Hälsoupplysning syftar till att åstadkomma sådana förändringar i människors beteenden som förbättrar hälsa och/eller eliminerar hälsorisker. Förändringen sker genom ökade kunskaper och påverkan av attityder".

I mer konkreta termer blir hälsoupplysningens mål

- att öka enskilda individers och hela gruppers praktiska kunskaper
- att ge vägledning för den enskilda individens handlande
- att utveckla ett utökat hälsomedvetande
- att klargöra hälsofrågornas direkta samband med samhälls- och miljöförhållanden

För att arbeta med hälsoupplysning behövs kunskaper om faktorer som påverkar människors levnadsvanor. Förbättrade kunskaper, attitydpåverkan eller praktiska färdigheter kan vara nödvändiga förutsättningar för en bättre livsstil. Människan är också beroende av sin omgivning. Om arbetskamrater, familj och vänner inte är positiva till individens strävan att förändra sitt beteende, så är det inte troligt att hon uppnår några positiva resultat. Samhällsförhållanden har också stor betydelse för vårt beteende. Jordbrukspolitik, reklam, boendeförhållanden och arbetets villkor påverkar i hög grad vårt välbefinnande samt våra vanor och vår hälsa.

Genom den nya hälso- och sjukvårdslagen får primärvården en central roll i hälsoupplysningsarbetet. En utbyggd organisation bör ha goda förutsättningar för det tack vare

- att man når merparten av befolkningen
- att man når människor i olika situationer
- att man har praktisk erfarenhet av människors levnadsvillkor och förhållanden
- att man har naturliga möjligheter att ta upp, diskutera och ställa förslag i hälsofrågor.

Kritiska synpunkter har också riktats mot primärvården. Vissa problem som kan försvåra hälsoarbetet är

- att primärvården når många men inte alla. Samarbete med andra organisationer bör utvecklas
- att hälsofrågorna tenderar att "medikaliseras". Sociala och andra faktorer bakom hälsoproblem uppmärksammas inte alltid och inte heller betydelsen av lekmannamedverkan eller att människor själva fattar beslut och tar ansvar
- att hälsoupplysning inriktas enbart på individen. Att stödja gruppers initiativ och arbeta för sociala och miljömässiga förändringar kan ha stor betydelse för människors hälsa och välbefinnande.

Nästan samtliga landsting har producerat friskvårds- och hälsovårdsplaner. Ofta föreligger en stor skillnad mellan de mål som satts upp och den faktiska verksamhet som bedrivs. Däremot tar många enskilda distriktssköterskor, distriktsläkare och annan primärvårdspersonal initiativ till utvecklingsarbete inom hälsoupplysning, ofta utan särskilda resurser utifrån. I regel saknar man medel för utvärdering och information och dessa försök får därför liten uppmärksamhet. "Genuina" primärvårdsprojekt har ofta den svagheten att de är starkt uppknutna till någon eller några "eldsjälar". På så sätt står och faller aktiviteterna med dessa. Att engagera fler inom primärvården samt integrera hälsoupplysningsarbetet i den dagliga verksamheten är nödvändigt för att goda initiativ inte skall bli av "engångskaraktär".

Personalens engagemang är en viktig förutsättning för att utveckla det förebyggande arbetet med gott resultat. Genom diskussioner och utbildning kan man ta upp de frågor som berör det framtida arbetets inriktning och innehåll. Frågor som är viktiga att diskutera är

- Politikernas stöd och ansvar för utvecklingsarbetet.
- Ett nytt synsätt. För att arbeta förebyggande är det nödvändigt att ha kunskaper om hälsoproblemen i samhället, vad primärvården, andra organisationer och olika personalkategorier kan göra. Insikt om individens totala situation är nödvändig för att kunna stödja, hjälpa och bidra till att människor uppfattar sina valmöjligheter och kan ta ansvar för förändringar.
- Hälsoarbetets legitimitet. Det skapas genom att utvecklingsarbetet får ett konkret stöd av beslutsfattare och ledning. Särskilt viktigt är att prevention och sjukvård betraktas som kompletterande arbetsuppgifter – inte som motstridiga.
- Behov av kunskaper, metoder och resurser. Inom primärvården finns i regel tillräckliga kunskaper för att planera och inleda utvecklingsarbete. När arbetet är igång kommer behoven av kunskaper och metoder att öka. Genom bättre utnyttjande av resurser, bättre organisation och framför allt en integrering av hälsoarbetet i primärvårdens dagliga verksamhet, kan man i regel göra en hel del. Bristande resurser är relativt sällan det egentliga hindret för utvecklingsarbete.
- Samarbete med andra organisationer. I samhället finns många organisationer som arbetar med hälsoupplysning. Tillsammans med dessa kan man engagera människor i arbete, sprida ansvaret för hälsofrågorna, skapa bredd på aktiviteterna och nå många med information.

Planering av utvecklingsarbetet kräver en målsättning som anger de effekter man eftersträvar. På länsnivå kan mer övergripande planer formuleras men på lokal nivå bör man vara så konkret som möjligt både avseende mål och åtgärder. Det är viktigt att planeringen sker på grundval av goda kunskaper om levnadsvillkor och hälsoförhållanden inom primärvårdsområdet samt om samband mellan vanor, miljö, samhälle och hälsa.

Förändringsarbete – sättet man praktiskt förverkligar planerna på – kräver särskild uppmärksamhet. Utvecklingsarbete utmanar gamla attityder och invanda mönster. Många kan känna sig osäkra. Det är viktigt att förändringarna uppfattas som positiva och att personalens egna initiativ stimuleras och värdesätts. När utvecklingsarbetet kommer igång ökar behovet av nya kunskaper och stöd utifrån. Organisationen kan bli labil. Det blir nödvändigt med en beredskap att möta problem för att kunna tillgodose det behov av utbildning etc som olika kategorier kommer att uppleva. För att etablera de nya arbetsformerna blir det viktigt att bl a integrera det i primärvårdens dagliga arbete och klargöra rollfördelningen mellan olika yrkesgrupper. I regel behöver personalen en återhämtningspaus för att komma in i de nya arbetsformerna. Så småningom kan man gå vidare.

Några allmänna erfarenheter av praktiskt hälsoarbete är

- Det tar tid att utveckla nya preventiva aktiviteter.
- Varierande insatser i hälsoupplysningsarbetet ger bäst resultat.

- Hälsoupplysning bör bedrivas med hänsyn till individens situation och behov.
- Tidiga insatser (hälsofrämjande eller primärpreventiva) ökar möjligheten till gott resultat.
- Hälsoupplysning inom ett område bör samordnas för att bl a undvika motstridiga budskap, informationströtthet och ointresse.
- Man måste våga experimentera och ge utrymme för kreativitet.
- Man måste satsa ordentligt för att nå resultat.

På mottagningen kan hälsoupplysning bedrivas med gott resultat. Samtalet med patienter är ofta ett bra tillfälle för att diskutera levnadsvanor och förändringar. Inom hälsovården för mödrar och barn har man utvecklat särskilda rutiner för att tillämpa ett psykosocialt arbetssätt.

Upplysning på mottagningen bygger på personalens medicinska auktoritet och lämpar sig väl för förslag på åtgärder som kan ge omedelbar effekt som exempelvis att sluta röka. Hälsoupplysning på mottagningen begränsas av tidsbrist, och informationen ges då ohälsa i regel uppstått och med inriktning på ett medicinskt definierat problem åt gången. Kompletterande aktiviteter är därför nödvändiga.

Enskild rådgivning och gruppverksamhet är ett sätt att ge människor ett mer omfattande och långvarigt stöd. Ett samtal på tu man hand kan ge närmare kontakt och stärka individens självkänsla och förmåga till förändring. I en grupp har man möjlighet att variera teoretiska moment, praktisk träning och diskussioner.

Deltagarna får möjlighet att stödja varandra i en gemensam strävan att exempelvis sluta dricka, gå ner i vikt. Deltagarna själva får också goda förutsättningar att senare fungera som hälsoinformatörer i sin dagliga miljö. Hälsoupplysning i grupp tillämpas för att förändra levnadsvanor (exempelvis sluta röka, gå ner i vikt, spänna av, föräldrautbildning, samlevnadsutbildning, egenvård).

Hälsoupplysning bedrivs också genom föredrag, studiecirklar och särskilda utbildningsaktiviteter. Ofta ställs förväntningar på primärvården att leda aktiviteterna. Önskemålen kan komma från intressegrupper eller organisationer. Det är också lämpligt att primärvården tar initiativ till utbildning av nyckelpersoner som opinionsbildare, beslutsfattare, representanter för kommun eller föreningsliv.

Hälsoupplysning kan vara ett inslag i uppsökande verksamhet som i regel används för att nå människor som inte nås av samhällets service på annat sätt. Mödra- och barnhälsovården har ett uppsökande arbetssätt och försöker bl a bedriva hälsoupplysning kring droger, olycksfall, tobak liksom psykosociala frågor. Hälsoupplysning bland äldre, där den muntliga informationen är av särskilt stor betydelse, kan också bedrivas genom uppsökande verksamhet. Alkoholförebyggande arbete i samverkan med fackliga organisationer, idrottsrörelser är ett annat exempel.

Primärvården har nu betydligt större skyldighet än tidigare att informera människor i hälsofrågor. Behovet av bra informationsrutiner och material ökar. Det blir viktigt att använda väntrum för hälsoupplysning, inrätta informationscentraler, bedriva utställningsverksamhet. Hälso- och sjukvårdspersonal får ett ökat behov av lättillgängligt och överskådligt material

liksom av att utveckla rutiner för patientutbildning. En viktig förutsättning är att tekniska hjälpmedel inte blir en ersättning för den mänskliga kontakten.

Hälsoupplysning genom massmedia och kampanjer har under de senaste åren utsatts för kritik, men tillsammans med andra aktiviteter kan dessa metoder ha effekt. Kampanjer kan exempelvis användas för påannonsering, skapa debatt och som stöd för lokala aktiviteter. Radio och tidningar kan vara till hjälp för att skapa intresse för hälsofrågor och utgör ett viktigt moment i hälsoupplysningsarbete.

Inom en kommun finns ett stort antal organisationer som arbetar med hälsofrågor och hälsoupplysning. Samarbete förutsätter att man hittar någon form av "minsta gemensamma nämnare", d v s en grundsyn på hur man skall arbeta och med vad. Primärvårdens uppgift kan vara att ge bra kunskaper, visa på lämpliga metoder och stödja aktiviteter särskilt inledningsvis. Man bör naturligtvis undvika att dominera andra organisationers verksamhet.

Många landsting samarbetar med föreningar och andra organisationer kring olika hälsovårdsaktiviteter. Nykterhetsrörelsens olika organisationer förenas i ett gemensamt hälsomål – kamp mot alkohol och droger. Idrottsrörelsens intresse för hälsofrågor är ganska varierande, en del har tävlingsidrott som främsta intresse men andra satsar på friskvårdsaktiviteter, drogförebyggande verksamhet eller aktiviteter för särskilda målgrupper.

Studieförbunden vill ge möjlighet till gemenskap, utveckling av individuella egenskaper samt arbete för gemensamma idéer och värderingar. Det kan bl a innebära att göra människor hälsomedvetna och engagera dem i olika hälsoaktiviteter. Samarbetet med studieförbunden förbättrar möjligheten att kontinuerligt utbilda frivilliga ledare som det finns ett stort behov av.

Fritidsnämnderna stöder ofta hälsoupplysning kring sex och samlevnad, ANT (Alkohol, Narkotika och Tobak) som i regel bedrivs via fritidsgårdar eller i samverkan med frivilliga organisationer.

I många skolor söker man utveckla modeller för hälsofostran som skall vara integrerad i undervisningen och bedrivas från första till sista årskursen. Den nya läroplanen för grundskolan (Lgr 80) medför ett lokalt ansvar för planering som skall stimulera till utvecklingslusta och idérikedom. I Lgr 80 anges också ämnen där hälsofostran har sin givna plats. I vissa kommuner pågår samarbete mellan skola och primärvård för att bl a utveckla lämpliga arbetsmodeller, utbilda lärare, skolsköterskor och kuratorer m fl och genomföra särskilda aktiviteter.

Den nya socialtjänstlagen anger socialtjänstens skyldighet att arbeta förebyggande och samverka med andra organisationer. Socialtjänsten har erfarenhet av förändringsarbete bland enskilda, grupper och av samhällsförhållanden och har metodkunskaper som kan vara till god nytta vid lokalt hälsoupplysningsarbete. Samarbete mellan primärvården och socialtjänsten kan bl a bedrivas bland barn och ungdomar, äldre, sociala riskgrupper, viss sanering av dåliga ungdomsmiljöer och för ett integrerat boende.

Företagshälsovården i Sverige har erfarenhet av hälsoupplysning kring miljörelaterade problem som olycksfall, lösningsmedel, buller, damm, gas etc. På många arbetsplatser har man också medverkat i riktade aktiviteter kring alkohol, tobak, kost och motion.

Det kommunala hälsoskyddet känner väl till miljöförhållanden och risker

som finns i kommunen – kunskaper som är av intresse för primärvården t ex vid beskrivning av ohälsans utbredning och vid planering av miljöinriktad hälsoupplysning.

Tandhälsovården har varit framgångsrik i sitt kariesförebyggande arbete. Upplysningsarbetet bedrivs idag systematiskt. Satsningen på tandhygienister har gjort det möjligt med mer omfattande upplysningsverksamhet. På grundval av epidemiologiska kartläggningar gör man också försök med att tillgodose grupper som har särskilt stora behov av behandling och information.

Inom länssjukvården arbetar man också med att påverka människors levnadsvanor. Det ingår i vård- och behandlingsarbete av vissa sjukdomar samt vid återanpassning efter sjukdom. Länssjukvården förväntas också arbeta mer preventivt. Det kan innebära aktivering av patienter i behandlingsarbetet, mer patientutbildning, bättre samverkan mellan primärvård och länssjukvård.

Hälsoupplysningsarbetet kan utvecklas genom samarbete med regionala och centrala organ. Det är viktigt att den enskilda primärvårdsorganisationen känner ansvaret för arbetet och inte blir "föremål för välvilliga insatser".

Samhällsmedicinska enheter på regional nivå kan stödja primärvårdens utvecklingsarbete genom bl a

- samordning och erfarenhetsutbyte mellan flera primärvårdsorganisationer
- specialkunskap inom pedagogik, samhällsvetenskap, social-, yrkes- och miljömedicin
- utbildning av primärvårdspersonal kring folkhälsoproblem, preventiva metoder etc
- utvärdering av utvecklingsarbete.

Centrala organ har också betydelse för hälsoarbetet bl a genom

- lagstiftning och ideologiutveckling
- forskning och utbildning
- påverkan av strukturella och ekonomiska orsaker till hälsoproblem.

För att arbeta förebyggande är det nödvändigt att ha kompetens för att

- planera insatser utifrån befolkningens behov
- ge infomation
- informera på rätt sätt
- följa upp och granska hälsoarbetet.

Det kräver kunskaper inom samhällsvetenskap, beteendevetenskap och medicin.

Många personalkategorier inom primärvården kommer att arbeta med hälsoupplysning. Distriktsläkaren har förebyggande uppgifter och skall ansvara för den medicinska verksamheten. Distriktssköterskan kommer i större utsträckning att arbeta i team och blir även arbetsledare. Även i framtiden har distriktssköterskan en central roll i hälsoupplysningsarbetet. Barnmorskor lämpar sig väl för preventiv verksamhet. Andra personalkate-

gorier som också förväntas arbeta förebyggande är undersköterskor, vårdbiträden, sjukgymnaster och arbetsterapeuter.

I vissa primärvårdsorganisationer finns idag hälsoinformatörer som har till uppgift att bedriva utvecklingsarbete och stödja annan primärvårdspersonal i deras förebyggande verksamhet. Hälsoplanerare, i regel samhällsvetare, finns i några landsting. De har till uppgift att medverka i samordningen av primärvårdens arbete, kartlägga befolkningens hälsoproblem samt stödja och bedriva utvecklingsarbete som leder till en förbättrad folkhälsa.

För att klarlägga ifall nya aktiviteter motsvarar ställda förväntningar är det nödvändigt med utvärdering. Med rätt ambitionsnivå kan primärvården utvärdera egna aktiviteter. I första hand bör man inrikta sig på frågor och problem som man inte har kunskaper om från annat håll. Av särskilt intresse bör utvärdering av egen aktivitet vara, som exempelvis hur man nått ut bland allmänheten med ett preventivt program.

Inför utvärderingsarbetet är det viktigt att man ställer sig frågan för vem eller vilken utvärderingen sker och vilken lojalitet eller moraliskt ansvar man har gentemot dessa. Utan ett kritiskt perspektiv finns det en risk att utvärderingsarbetet i första hand får en legitimerande karaktär av primärvårdens verksamhet.

Utan särskilda resurser är det naturligtvis svårt att bedriva utvärdering. Enkla enkät- och intervjuundersökningar liksom sammanställningar av befintliga registerdata behöver inte alltid vara resurskrävande, men kan ändå ge värdefulla resultat.

Utvärdering inom primärvården bör inte innebära att den enskilde utvärderar egen verksamhet. Det bör finnas goda möjligheter att fördela arbetet så att man istället utvärderar varandras aktiviteter. Väljer man att låta externa konsulter ansvara för utvärderingen är det viktigt att primärvårdspersonalen är med vid utformandet av studien så att deras lokala kännedom tas till vara.

Utvärderingen kan användas i många syften. Det kan vara för att kontrollera hur en verksamhet fungerar, få underlag för beslut, för att summera en verksamhet eller få fördjupade kunskaper. Resultaten kan också vara till hjälp för att skapa intresse kring ett problem och motivera människor att engagera sig i det förebyggande arbetet.

Referenser

1 SPRI. Primärvård – innehåll och utveckling. SPRI s 101. 1978.
2 Landstingsförbundet. Hälsopolitik i praktiken 1979.
3 WHO. New policies for health education in primary care. Geneva 1983.
4 WHO. Definition of health. Geneva 1948
5 Healthy people. The surgeon general's report on health promotion and disease prevention. US Department of health Education and Welfare. Washington 1979.
6 Tibblin G. Om dödlighet och sårbarhet. Socialmedicinsk tidskrift 1981:9, 494–503.
7 Carlsson G, Arvidsson O, Bygren L-O, Werkö L. Liv och hälsa. En kartläggning av hälsoutvecklingen i Sverige. Liber förlag. Stockholm 1979.
8 Tibblin G. Hälsa och sjukdom – några funderingar mot strömmen. Nytt från utvecklingsenheten i Sollentuna. 1982:5; 42–47.
9 Tibblin G. En bok om vård. Askild & Kärnekull 1980.
10 Hälsorisker. HS 90. SOU 1981:1. Liber förlag Stockholm.
11 Diderichsen F. Omflyttning, boende och hälsa. Socialmedicinsk tidskrifts skriftserie nr 45. Stockholm 1981.
12 Dahlgren K.G. On death rates and causes of death in alcohol addicts. Acta Psychiatrica Skandinavica 1981:26; 297–311.
13 Landstingsförbundet. Den nya hälso- och sjukvårdslagen. 1982.
14 Kost och motion inför 80-talet. Underlag för åtgärdsprogram för bättre kost- och motionsvanor. H- rapport 11. Socialstyrelsen 1979.
15 Statens Ungdomsråd. Ej till salu. Slutrapport i serien "Til varje pris". Liber förlag 1981.
16 Johansson K-E. Alkohol- och narkotikaupplysning i Stockhom – praktikfall. Alkohol och Narkotika.
17 Östby N. Vad är hälsoupplysning. Ur Hälsorisker. SOU 1981:1. Liber förlag.
18 Johannesen H. Sundhed pedagogik og samfund. Unga pedagoger. Köpenhan 1981.
19 Quelsh J.A. Marketing principles and the future of preventive health care. Millbank Memorial Fund Quarterly. Health and society. V 58 N 2, 1980; 310–347.
20 Green L. W. Reconciling policy in health education and primary health care. Int J Health Education. 1981:jul–sept 24; 1–11.

21 WHO. Analysis of the content of the essential elements of primary health care. Geneva 1981.
22 Eriksson C-G. Hälsoupplysningens plats inom sjukvården. Ur: Vem ansvarar för hälsan? Stockholm. Landstingsförbundet nr 293. 1979.
23 Sennerfeldt P. Hälsofostran i skolan. Stencil 1982.
24 Människan i sjukvården – kontakt och information. SOU 1977:66.
25 Wistrand B. Råd om vård. Stegelands förlag 1978.
26 Serner U. Ansvaret för min sjukdom. Publica 1980.
27 Macallister A. Theory and action for health promotion: illustrations from the North Karelia project. Am J Public Health. 1982:72; 1.
28 Landstingsförbundet. Från sjukvårdspolitik till hälsopolitik. Stockholm 1974.
29 Jenkins D.C, An approach to the diagnosis and treatment of problems of health related behaviour. Int J Helth Education 1979:2.
30 McGuire W.J. The nature of attitudes and attitude change. Lindsey I.G., Aronson E. (EDS) Handbook of social psychology. Vol 3. Readings Massachusetts: Addison – Wesley. Sid 136–314. 1969.
31 Eriksson C-G. Kvalitetsbrister hos beteendevetenskapliga studier av tobaksbruket – mätmetoder, design och urval. H-rapport 16.
32 Brandura K. Social learning theory. Englewood. Cliffs N.J. Prentice Hall 1977.
33 Fishbine M, Aseny. Belief, attitude, intention and behaviour: An introduction to theory and research. Readings Massachusetts: Addison & Wesley 1975.
34 Canaris U, Erben R.M. Health education in the Federal Republic of Germany. Ur: Health Education in Europe. Int J of Health Education. Geneva 1980.
35 Maten, makten och människan. Forskningsrådsnämnden. Arbetsgruppen för livsmedelsproduktion, konsumtions- och kostvanor. April 1980.
36 Eriksson, C-G. Att påverka tobaksvanor. Riksbankens jubileumsfond: Att förändra levnadsvanor. RJ 1982:3. Liber förlag.
37 Bruun K m fl. Alkoholpolitik och folkhälsa. Sober förlag AB. Stockholm 1979.
38 Janlert U. Arbetslöshet och ohälsa. Ur: hälso- och sjukvården inför 90-talet. SOU 1981:1. Liber förlag.
39 Sundström-Frisk C. Löneformens betydelse för säkerhet och arbetsorganisation. Forskningsstiftelsen Skogsarbetet, redogörelse nr 7. Stockholm 1978.
40 Tomic B. Health visitor service in a control area of Yugoslavia 14th Int Seminar on health education. Heidelberg 1977.
41 Holzman N.A. Prevention:Retoric or reality. Int J Health Services. 1979:9; 25–39.
42 Vuori H. The medical model of the objectives of health education. Int J Health Education. 1979:1; 12–9.
43 Kaprio L. Community participation. Primary health care in Europe. WHO, Copenhagen 1979.

44 Smedby B, Wennström G, Victorsson K-E. Vårdkonsumtion, resursutveckling och planering. Ur: inge G. Socialmedicin III. Liber förlag 1977.
45 Sundström-Feigenberg K. Förändringsarbete i primärvården. Socialmedicinsk tidskrift 1982:79–83.
46 Bolin A, Haglund B, Isacsson S-O. Behovsanalys i lokalsamhället. Socialmedicinsk tidskrift. 1981:4–5; 226–30.
47 Worm A. Hälsoupplysning och friskvårdskampanjer i primärvård, skola och arbetsliv. Läkartidningen 1982:22; 2236–38.
48 Nicolausson U. Den öppna vården i Sverige. Husläkarutredningen kap 2. SOU 1978:74. Liber förlag.
49 Kommunalt hälsoskydd. Betänkande av hälsostadgeutredningen. SOU 1978:44. Liber förlag.
50 Lefvert I-B. Distriktssköterskans arbete i lokalsamhället. Socialmedicinsk tidskrift 1981:4–5; 278–82.
51 Eriksson C-G. Primärvårdens höga visa och jobbets vardag – om distriktssköterskans verksamhet idag och imorgon. Hälsan i centrum 19 (1). 15–28 1979.
52 Brodin G. Hälsoupplysning i Sverige. Från professionaliseringsinstrument till lekmannaresurs. Sociologiska institutionen, Uppsala universitet 1982.
53 Socialstyrelsen (HS 1). Inventering av hälso-, friskvårds- och primärvårdsplaner. 1981.
54 Swalander P.A. Primärvårdspolitikern och makten. Delegationen för social forskning. Rapport 1982:3. Stockholm.
55 Westman G. Förändringsarbete på vårdcentral. SFAM-nytt 1980:4; 46–7.
56 Landstingsförbundet. Forskning och utvecklingsarbete i primärvården. 1982.
57 Targama A. Former för administrativt utvecklingsarbete. BAS. Göteborg 1978.
58 Bolin A. Hälsoupplysning och hälsofostran. Konferens avseende primärvårdens uppgifter i det förebyggande arbetet. Socialstyrelsen, september 1981.
59 Bolin A. Att arbeta förebyggande inom primärvården – fem års erfarenheter från Vara i Skaraborgs län. Socialmedicinsk tidskrift 1983:1; 54–60.
60 Eriksson C-G. Hinder för preventivt arbete. Riksbankens jubileumsfond: Att förändra levnadssätt 1982:3; 186–90.
61 Primärvårdsutbildning. Rapport. Hälsovårdsenheten. Skaraborgs läns landsting, Skövde 1983.
62 Tibblin G. De sjukas vård och de friskas väl. Socialmedicinsk tidskrift 1978:7–8; 379–82.
63 WHO. Principles and methods of health education. Euro Reports and studies. Nr 11 Copenhagen 1979.
64 Fry J. An overview of primary health care. Int J Health Services 1976:6; 309–14.
65 Inge G. Socialmedicin I. Metodik och sjukdomspanorama. Esselte. Stockholm 1973.

66 Johnsson R, Ohlsson T. Att ta ansvar för sig själv. Wahlström och Widstrand. Stockholm 1977.
67 Thunberg A-M m fl. Samverkansspiralen. Människan i informationskommunikationssamhället. Liber förlag. Stockholm 1979.
68 Holtzman N.A, Prevention: Retoric or reality. Int J Health Services 1979:9 (1; 25–39).
69 Crawford R. You are dangerous to your health. Ideology and politics of victim blaming. Int J Health Service 1977:7(4; 663–80).
70 Brownlea A. From public health to political epidemiology. Social Science and Medicine 1981:15D; 57–67.
71 Tid för omsorg. Slutrapport från projektet "Omsorgen i samhället". Liber 1982.
72 Sennerfeldt P. Vad kan vi göra. Handbok för skolans undervisning i drogfrågor. Liber Utbildningsförlaget 1980.
73 Winkler D.I. Persuasion and coercion for health. Ethical issues in governmental efforts to change life styles. Milbank Memorial Fund Quarterly 1978:56(3); 303–338.
74 Ronnby A. Socialstaten. Kritiken av socialteknokratin. Studentlitteratur. Lund 1981.
75 Berg G. Organisationsutveckling – en kritisk översikt. Studentlitteratur. Lund 1978.
76 Bolin A, Haglund B. Inför satsningen på förebyggande arbete inom primärvården. Socialmedicinsk tidskrift 1981:4–5; 302–7.
77 Svalander P.A. Att förändra sjukvårdens organisation. Liber Läromedel. Lund 1979.
78 Lindmark C, Wennström G. Personalförsörjning och utbildning. Hälso- och sjukvården inför 90-talet. Sekretariatspromemoria 2. 1981.
79 Husläkare. SOU 1978:74. Liber förlag.
80 Dahlgren G. Primärvården i ett internationellt perspektiv. Hälso- och sjukvården inför 90-talet. Sekretariatspromemoria 1981.
81 Freymann J.G. Medicines great schism. Prevention as cure. Medical Care 1975:7.
82 Patienten i sjukvården – kontakt och information. SOU 1977:616. Liber förlag.
83 Janlert U. Hinder och utsikter för offensiv hälsopolitik. Hälsa åt alla. Arbetarkultur 1982.
84 Nilsson A. Att arbeta med sex och samlevnad. En handbok i abortförebyggande upplysning. Socialstyrelsen. Liber förlag 1981.
85 Johansson K-E. Friskvård och hälsa. Larsson 1976.
86 Haglund G. Primärvårdens krav på samhällsmedicinen. Socialmedicins tidskrift. 1982:7–8; 283–6.
87 Beckman S. Kärlek på arbetstid. Arbetslivscentrum 1981.
88 Eriksson C-G. Veteranerna behövs. Vigör 1980:5.
89 Sveriges Riksidrottsförbund. Rapport om projekt i kost och motion i öppenvården. Centrala motionsrådet. PGM 1981.
90 Dahlgren G. Socialstyrelsens roll i hälsopolitiken. Socialmedicinsk tidskrift 1982:7–8; 277–86.
91 Ström K-H. Vem gör vad i landstingets hälsopolitik. Socialmedicinsk tidskrift 1982:7–8; 264–70.

92 Diderichsen F. Ohälsa i Norrbotten. Underlag för hälsopolitisk planering. Socialmedicinska forskningsenheten i Luleå. 1982.
93 Haglund B m fl. Samhällsmedicinsk verksamhet i Skaraborgs län – erfarenheter från ett decennium. Riksabankens Jubileumsfond. Att förändra levnadssätt RJ 1982:3;68–84.
94 Haglund B. Lokala befolkningsstudier – instrument vid ett offensivt hälsoarbete. SFAM-nytt 1981:58;220–5.
95 Haglund B, Isacsson S-O. Hälsoprofil Skaraborg 1977. Projektrapport. Hälsovårdsenheten, Skaraborgs läns landsting. Skövde, 1980.
96 Bodén S, Svanström L. Sjöbo-projektet – en studie i praktisk epidemiologi i Falköping. Stencil. Hälsovårdsenheten, Skövde 1982.
97 Skaraborgs läns landsting. Kursredovisning: Praktisk epidemiologi i Falköping. Stencil. Hälsovårdsenheten, Skövde 1982.
98 Isacsson S-O. Praktisk nytta av preventiv verksamhet. Socialmedicinsk tidskrift 1982:8;287–93.
99 Skaraborgs läns landsting. Primärvårdsplan för Götene. Götene 1982.
100 Skaraborgs läns landsting. För ett friskare Tibro – program för det förebyggande arbetet inom primärvården. Tibro 1981.
101 Lennéer-Axelson B, Thylefors I. Arbetsgruppens psykologi. Natur och Kultur 1979.
102 Lewin K. Field Theory in social science. Harper & Row. N Y 1951.
103 Terreberry. The evolution of organizational environments. Administrative Science Quarterly. 1968:12.
104 Buchanan P. Crucial issues in organizational development. Ur: Watson C. Change in school systems. Aslington NTL Inst 1967.
105 Greiner L.E. Patterns of organization. Howard Business Review May-June 1967.
106 Eriksson C-G, Ståhl R. Att söka kunskap på fältet. Socialmedicinsk tidskrift 1982:2;117–23.
107 Skaraborgs läns landsting. Primärvårdsnämnder. Ledningsorganisation på kommunnivå. Mariestad 1980.
108 Skaraborgs läns landsting. Utbildningsbehov för hälsoinformatörer, ledare och planerare 1982–83. Protokollsutdrag. Hälsovårdsenheten, Skövde 1983.
109 Ohlsson B, Svanström L. Sjöbos väg mot vårdlagen. SFAM-nytt 1981:3;80–2.
110 Dahling L, Svanström L. Befolkningsstudier som grund för öppenvårdsplanering. Läkartidningen 1973:70;4845–8.
111 Svanström L. Vårdlag som områdesgrupper – basenheten i primärvården. Läkartidningen 1980:77;1745–7.
112 Hunt J. W. The restless organization. Wiley & Son. N Y 1972.
113 Bartlett E. A. The contribution of consumers health education to primary care practise: A review. Medical care 1980:18 (8);862–71.
114 Isacsson S-O, Östby N. Hälsoupplysning. Socialmedicinsk Tidskrift 1974:4;269–76.
115 Borell L. Livsstilsstudie och dess praktiska tillämpning. Paediatricus 1976:6 (2);25–7.

116 Eriksson C-G. Det vetenskapliga underlaget till 1981 års varningstexter på tobaksförpackningarna. Socialstyrelsen. Stockholm 1981.
117 Green L. Some dilemmas for health education. Measurement and evalutation: Am J Public Health 1977:67;155–61.
118 Ovhed I. Effekter av olika rökavvänjningsmetoder använda vid allmänläkarmottagning. Läkartidningen 1980:39;3406–8.
119 Mödra- och barnhälsovård. Förslag till program. Socialstyrelsen redovisar. 1979:4. Liber förlag.
120 Vigör. Sörmlandsläkare ger recept på kost och motion. 1980:5;34–35.
121 Falkenberg M, deRiis U. Diabetesundervisning – Kisamodellen. SFAM-nytt 1982:3;200–2.
122 Lindberg J, Ågren G, Bergström E, Alkohol och ohälsa. Hälsorisker (HS 90). SOU 1981:1. Liber förlag.
123 Det händer att jag tar mig en kant ibland. Vigör. 1980:15;30–1.
124 Utbildning i psykoterapi och socialt arbetssätt. UHÄ rapport 24. 1975.
125 Gästrin G. Rökavvänjningsbenägenhet. Ett beteendevetenskapligt nyckelbegrepp vid åtgärdsplanering och effektmätning i samband med hälsoupplysning. H-rapport 16. Beteendevetenskaplig forskning om tobak. Socialstyrelsen 1981.
126 Bownlea A m fl. Participatory health care: An experimental selfhelping project in a less advanced community. Uppsats. School of Australian Environmental Studies, Griffith University, Queensland Austrila.
127 Richter H. Solidaritet. Nordstedts förlag.
128 Hessle S. Föräldragrupper på Skå – en samtalsgrupp i förändring. Ur: Barnbyn från insidan. Barnbyn Skås rapportserie nr 34 1978.
129 Mer tid, bättre kontakt på mödravården. Vigör. 1982:2;10–3.
130 Gustafsson I, Kaplan-Goldman S. Konsultation – att utveckla ett psykosocialt arbetssätt inom mödra- och barnhälsovården. Forskningsrapport Haningeprojektet. Socialstyrelsen.
131 Gustafsson I, Stam E. Blivande och nyblivna föräldrar och deras barn – att inom MVC och BVC uppmärksama deras behov av psykosocialt stöd. Forskningsrapport 2. Haningeprojektet. Socialstyrelsen.
132 Ungdomsmottagning – skall vi ha det? H-rapport 6, Socialstyrelsen 1977.
133 Vi har ansvaret för egenvården. Vigör 1981:4;3–7.
134 Marklund B. Symptom, råd, åtgärd. Esselte studium 1981.
135 Bolin A, Lindström B, Svanström L. Samordna hälsokontroller av pensionärer med socialvårdens uppsökande verksamhet. Läkartidningen 72/1975:833–6.
136 Bolin A, Skånstad S, Svanström L. Servicecentra – för vem? Några resultat från en studie i Malmö. Socialmedicinsk tidskrift 1977:2;85–92.
137 Schelp L. Prevention av olycksfall hos barn och äldre. Socialmedicinsk tidskrift 1983:1, s 31–36.
138 Skaraborgs läns landsting. Hälsokontroll 61 år. Delutvärdering. Hälsovårdsenheten. Skövde 1977.

139 Arbetslivet i centrum för alkoholnämnden. Vigör 1979:5, s 6–8.
140 H-rapport 8. Alkoholinformation i Köpings kommun. Socialstyrelsen 1978.
141 Folkbildningsutredningen. Folkbildning i framtiden – en debattskrift. SOU 1977:37. Liber förlag.
142 Sennerfeldt P. Föreningen i samhället. Natura förlag 1982.
143 Lovsång till egenvård. Vigör. 1982:4;22–3.
144 Miljöombud minskar olycksfall bland barn. Vigör. 1979:2;17–8.
145 Försöksverksamhet med sex och samlevnad på Gotland 1973–76. H-rapport 1, Socialstyrelsen 1977.
146 Catz E, Lazarfeld PF. Personal influence. Glencoe I L. Free Press 1955.
147 Befolkningen slöt upp i kampen mot riskerna. Vigör 1980:2;3–5.
148 På väg mot en rökfri sjukvård. Vigör 1982:3;34–5.
149 Idéer för aktiv patientinformation – bättre behandling. Socialstyrelsen 1981.
150 Vad tycker personalen om tryckt patientinformation. Spri rapport 42.
151 Adelsköld E m fl. Prismas handbok för patienten. Prisma 1981.
152 Älvsborgsförsöket "Aktivare väntrum 1980". Älvsborgs läns landsting, Socialstyrelsen 1980.
153 Skaraborgs läns landsting. Årsrapport för hälsovården/Vara primärvård 1981.
154 Sandell R. Information om beteendepåverkan. Riksbankens jubileumsfond: Att förändra arbetssätt. RJ 1982:3. Liber.
155 Temanummer om kampanjer Vigör 1981:5.
156 Klapper J.T. The effects of mass-communication. Glencoe I11:Free Press 1960.
157 Almanacksknep mot dåliga vanor. Vigör 1982:3;28–9.
158 Chockas du av bilden? Vigör 1980:1;24–5.
159 Schelp L. Olycksfallsprojektet. Arbetsmodell. Skaraborgs läns landsting, Hälsovårdsenheten. Skövde 1979.
160 Gannik m fl. Sundhedspolitik og lokal samfundsmedicin. Institut for social medicin. Köpenhamns Universitet 1980.
161 Statens Ungdomsråd. Massor i rörelse. Föreningar i Sverige. Liber förlag 1980.
162 Ferguson M. Mot en ny tidsålder – personliga och sociala omvälvningar under 80-talet. Askild & Kärnekull 1980. 1982.
163 Holgersson L. Socialvården. En fråga om människosyn. Stockholm. Tiden 1977.
164 Socialstyrelsens nämnd för alkoholfrågor. Tonårsflickor – målgrupp för Verdandi i Norrköping. Socialstyrelsen 1982.
165 Riksidrottsförbundet. Hur skall vi ha't. Utbildningsserier i alkohol- och tobaksförebyggande arbete inom idrottsrörelsen. Stockholm 1976.
166 Zäll I. Du platsar inte – tyvärr. Liber förlag 1982.
167 Zäll I. Idrotten har ett socialt ansvar. Synpunkten 3:82. Malmö socialförvaltning.
168 När Kalle slutade med fotboll. Expressen 1982-07-11.

169 Om folkbildning. Regeringsproposition 1980/81:127.
170 ABF Stockholm. Verksamhetsprogram 1982/83.
171 Karlströmer U. Framgångsrik friskvård enligt Hedemodellen. AWE/Gebergs 1977.
172 Skaraborgs läns landsting. Förslag: Landstingsbidrag till organisationer för medverkan i hälsovårdande verksamhet. Hälsovårdsenheten Skövde 1981. (protokollsutdrag)
173 Kommunal fritidsplanering. Kommunförbundet 1976. Kommunsamköp.
174 Socialstyrelsens nämnd för alkoholfrågor. Kampanj i Sotenäs gav resultat. Socialstyrelsen 1982.
175 Livet i Puma. H-rapport 19. Socialstyrelsen 1983.
176 Kultur i arbetslivet. Rapport från ett utvecklingsprojekt. LO, TCO, ABF, TBV, Statens kulturråd. Statens kulturråd. Rapport 1983:3.
177 Kulturpolitik – vad är det? Statens kulturråd. Stockholm 1982.
178 Vad gör dagis om pappa super. Vigör 1982:3;26–27.
179 Fälth G. "Tro på oss". Med ungdom mot droger – 12 idéer ur verkligheten. Socialstyrelsen. Liber förlag 1983.
180 Sedvall A. Hälsoupplysning i skolan. Socialmedicinsk tidskrift 1982:3.
181 Handlingsprogram för hälsofostran i skolan Skolöverstyrelsen 1981.
182 Sennerfeldt P. Hälsofostran i skolan. Stencil 1982:31.
183 Naeslund J. (red) Begrepp, motiv, termer. En handbok till arbete med Lgr 80. Liber utbildningsförlaget 1980.
184 Läroplan för grundskolan. Lgr 80. Liber utbildningsförlaget 1980.
185 Bolin A, Gustavsson G, Sennerfeldt P. Utveckling av Hälsofostran i skolan – samverkan Länskolnämnd och landstingets hälsovård i Skaraborgs län. Rapport. Hälsovårdsenheten. Skaraborgs län 1983.
186 Sex och samlevnad som fritt valt ämne. Vigör 1981:2;11.
187 Bolin A, Broberg E, Gustavsson G, Wallin M. Må bra – hälsoundervisning i Skaraborgs län. Hälsan i skolan 1982:14;32–8.
188 Gullig baby eller våldsam panik. Vigör 1981:2;9–11.
189 Sennerfeldt A-M, Sennerfeldt P. Lägerverksamhet på Hyttön. Stencil 1982.
190 Östby N. Skolan och hälsoupplysningen. Ur: Boken om hälsan del 2. Red U Åkersten. Liber utbildningsförlaget 1979.
191 80-talets socialvård. Socialmedicinsk Tidskrift 1980:1;14–8.
192 Socialtjänstlagen. Kommunförbundets förlag 1982.
193 Larsson R. Socialt arbete – yrke och ansvar. Socialmedicinsk tidskrift 1981:10;533–6.
194 Sociala utgångspunkter i samhällsplaneringen. SOA-projektet. Socialstyrelsen Utbildningsproduktion AB. Malmö 1980.
195 Socialtjänst. Översikt över socialtjänstreformen. Utbildningsproduktion AB. Malmö.
196 80-talets socialtjänst. Socialmedicinskt tidskrift, 1980:1;14–18.
197 Det dolda missbruket. SOA-projektet. Socialstyrelsen. Utbildningsproduktion AB. Malmö 1980.
198 Ronnby A. Ny social miljö genom ökad självaktivitet. Studentlitteratur. Lund 1977.

199 Temanummer. Hälsopolitik i vardande. Socialmedicinsk Tidskrift 1982:7–8.
200 Information om arbetsmiljörisker. SOU 1982:30. Liber förlag 1982.
201 Lugn A. Friskvård och hälsoupplysning på arbetsplatser. Liber förlag 1980.
202 Svanström L. Landstingen och företagshälsovården. Socialmedicinsk tidskrift. 1980:1;43–6.
203 Johansson K-E, Tibblin G. Hälsorisk och miljöhot. Pogo press 1978.
204 Folktandvårdslagen. SOU 1973:457.
205 Frandsen A. Preventive Dentistry in Practice. Munksgaard, Aalborg 1976.
206 Torell P. Karies hos skolbarnen i Göteborg 1914–78. Tandläkartidningen 1980:5;230–2.
207 Västernorrlands läns landsting. Progamunderlag för distriktstandvård 1980–81. SPRI.
208 Tandhälsovårdsprogram för barn och ungdom. SOU 1978:3.
209 Skaraborgs läns landsting. Tandvårdsplan för primärvården i Skövde. Skövde 1982.
210 SPRI. Återanpassning efter hjärtinfarkt. SPRI-rapport 39 Stockholm 1980.
211 Luft R. Diabetes. Underlag till vårdprogram för primärvården. Socialstyrelsen – vårdprogramnämnden. Utbildningsproduktion 1982.
212 Patienten en resurs eller komplikation. Rapport från ett metodseminarium. SPRI-rapport 53 1981:5–15.
213 Socialmedicinsk Tidskrift. Tema: Att utveckla vårdarbetet. 1982:2.
214 Patientinformation. Spri-rapport 120 1982.
215 Asklund L. Samtal är arbete. SPRI-rapport 51 1981.
216 Berglund G, Isacsson S-O, Rydén L. Vårdprogram för högt blodtryck. Skaraborgs läns landsting. SPRI 1977.
217 Gustafsson B, Tibblin L. Rökfri sjukvård. SPRI-rapport 85, 1981. Tobak, skador och prevention.
218 Tobakskommittén. Minskat tobaksbruk. Slutbetänkande från Tobakskommittén. SOU 1981:18. Liber förlag.
219 Haglund B, Jansson B. Att förebygga lösningsmedelsskador. Socialmedicinsk tidskrift 1983:1;45–53.
220 Hälso- och sjukvården i Norrbottens län inför 1990-talet. Norrbottens läns landsting 1983.
221 Davidsson J. Primärvård. Studentlitteratur Lund.
222 Haglund B. Landstingens samhällsmedicinska enheter – hälsovårdsenheten. SFAM-nytt 1982:2;81–3.
223 Skaraborgs läns landsting. Hälsoplan. Mariestad 1971.
224 Appelgren Å, Serner U, Skalin D. Sjukvård för dig. Liber förlag 1979.
225 Socialstyrelsens framtida organisation och arbetsformer. Slutrapport 1978. Socialstyrelsen.

226 Riksbankens Jubileumsfond. Att förändra levnadssätt. Rapport från ett symposium om metoder att förbättra folkhälsan. R J 1982:3. Liber förlag.
227 WHO. Regional strategy for attaining health for all by the year 2 000. WHO. Copenhaen 1981.
228 Eriksson C-G. Hälsans Ideologi och praktik. Socialmedicinsk Tidskrift 1983:1;10–17.
229 Tema: Utbildning. SFAM-nytt 1981:2.
230 Green L W m fl. Guidelines for health education and maternal and child health. Int J Health Education. 1978:3;1–32.
231 Linder L, Lindholm L. Specialistutbildning i allmänmedicin. Tjänstgöringsprogram. Socialstyrelsen 1982.
232 UHÄ. Den nya läkarutbildningen. Utbildningsdepartementet 1982.
233 Barn och vuxna. SOU 1980:27. Socialdepartementet. Liber förlag.
234 Bolin A, Lovborn N, Isacsson S-O. Projektintegrerad hälsovård 1978 – det första året. Hälsovårdsenheten, Skaraborgs läns landsting. Skövde 1978.
235 Lumbala smärttillstånd. Försök till vårdprogram. Spri-rapport 1978:22.
236 Sjukgymnastik i primärvård. Underlagsmaterial för Spri-projekt 3401. Projektledare: Einevik, Bäckstrand.
237 Bånghagen G, Eriksson C-G. Socialt arbete på vårdcentral – Noradelen. Hagaprojektets stencilserie nr 15. Socialmedicinska avdelningen. Regionsjukhuset Örebro 1982.
238 Tode K. Psykolog på vårdcentral. Socialmedicinsk tidskrift 1976:1;33–38.
239 Bolin A, Haglund B. Primärvården kan ge bättre folkhälsa, Kontakt R. 1981:4;15–16. Skaraborgs läns landsting. Mariestad.
240 Skaraborgs läns vårdhögskola. Kursprogram för offensivt hälsoarbete 20 p. Skaraborgs läns landsting. Skövde 1982.
241 Lär mer om hälsa. Vigör 1982:4;12–13.
242 Swedner H. Sociologisk metod. En bok om kunskapsproduktion och förändringsarbete. Lund. Liber läromedel 1978.
243 Löchen W. Sociologens dilemma. Vetenskaplig distans eller samhällsförändring. Lund, Wahlström och Widstrand 1972.
244 Winoy J. Utvärdering av hälsoarbetet. Socialmedicinsk Tidskrift 1983:1;72–7.
245 Eriksson C-G. Om att välja ambitionsnivå vid utvärdering. (uppsats). Socialmedicinska avdelningen. Regionsjukhuset Örebro 1982.
246 Schelp L. Prevention av olycksfall hos barn och äldre. Socialmedicinsk Tidskrift 1983:1;31–6.
247 Eliasson R, Nygren P. Om utvärderingsforskning – kritisk vetenskap eller professionaliserad reformism. Ur: Armelius B-Å. Ger behandlingen resultat?. Nordstedts 1980.
248 The north Karelia project. Community control of cardiovascular diseases. WHO. Copenhagen 1981.
249 Marklund U. Några synpunkter på lägesbeskrivning, målsättning och utvärdering i drogundervisning samt praktiska råd om enkätundersökning. Pedagogiska institutionen vid Göteborgs Universitet 1982.

250 Björkman N M. Social önskvärdhet som felkälla i frågeundersökningar. Stockholm. Gotab 1979.

251 Ohlin P, Lundh B, Westling H. Carbon monoxide blood levels and reported cessation of smoking. Psychopharmacology, 49:263–265 1976.

Bilaga 1

Hälso- och sjukvårdsberedningen har följande sammansättning: statsrådet Gertrud Sigurdsen, ordförande, landstingsrådet Bertil Göransson t o m 1984-03-31, fr o m 1984-04-01 landstingsrådet Gunnar Hofring, Landstingsförbundet, statssekreteraren Sture Korpi och statssekreteraren Ingemar Lindberg, socialdepartementet, f. kommunalrådet Bengt Mollstedt, förbundsdirektören Walter Slunge och landstingsrådet Kurt Waard, Landstingsförbundet samt generaldirektören Barbro Westerholm, socialstyrelsen.

För den direkta ledningen av HS 90-projektet svarar arbetsgruppen för långsiktig planering, som har följande sammansättning: statssekreteraren Ingemar Lindberg, ordförande, avdelningschefen Gustav Brynolfsson, Sjukvårdens och socialvårdens planerings- och rationaliseringsinstitut (Spri), sjukvårdsföreståndaren Ulrica Croné, Tjänstemännens centralorganisation, departementsrådet Göran Dahlgren, socialdepartementet (fr o m 1984-01-01), departementsrådet Bo Jonsson, finansdepartementet, avdelningschefen Gunilla Lamnevik, Landstingsförbundet, departementssekreteraren Ewa Lindqvist, utbildningsdepartementet, överläkaren Stig-Bertil Nilsson och hälso- och sjukvårdsdirektören Olle Orava, Landstingsförbundet, docenten Hans Rundcrantz, Centralorganisationen SACO/SR, utredningschefen Douglas Skalin, Landstingsförbundet, avdelningschefen Gunnar Wennström och generaldirektören Barbro Westerholm, socialstyrelsen samt ombudsmannen Rolf Wetterström, Landsorganisationen i Sverige. Departementssekreteraren Birgitta Bratthall är sekreterare i arbetsgruppen.

Utredningsarbetet har bedrivits inom socialstyrelsen. Det har letts av generaldirektören Barbro Westerholm samt med avdelningschefen Gunnar Wennström och bryåchefen Göran Dahlgren som projektledare. Inom sekretariatet har vidare arbetat byrådirektören Marianne Rambro, byråchefen Lennart Rinder och byrådirektören Curt-Lennart Spetz. För administrativt arbete, redigering och utskrifter m m har svarat förste byråsekreteraren Märta Nordenfelt, assistenten Ulla Sjöman och byråassistenten Gunvor Unoson. Experter har biträtt i utarbetandet av rappporter och underlagsstudier.

Bilaga 2

Hälsorisker – en kunskapssammanställning (SOU 1981:1)

Miljön och hälsoprocessen (Lennart Rinder)
Arbetsmiljö – ohälsa (Anders Englund)
Arbetslöshet – ohälsa (Urban Janlert)
Psykosocial miljö och hälsa (Lennart Levi)
Alkohol – ohälsa (Jacob Lindberg, Gunnar Ågren och Eva Bergström)
Tobak – ohälsa (Paul Nordgren)
Kost, motion och hälsa (Ingrid Lindvall) samt
Hälsoupplysning (Nils Östby)

Ohälsa och vårdutnyttjande (SOU 1981:2)

Allmänna hälsoindikatorer (Göran Dahlgren, Mari Ann Regen, Curt-Lennart Spetz)
Vårdbehov och vårdefterfrågan (Göran Dahlgren, Liisa Ehrnström)
Vårdresurser och vårdutnyttjande (Gunnar Holmberg, Olle Östman) samt
Sjukdomspanorama (Göran Dahlgren, Curt-Lennart Spetz, Jerzy Einhorn/avsnittet om cancer/)

Hälso- och sjukvård i internationellt perspektiv (SOU 1981:3)

Svensk sjukvård i internationellt perspektiv (Björn Smedby)
Hälso- och sjukvårdsplanering – några internationella jämförelser (Göran Dahlgren, Göran Härne och Johan Mellin) samt
Primärvård – en internationell utblick (Göran Dahlgren)

Sekretariatspromemoria 1: Demografiska och socioekonomiska förhållanden inom befolkningen (Curt-Lennart Spetz) 1981

Sekretariatspromemoria 2: Hälso- och sjukvårdsplaneringen 1981

Planerad och faktisk utveckling (Bengt Larsson)
Sammanställning och analys av aktuella utredningar (Einar Fredriksson, Christer Lindmark, Marianne Rambro)
Personalförsörjning och utbildning (Christer Lindmark, Gunnar Wennström)

Hälso- och sjukvård inför 90-talet. Utgångspunkter och riktlinjer för det fortsatta arbetet (SOU 1981:4)

Den långsiktiga tillgången och efterfrågan på läkararbetskraft (SOU 1982:11)

Narkotika och ohälsa. En kunskapsöversikt (Orvar Olsson, Kerstin Tunving) Särtryck 1983

I serien Socialstyrelsen redovisar:

Sjukdom – ett relativt begrepp (Lisbeth Sachs) 1980:5
Sjukfrånvaron i Sverige (Mari Ann Regen) 1981:6

Statens offentliga utredningar 1984

Kronologisk förteckning

1. Sociala aspekter på regional planering. I.
2. Värdepappersmarknaden. Fi.
3. Domstolar och eko-brott. Ju.
4. Långtidsutredningen. LU 84. Huvudrapport. Fi.
5. Sektorstudier. LU 84. Bilagedel 1. Fi.
6. Särskilda studier. LU 84. Bilagedel 2. Fi.
7. Långtidsutredningen. LU 84. Bilagedel 3. Fi.
8. Näringstillstånd. Ju.
9. Förslag till lag om Kooperativa föreningar. I.
10. Kompletterande motståndsformer. Fö.
11. Rösträtt och medborgarskap. Ju.
12. Rösträtt och medborgarskap. Bilaga. Ju.
13. Samordnad narkotikapolitik. S.
14. RF 10:5. Ju.
15. Ekonomisk brottslighet i Sverige. Bakgrund, övervägande, åtgärder. Ju.
16. Förvärv i god tro. Ju.
17. Sveriges internationella transporter. K.
18. Arbetsmarknadsstriden I. A.
19. Arbetsmarknadsstriden II. A.
20. Datorer och arbetslivets förändring. A.
21. Förenklad självdeklaration. Fi.
22. Panträtt. Ju.
23. Folkbibliotek i Sverige. U.
24. En bättre information om kemiska produkter. Jo.
25. Ny konsumentköplag. Ju.
26. Ny Banklagstiftning. Del 1. Bankrörelselag. Fi.
27. Ny Banklagstiftning. Del 2. Bankaktiebolagslag. Fi.
28. Ny Banklagstiftning. Del 3. Sparbankslag. Fi.
29. Ny Banklagstiftning. Del. 4. Föreningsbankslag. Fi.
30. LÄS MERA! U.
31. Arbetsmarknadspolitik under omprövning. A.
32. Nya alternativ till frihetsstraff. Ju.
33. Handla med tjänster. Ud.
34. Bostadskommitténs delbetänkande. Sammanfattning. Bo.
35. Bostadskommitténs delbetänkande. Del 1. Bo.
36. Bostadskommitténs delbetänkande. Del 2. Bo.
37. Rullande fastighetstaxering m m Del 1. Fi.
38. Rullande fastighetstaxering m m Del 2. Fi.
39. Hälso- och sjukvård inför 90-talet. [HS 90] Huvudrapport. S.
40. Hälsopolitiska mål och behovsbaserad planering. Underlagsstudie. S.
41. Hälsopolitiska mål och behovsbaserad planering. Huvudbilaga 1–3 Huvudbilaga 1: Fakta om ohälsans sociala och yrkesmässiga fördelning i Sverige, Huvudbilaga 2: Arbetsmiljö, yrke, utnyttjande av sluten vård, Huvudbilaga 3: Den jämlika sjukvården? S.
42. Att förebygga skador – ett hälsopolitiskt handlingsprogram. Underlagsstudie.S.
43. Att förebygga hjärt- och kärlsjukdom – ett hälsopolitiskt handlingsprogram. Underlagsstudie. S.
44. Hälsopolitik i samhällsplaneringen – Boendemiljö – Arbetsmiljö – Arbetslöshet – Kost. Underlagsstudie. S.
45. Invandrarna i hälso- och sjukvården. Underlagsstudie. S.
46. Primärvårdens uppgifter i det förebyggande arbetet. Underlagsstudie. S.
47. Primärvårdens uppgifter i det förebyggande arbetet. Huvudbilaga: Hälsoupplysning. S.

Statens offentliga utredningar 1984

Systematisk förteckning

Justitiedepartementet

Kommissionen mot ekonomisk brottslighet. 1. Domstolar och eko-brott. [3] 2. Näringstillstånd. [8] 3. Ekonomisk brottslighet i Sverige. Bakgrund, övervägande, åtgärder. [15]
1983 års rösträttskommitté. 1. Rösträtt och medborgarskap. [11] 2. Rösträtt och medborgarskap. Bilaga. [12]
RF 10:5. [14]
Förvärv i god tro. [16]
Panträtt. [22]
Ny konsumentköplag. [25]
Nya alternativ till frihetsstraff. [32]

Utrikesdepartementet

Handla med tjänster. [33]

Försvarsdepartementet

Kompletterande motståndsformer. [10]

Socialdepartementet

Samordnad narkotikapolitik. [13]
Hälso- och sjukvård inför 90-talet. (HS 90)
1. Hälso- och sjukvård inför 90-talet, (HS 90) Huvudrapport. [39] 2. Hälsopolitiska mål och behovsbaserad planering. Underlagsstudie. [40] 3. Hälsopolitiska mål och behovsbaserad planering. Huvudbilaga 1–3 Huvudbilaga 1: Fakta om ohälsans sociala och yrkesmässiga fördelning i Sverige, Huvudbilaga 2: Arbetsmiljö, yrke, utnyttjade av sluten vård, Huvudbilaga 3: Den jämlika sjukvården? [41] 4. Att förebygga skador – ett hälsopolitiskt handlingsprogram. Underlagsstudie. [42] 5. Att förebygga hjärt- och kärlsjukdom – ett hälsopolitiskt handlingsprogram. Underlagsstudie. [43] 6. Hälsopolitik i samhällsplaneringen – Boendemiljö – Arbetsmiljö – Arbetslöshet – Kost. Underlagsstudie. [44] 7. Invandrarna i hälso- och sjukvården. Underlagsstudie. [45] 8. Primärvårdens uppgifter i det förebyggande arbetet. Underlagsstudie. [46] 9. Primärvårdens uppgifter i det förebyggande arbetet. Huvudbilaga: Hälsoupplysning. [47]

Kommunikationsdepartementet

Sveriges internationella transporter. [17]

Finansdepartementet

Värdepappersmarknaden. [2]
Långtidsutredningen. 1. Långtidsutredningen. LU 84. Huvudrapport. [4] 2. Sektorstudier. LU 84. Bilagedel 1. [5] 3. Särskilda studier. LU 84. Bilagedel 2. [6] 4.Långtidsutredningen. LU 84. Bilagedel 3. [7]
Förenklad självdeklaration. [21]
Banklagsutredningen. 1. Ny banklagstiftning. Del 1. Bankrörelselag. [26] 2. Ny banklagstiftning. Del 2. Bankaktiebolagslagen. [27]. 3. Ny banklagstiftning. Del 3. Sparbankslag. [28] 4. Ny banklagstiftning. Del 4. Föreningsbankslag. [29]
Fastighetstaxeringskommittén. 1. Rullande fastighetstaxering m m Del 1. [37] 2. Rullande fastighetstaxering m m Del 2. [38]

Utbildningsdepartementet

Folkbibliotek i Sverige. [23]
LÄS MERA! [30]

Jordbruksdepartementet

En bättre information om kemiskprodukter. [24]

Arbetsmarknadsdepartementet

Konfliktutredningen. 1. Arbetsmarknadsstriden I. [18] 2. Arbetsmarknadsstriden II. [19]
Datorer och arbetslivets förändring. [20]
Arbetsmarknadspolitik under omprövning. [31]

Bostadsdepartementet

Bostadskommittén. 1. Bostadskommittens delbetänkande. Sammanfattning. [34] 2. Bostadskommitténs delbetänkande. Del 1. [35] 3. Bostadskommitténs delbetänkande. Del 2. [36]

Industridepartementet

Sociala aspekter på regional planering. [1]
Förslag till lag om Kooperativa föreningar. [9]

KUNGL. BIBL.
1984-09-17
STOCKHOLM

Anm. Siffrorna inom klammer betecknar utredningarnas nummer i den kronologiska förteckningen.

HS 90-Publikationer

SOU 1984:39	Hälso- och sjukvård inför 90-talet (HS90). Huvudrapport
SOU 1984:40	Hälsopolitiska mål och behovsbaserad planering. Underlagsstudie.
SOU 1984:41	Hälsopolitiska mål och behovsbaserad planering. Huvudbilaga 1–3. ● Fakta om ohälsans och vårdutnyttjandets socioekonomiska fördelning i Sverige ● Arbetsmiljö, yrke, utnyttjande av sluten vård ● Den jämlika sjukvården?
SOU 1984:42	Att förebygga skador – ett hälsopolitiskt handlingsprogram. Underlagsstudie.
SOU 1984:43	Att förebygga hjärt- och kärlsjukdom – ett hälsopolitiskt handlingsprogram. Underlagsstudie.
SOU 1984:44	Hälsopolitik i samhällsplaneringen – boendemiljö, arbetsmiljö, arbetslöshet och kost. Underlagsstudie.
SOU 1984:45	Invandrarna i hälso- och sjukvården. Underlagsstudie.
SOU 1984:46	Primärvårdens uppgifter i det förebyggande arbetet. Underlagsstudie.
SOU 1984:47	Primärvårdens uppgifter i det förebyggande arbetet. Huvudbilaga ● Hälsoupplysning.
SOU 1984:48	Länssjukvården – möjligheter till förändring. Underlagsstudie.
SOU 1984:49	Hälsa – vård. Samhällsekonomi, sysselsättning, ekonomiska aspekter på förebyggande åtgärder. Expertrapport. (November 1984)
SOU 1984:50	Personal för framtidens hälso- och sjukvård. Underlagsstudie. (November 1984)

Utdrag ur

SOU 1984:44	Arbetslöshet och arbetsmarknadspolitik – några hälsopolitiska aspekter.
SOU 1984:43	Att förebygga hjärt- och kärlsjukdom.
SOU 1984:43	Prevention av hjärt- och kärlsjukdom.
SOU 1984:43	Psykosociala faktorer och hjärt- och kärlsjukdom.
SOU 1984:49	Vården och sysselsättningen.

Liber
Allmänna Förlaget

ISBN 91-38-08377-9
ISSN 0375-250X