

Att utbilda folkhälsoarbetare inför en okänd framtid: insikter från ett nytt kandidatprogram som kombinerar hälsofrämjande med hållbar utveckling

Gloria Macassa, Anne-Sofie Hiswåls,
Nader Ahmadi, Cormac McGrath

Gloria Macassa, professor, Folkhälsovetenskap, Avdelningen för arbets- och folkhälsovetenskap, Högskolan i Gävle. E-post: gloria.macassa@hig.se
Anne-Sofie Hiswåls, MPH, doktorand, Folkhälsovetenskap, Avdelningen för arbets- och folkhälsovetenskap, Högskolan i Gävle. E-post: ahl@hig.se
Nader Ahmadi, professor, Avdelningen för socialt arbete och psykologi, Högskolan i Gävle. E-post: Nader.Ahmadi@hig.se
Cormac McGrath, PhD, Institutionen för lärande, informatik, management och etik, Karolinska Institutet. E-post: cormac.mcgrath@ki.se

Denna artikel syftar till att ge en beskrivning av det nya kandidatprogrammet "Folkhälsostrateg för hållbar utveckling", vilket startade hösten 2016 inom Akademin för hälsa och arbetsliv vid Högskolan i Gävle. Programmet bygger på en integrering av folkhälsovetenskap och biologi med hälsofrämjande arbete och hållbar utveckling som genomgående tema för de tre studieåren. I en tid präglad av hållbar utveckling och alltmer komplicerade hälsorisker behöver framtidens folkhälsoverksamma vara rustade med rätt sorts kunskaper och färdigheter för att kunna främja en hållbar utveckling inom folkhälsan.

This paper aims to provide a description of the new bachelor programme "Health Promotion through Sustainable Development", which started in autumn 2016 at the University of Gävle, Faculty of Health and Working Life. The programme was built integrating public health and biology through a thread of health promotion and sustainable development across the three years of study. In the era of sustainable development and more complex health threats, future public health professionals need to be equipped with the right knowledge and skills that will enable them to promote a sustainable population health.

Artikeln har tidigare varit publicerad i Research in Health Science ISSN 2470-6205 (Print) ISSN 2470-6213 (Online) Vol. 2, No. 2, 2017 och har översatts till svenska med tillstånd från tidskriften.

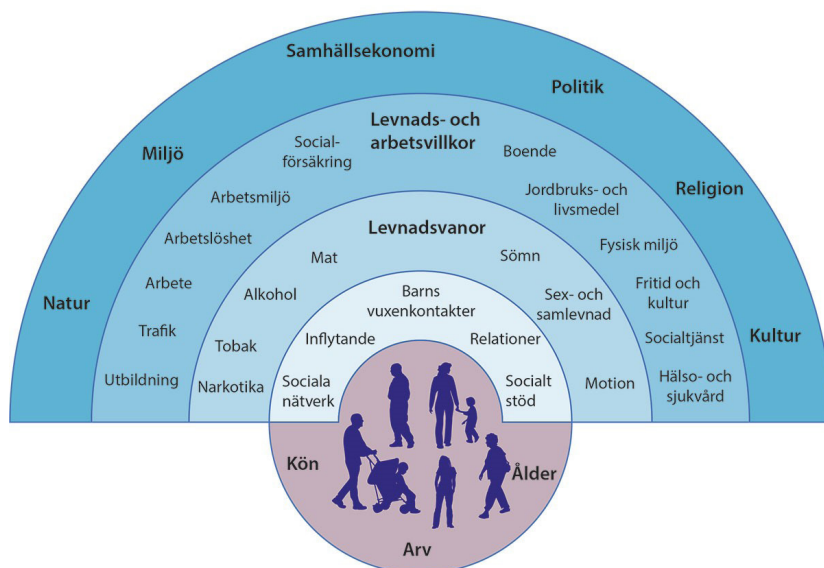
Inledning

Folkhälsovetenskapen var från början inriktad på att förhindra epidemier och spridning av sjukdomar (i synnerhet smittsamma sjukdomar). De biologiska sjukdomsmekanismerna prioriterades för att därmed förbättra befolkningens hälsa^{1,2}. Publiceringen av Black-rapporten i Storbritannien på 1980-talet³, ledde dock till en intensifiering av arbetet med att utforska vad som är avgörande för hälsoläget i en befolkning. Det stod klart att andra faktorer (t.ex. inom samhälle, ekonomi och miljö), inte bara de biologiska, bidrog till de globala sjukdomsmönstren t.o.m. i industrialiserade länder³. Som ett bidrag till denna debatt lade Dahlgren och Whitehead⁴ fram en modell för hälsans bestämningsfaktorer, kallad den sociala hälsomodellen (Figur 1).

Enligt Dahlgren & Whiteheads så kallade socialekologiska hälsoteori⁴

påverkas hälsan av olika skikt av bestämningsfaktorer. De hävdade att det finns en relation mellan individerna, deras miljö och sjukdom, med individerna i centrum (med ett givet genetiskt material), omgivna av andra inflytanden på hälsan som skulle kunna modifieras (modifierbara bestämningsfaktorer). I modellen representerar det första skiktet aspekter av individens beteende och levnadssätt som skulle kunna vara bra eller dåliga för hälsan. Det andra skiktet innehåller sociala och samhälleliga inflytanden, som skulle kunna tjäna som ömsesidigt stöd för medlemmarna i samhället i händelse av ofördelaktiga omständigheter. Det avslutande tredje skiktet inkluderar strukturella faktorer som bostad, arbetsvillkor, tillgång till tjänster och nödvändig samhällsservice⁴.

Förenta nationerna (FN) lanserade år 2000 millennieutvecklingsmålen,



Figur 1: Hälsans bestämningsfaktorer (Dahlgren & Whitehead 1991).

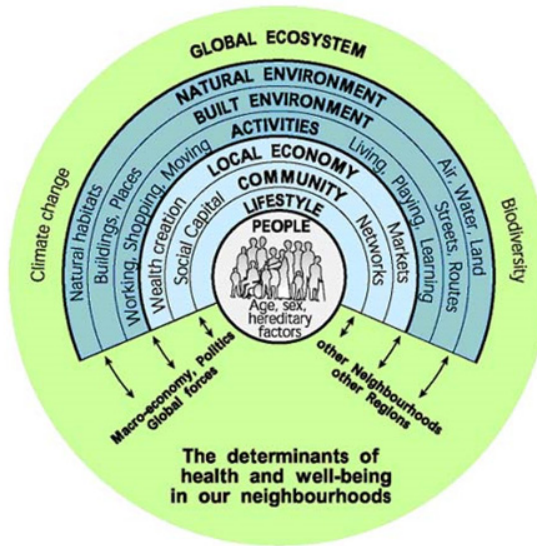
som var länkade till hälsans bestämningsfaktorer och hade som mål att de skulle uppnås av alla undertecknande länder år 2015⁵. Dessa mål fungerade som ett handlingsprogram för alla världens länder för att förbättra befolkningens hälsa genom insatser som kombinerade sociala, miljö- och ekonomiska policyer. Medan millennieutvecklingsmålen bredde ut sig hade världssamfundet redan börjat diskutera den mycket mer omfattande frågan om hållbar utveckling. På uppdrag av FN hade Brundtland-kommissionen⁶ år 1987 presenterat begreppet hållbar utveckling, med tonvikt på förhållandet mellan utveckling, natur och miljö. Rapporten, med titeln Vår gemensamma framtid, hävdade att om utveckling skulle vara hållbar måste miljömässiga, sociala och ekonomiska hållbarhetsaspekter inkluderas, och hälsa nämndes som en del av den sociala hållbarhetspelaren. Vidare noterade rapporten att om utveckling skulle vara hållbar måste den tillfredsställa nödvändiga mänskliga behov inklusive hygien och hälsovård⁶.

Under senare år har forskare inom folkhälsovetenskapen kommit att inse att folkhälsa och hållbar utveckling är intimt förknippade^{7,8}. Vidare kan man hävda att hållbar utveckling bara kan uppnås om man har en frisk befolkning, och därför måste folkhälsa betraktas både som ett viktigt resultat av hållbar utveckling och som en förutsättning för sådan utveckling⁸. Vidare har det hävdats att både hållbar utveckling och folkhälsa kräver en långsiktig vision, som förespråkar intersektoralt samarbete såväl som integrering av miljömässiga, sociala och

ekonomiska faktorer i beslutsfattande och policy-utveckling⁹.

Med utgångspunkt i det ramverk som utvecklats av Dahlgren och Whitehead⁴, liksom i ekosystemteorier och principen om hållbar utveckling, har Barton och Grant arbetat fram en hälsokarta för den lokala mänskliga livsmiljön¹⁰. Hälsokartan utgör ett dynamiskt verktyg med fokus på samarbete mellan personer verksamma i yrken som stadsplanerare, folkhälsoarbetare, serviceleverantörer, ekologer, stadsmiljödesigner och personer verksamma inom transport, luftkvalitet och samhällsgemenskap¹⁰. De olika beståndsdelarna av en mänsklig bosättning reflekteras i en serie sfärer som tar in sociala, ekonomiska och miljömässiga variabler. Bosättningen är placerad inom sin bioregion och det globala ekologiska systemet den ytterst sett är beroende av. Bredare kulturella, ekonomiska och politiska krafter som påverkar välbefinnandet är representerade. Alla beståndsdelar i den ursprungliga Dahlgren & Whitehead⁴ modellen över hälsans bestämningsfaktorer är inkluderade, men utspridda för att reflektera den lokala mänskliga livsmiljöns ekosystem så väl som den ekonomiska utvecklingen.

Skaparna av hälsokartan antydde också att stadsutvecklingsprocessen, i synnerhet design och planering av bosättningar, hörde hemma i en specifik sfär – den bebyggda miljön. Planerare kunde därför se att de bidrog till hälsotillståndet (på ett direkt sätt) eftersom de hade förmågan att påverka kvaliteten på denna miljö (t.ex. bostäderna)^{10,11}. Vidare kan hälsokartan användas för att analysera sekundära ef-



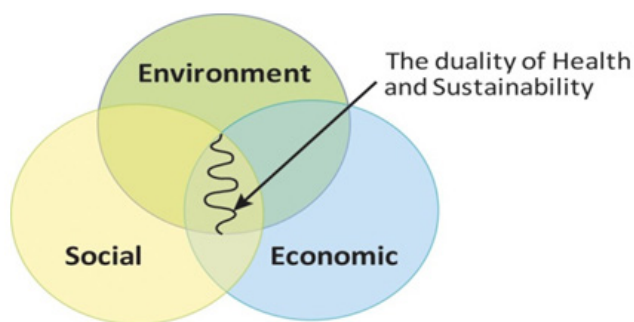
Figur 2. Hälsokartan (Barton & Grant, 2006).

fekter som ofta betyder mycket mera i fråga om hälsa. Den kan också hjälpa forskare inom andra områden, och särskilt inom folkhälsovetenskapen, att urskilja ovannämnda processer och hur de bidrar till hållbarhet samt göra en utvärdering av deras påverkan på hälsan (Figur 2).

Inom folkhälsovetenskapen finns också en växande insikt att hälsofrämjande är det rätta verktyget för att förbättra hälsan genom hållbar utveckling¹². En del forskare hävdar t.ex. att hälsofrämjande och hållbar utveckling interagerar så att hälsa skapar hållbarhet och vice versa – hållbarhet skapar hälsa. För att undvika oavsiktliga negativa effekter måste därför strategier som syftar till hållbar utveckling samordnas med hälsostrategier¹³. Med utgångspunkt i Ottawa-manifestet¹⁴ ses hälsofrämjandet hälsa som ett utvidgat begrepp som inte bara innebär frånvaro av sjukdom. Hälsofrämjande

innebär därför ett omskifte från att betrakta hälsa som frånvaro av sjukdom (det biomedicinska betraktningssättet) till en socioekologisk definition av hälsa som fokuserar på styrka, motståndskraft och hälsotillgångar^{12,13}.

Under de senaste åren har en dualitetsmodell lagts fram som en hjälp till att förstå det inneboende sambandet mellan hälsofrämjande och hållbar utveckling. Dualiteten innebär att hälsan både skapar förutsättningarna för och själv påverkas av hållbarhet i bemärkelsen ekonomisk, social och miljömässig hållbarhet^{12,13} medan, å andra sidan, hållbarhet både skapar och påverkas av människors hälsa. I detta sammanhang beaktar vi tre grupper av faktorer inom den dualitet som skapas av hälsofrämjande och hållbar utveckling: (a) boendemiljöer och sociala system som bygger på delaktighetsprocesser som möjliggör eller begränsar hälsofrämjande och



Figur 3: Dualitetsmodell av hälsa och hållbarhet (Kjærgård m. fl., 2014).

hållbar utveckling; (b) motståndskraftiga ekosystem och livskraftiga ekonomiska system som möjliggör eller begränsar hållbar tillväxt och hälsofrämjande och (c) socioekonomiska stödsystem som möjliggör eller begränsar hälsofrämjande och hållbar utveckling (Figur 3).

Vidare ses dualitetsmodellen som ett betraktningssätt som gör det möjligt att förstå hälsoproblem som ett gemensamt socialt ansvar som sträcker sig bortom den enskilde. Det är denna tanke som ligger bakom de senaste målen för hållbar utveckling, såsom de definieras i Förenta nationernas Agenda 2030¹⁵.

Varken i Sverige eller i övriga Norden finns något annat utbildningsprogram inom folkhälsovetenskap som har försökt att genomgående koppla samman folkhälsa/hälsofrämjande och hållbar utveckling inom hela det treåriga studieprogrammet för en kandidatexamen. I Sverige finns, såvitt vi vet, bara enskilda kurser som behandlar förhållandet mellan folkhälsa/hälsofrämjande och hållbar utveckling inom ramen för olika studieprogram för filosofie kandidatexamen i folkhälsovetenskap. Syftet med

denna artikel är därför att beskriva det nya kandidatprogram, med titeln ”Folkhälsostrategi för hållbar utveckling”, som startade hösten 2016 inom Avdelningen för arbets- och folkhälsovetenskap vid Högskolan i Gävle. Programmet förväntas att fylla fyrtiofem utbildningsplatser årligen.

Kandidatprogrammet ”Folkhälsostrategi för hållbar utveckling”

Detta nya kandidatprogram, som integrerar hälsofrämjande verksamhet och hållbar utveckling, går tillbaka på tre olika inspirationskällor. För det första Brundtland-kommissionens rekommendation⁶ om ”hållbar utveckling som svarar mot samtidens behov utan att undergräva framtida generationers förmåga att tillfredsställa sina egna behov”; för det andra, ”hälsokartan” som utarbetats av Barton och Grant¹⁰ och som beskrivits ovan; och, för det tredje, dualiteten mellan hälsofrämjande och hållbarhet som redan beskrivits^{12,13}. Programmet bygger på en integrering av folkhälsovetenskap och biologi med ”hälsofrämjande arbete och hållbar utveckling” som genom-

Tabell 1. Utformning av det nya kandidatprogrammet ”Folkhälsstrategi för hållbar utveckling”, Högskolan i Gävle, 2016

Årskurs 1		Årskurs 2		Årskurs 3	
Termin 1	Termin 2	Termin 3	Termin 4	Termin 5	Termin 6
Folkhälsovetenskap – en introduktion 15 hp (Folkhälsovetenskap)	Livets utveckling 7,5 hp (Biologi)	Miljö och folkhälsorisker I 7,5 hp (Biologi)	Forskningsmetoder i folkhälsovetenskap I 15 hp (Folkhälsovetenskap)	Strategier och metoder inom folkhälsa och hållbar utveckling 30 hp (Folkhälsovetenskap)	Forskningmetoder i folkhälsovetenskap II och Examensarbete 30 hp (Folkhälsovetenskap)
Från cell till människa ur ett hälsoperspektiv 15 hp (Biologi)	Folkhälsa och hållbarhet (Folkhälsovetenskap) 15 hp	Hälsobeteende och hållbar utveckling 15 hp (Folkhälsovetenskap)	Natur och kulturmiljöer ur ett folkhälsoperspektiv 15 hp (Biologi)		
	Ekologi för folkhälsovetare 7,5 hp (Biologi)	Miljö och folkhälsorisker II 7,5 hp (Biologi)			

gående tema för de tre studieåren. En närmare beskrivning av programmets utformning (för varje universitetstermin under de tre studieåren) presenteras i Tabell 1.

Programmet omfattar 180 högskolepoäng (hp) (ECTS-poäng – European Credit Transfer and Accumulation System) med 120 högskolepoäng i folkhälsorelaterade ämnen och 60 i biologiska ämnen (se Tabell 1). Sambandet mellan hälsofrämjande arbete

och hållbar utveckling sågs som det mest lämpliga temat för integreringen av de två vetenskapsområdena. Tankegångarna bakom detta val var övertygelsen att det skulle vara möjligt att introducera begrepp och kunskap inom detta tema under första årets kurser och sedan successivt fördjupa dem under andra och tredje året, för att slutligen nå fram till ett examensarbete under det tredje året. Programmet innebär integrering både

inom och mellan vetenskapsområdena, vilket är viktigt med tanke på de två vetenskapsområdenas karaktär, naturvetenskap (biologi) jämfört med tillämpad vetenskap (folkhälsa). Tvärvetenskaplig integrering kunde uppnås till nästan 80 procent (genom kursinnehåll som behandlade inflytandet av biologiska mekanismer på befolkningens hälsa såväl som de ömsesidiga relationerna mellan genetiska, miljömässiga och sociala faktorer). Den inomvetenskapliga integreringen (inom varje vetenskapsområde) säkerställdes i sin helhet (genom att man såg till att kurserna fortfarande innehöll de ursprungliga vetenskapsområdenas kärnområden).

Den inomvetenskapliga integreringen är viktig för att de som utexamineras från det nya programmet ska ha möjlighet att fortsätta med studier på avancerad nivå inom folkhälsovetenskap och biologi. Även om det inte var lätt så nåddes målet att ha tvär- och inomvetenskaplig integrering till fullo genom att behålla vetenskapernas viktigaste aspekter inom de överenskomna kursenheterna (se Tabell 1), med folkhälsa som huvudämne (för examen inom kandidatprogrammet) och biologi som biämne, vilket innebär att programmet ger en direkt linje till studier till filosofie magister i folkhälsovetenskap. Studenter som önskar studera till filosofie magister i biologi behöver fullgöra vissa kompletterande kurser innan de påbörjar avancerade studier i biologi.

Varför en filosofie kandidat-examen i folkhälsovetenskap med tvärvetenskaplig inriktning mot hälsofrämjande arbete och hållbar utveckling?

Programmet har som mål att utbilda framtida studenter i sambanden mellan hälsofrämjande (folkhälsa) och hållbar utveckling på ett sätt som gör det möjligt för dem att relatera sina kunskaper till den verklighet de möter (arbeta som rådgivare och strateger för olika slags myndigheter liksom företag i den allmänna eller privata sektorn). De samband som nämndes ovan förverkligas genom programmet specifika studiemål som är fördelade över den tvärvetenskapliga läroplanen. Det krävs att studenterna lär sig och, när de väl har genomfört studieprogrammet, är i stånd att uppvisa: (a) färdigheter och förmåga att arbeta strategiskt med att främja hälsa och hållbara levnadssätt i olika sammanhang; (b) färdigheter och förmåga att arbeta strategiskt med att integrera främjande av hälsa med hållbara levnadssätt i olika sammanhang och (c) färdigheter och förmåga att undersöka, analysera, utvärdera och genomföra strategier och metoder för hälsofrämjande verksamhet.

Många forskare ser en tvärvetenskaplig utbildningsplan som ett mål i sig¹⁶. Relan och Kimpston¹⁶ definierar t.ex. en integrerad utbildningsplan som integrerad kunskap, ett sätt att förmedla kunskap och avancerat tänkande som medborgarna behöver för att kunna förstå en komplicerad, sammanhängande värld. Vidare beskrivs integration av utbildningsplan

som det som gör det möjligt att känna till och förstå världen bortom traditionella, ämnesspecifika kunskaper och färdigheter¹⁶. Dessutom ser andra forskare den tvärvetenskapliga läroplanen som ett begrepp som understödjer de tankeprocesser och det utforskande av komplicerade frågor som kopplar samman studiearbetet med studenternas dagliga liv¹⁷. Vårt program förutsätter att de som i framtiden utexamineras kan komma att samarbeta med andra yrkeskategorier för att åstadkomma hälsosamma, hållbara och motståndskraftiga samhällen. Det nya programmet har därför utformats för att ta itu med frågor som kan komma att påverka både nutidens och framtidens samhällen. Hälsosamma och hållbara samhällen kan väntas främja hälsan genom att förebygga existerande och nya sjukdomar och hälsotillstånd (t.ex. allergier, psykiska hälsoproblem, läkemedelsresistenta patogener och problem som har att göra med ökade klimatrisker)¹⁸.

Drake och hennes kollegor belyser vikten av att utveckla tvärvetenskapligt tänkande som ett mål i sig och understryker att studenterna behöver lära sig att se sambanden mellan olika ämnesområden så att de kan lösa problem i verkliga livet¹⁹. Det nya programmet uppmuntrar tvärvetenskapliga kunskaper och färdigheter genom att länka samman aspekter av miljömässig, social och ekonomisk hållbarhet med hälsans bestämningsfaktorer. Denna sammankoppling manifesteras, som redan påpekats, i dualiteten mellan hälsofrämjande och hållbar utveckling.

Det nya utbildningsprogrammet presenterar ett nytt sätt att tänka, inte bara i fråga om folkhälsoutbildning utan också i fråga om forskningsmetodik, där folkhälsa främjas genom hållbar utveckling i ett försök att få grepp om vår komplicerade värld genom holistiska lösningar. Vidare kan vi, genom att bygga broar mellan ett av de mest avancerade ämnesområdena inom naturvetenskap och teknik, nämligen biologi, och folkhälsovetenskapen, skapa ny kunskap och nya affärsmöjligheter samt även bidra med yrkesutbildade personer som kommer att verka för ett mer hållbart samhälle. Vi förespar en växande marknad för nya folkhälsoarbetare som kommer att kunna verka som ledare, planerare och beslutsfattare med solida kunskaper om hur man kan använda hållbarhet för att optimera och maximera serviceeffektiviteten, identifiera nya marknader, erbjuda tjänster inom områden där de verkligen behövs och bli mer konkurrenskraftiga internationellt.

Författarnas tack

Författarna vill tacka Bodil Zackaroff, Kent Dimberg, Christina Hultgren och Sandra Right för deras bidrag till utformandet av programmet.

Dessutom vill författarna tacka lärarna i folkhäls- och biologigrupperna för deras bidrag under utarbetandet av det nya utbildningsprogrammet.

Författarna vill också tacka Per Tillgren för kommentarer till den slutliga versionen av manuskriptet.

Referenser

1. Affi A, Breslow L. A maturing paradigm of public health. *Ann Rev Public Health* 1994;15:223–235.
2. Hamlin C, Sheards S. Revolutions in Public Health: 1984 and 1998? *BMJ* 1998; 317 (7):384–591.
3. Gray AM. Inequalities in health. The Black Report: a summary and content. *Int J Health Services* 1982;12 (3):349–80.
4. Dahlgren C, Whitehead M. What can we do about inequalities in health? *The Lancet* 1991;338 (8778): 1059–1063.
5. United Nations. The millennium development goals report. New York: UN 2015; pp1–12.
6. World Commission on Environment and Development (WCED). *Our Common Future*. Oxford University Press, Oxford 1987.
7. Adshead F, Thorpe A, Rutter J. Sustainable development and public health: a national perspective. *J R Inst Public Health* 2006;120 (12):1102–1105.
8. Sveke K., Petrovic N, Jeremic V, Vukmirovic J, Kilibarda B, Martic M. Sustainable development and public health: rating European Countries. *BMC Public Health* 2013;13(1):77. DOI: 10.1186/1471-2458-13-77.
9. Public Health Agency of Canada. *Sustainable Development in Public Health: A long term journey begins*. Ottawa 2006.
10. Barton H, Grant M. A health map for the local human habitat. *The Journal for the Royal Society for the Promotion of Health* 2006;126 (6):252–253.
11. Barton H, Davis G., Guise R. *Sustainable Settlements – a guide for planners, designers and developers*. LGMB and UWE: Bristol 1995.
12. Pedersen KB, Land B, Kjærgård B. Duality of Health Promotion and Sustainable Development: perspectives on food waste reduction strategies. *The Journal of Transdisciplinary Environmental Studies* 2015;14(2):5-18.
13. Kjærgård B, Land B, Pedersen K. Health and sustainability. *Health Promot. Int.* 2014;29 (3): 558–568.
14. WHO Ottawa Charter for Health Promotion. WHO Regional Office for Europe, Copenhagen. *Health Promot. Int* 1986;1(4):405.
15. United Nations. *Att förändra vår värld: Agenda 2030 för hållbar utveckling* 2015.
16. Relan, A, Kimpston R. Curriculum integration: a critical analysis of practical conceptual issues. ERIC: University of Minnesota 1991, pp 1–15.
17. Hargreaves A, Earl L, Moore S, Manning S. *Learning to change: teaching beyond subjects and standards*. San Francisco: Jossey-Bass 2002; pp1–240.
18. Siri JG.. Sustainable healthy cities: making the most of the urban transition. *Public Health Reviews* 2016;37:22. DOI 10.1186/s40985-016-0037-0.
19. Drake SM. *Integrated curriculum: creating standards-based integrated curriculum*. California: Sage Publications 2000; pp.1–196.