

Hälsopolitiska planer och skeenden i Landstinget Västernorrland 1978 – 2004

Hjördis Rooth Möller, Barbro Forslin, Ella Sohlberg
och Roland Andersson

Landstinget Västernorrland antog, under perioden 1978–2004, fem länsövergripande hälsopolitiska planer. Artikeln belyser planerna och hur förändringar i synsätt på folkhälsoarbete över tid kommit till uttryck i dessa. Genom att beskriva och tolka de västernorrländska planerna vill författarna bidra till ökad förståelse för ett föränderligt folkhälsoarbete. Författarna har, i skilda roller, arbetat med folkhälsofrågor i Västernorrland under den beskrivna perioden.

Hjördis Rooth Möller, Barbro Forslin, folkhälsoplanerare, Primärvården Västernorrland, Ella Sohlberg f.d. folkhälsosamordnare och Roland Andersson f.d. samhällsmedicinsk chef, Landstinget Västernorrland.

Kontakt: hjordis.rooth.moller@lvn.se eller barbro.forslin@lvn.se

Avdelningen för folkhälsa och forskning, PrimärvårdsCentrum, 851 86 Sundsvall.
Tfn 060-18 10 00 vx.

Sammanfattning

Förändringar i omvärlden har påverkat perspektiv som återspeglats i politiska prioriteringar inom folkhälsoområdet i landstinget Västernorrland, under perioden 1978 – 2004. Fem hälsopolitiska planer beskrivs och analyseras. Utvecklingen följs från individinriktat livsstilsarbete till betoning på folkhälsoarbete som organisations- /strukturell fråga; från framhållande av kollektiv empower-

ment till senare individuell empowerment. Idag konstaterar vi ett synsätt liknande det som var rådande 1978, d.v.s. fokus finns i livsstilsfrågor inriktat på individen men nu också mot grupper och hela befolkningen; då med tonvikt på information, idag interaktion. Förändringar i perspektiv redovisas i fyrfältstabell med poollerna individinriktning – samhällsinriktning samt lokal styrning – central

styrning. Avslutningsvis ställs frågan i vilken omfattning handlingsplanerna har lett till handling i praktiken. Artikeln speglar därmed också klassisk implementeringsproblematik.

Bakgrund

Internationell utblick

Internationellt och i Sverige har Världshälsoorganisationen (WHO) och senare även EU haft stor betydelse för utvecklingen av det hälsofrämjande och förebyggande arbetet. Redan 1978 förespråkade WHO i sin Alma Ata deklARATION "Health for All in Year 2000" (1) en starkare satsning på primärvården. Förslaget fick stort genomslag framförallt i utvecklingsländerna där primärvården, i motsats till den svenska, innefattade mycket av miljö- och sanitetsfrågor. I den industrialiserade världen väckte i stället den kanadensiska rapporten "A New Perspective on the Health of Canadians", 1974 (2) stor uppmärksamhet. Den visade att kanadensarnas hälsa inte förbättrades trots att sjukvården tog en allt större del av BNP. Rapporterna följdes upp av WHO i en rad Världshälsokonferenser, varav den första hölls i Ottawa, 1986. Konferensen resulterade i Ottawa Charter (3) i vilket begreppet "Stödjande miljöer för hälsa" myntades. Den andra konferensen, som hölls i Adelaide 1988, ledde till en deklARATION om samhällsriktad hälsopolitik (4). Det socioekologiska tänkandet blev tydligt och kulminerade i WHO:s och UNEP:s Världshälsokonferens i Sundsvall 1991, där Landstinget Västernorrland

och Sundsvalls kommun var lokala arrangörer. Begreppet "Stödjande miljöer för hälsa" fick här en praktisk betydelse i SundsvallsdeklARATIONEN (5).

Grundläggande för dessa konferenser var, att de slog fast huvudstrategier för det hälsofrämjande arbetet (Health Promotion). Där uttrycktes en ambition om att bygga upp en hälsofrämjande politik och en tro på att kunna reformera sjukvården i den andan. Vidare påtalades vikten av att stödja lokalsamhällets möjligheter till handling.

För att nå intentionerna i "Hälsa för alla strategin" initierade WHO under denna period europeiska och senare globala, hälsofrämjande aktiviteter och nätverk byggda på arenor som "Hälsofrämjande städer", "Hälsofrämjande skolor", "Hälsofrämjande arbetsplatser", "Trygga och säkra kommuner" samt "Hälsofrämjande sjukhus".

Världsbanken gav 1993 ut rapporten "Investing for health" (6). Där påtalades att hälsa bäst kunde produceras genom ett organiserat partnerskap baserat på lokalt hälsoarbete. Genom FN-rapporterna "Our common future" (7) och "Agenda 21" (8) fick hälsoarbetet en ny plattform med en samordning av ekonomi, miljö och hälsa för att uppnå en långsiktig, hållbar utveckling.

Nationell utblick

Förhistorien till den period vi redogör för är lång. Sveriges unika folkbokföring gör att vi kan följa

folkhälsan från 1750-talet (9). Redan tidigt insåg man sambandet mellan fattigdom, trångboddhet, dålig hygien och dålig hälsa. Arbetet för en bättre folkhälsa hade nära samband med sociala reformer. Satsningen på sanitära angelägenheter vid förra sekelskiftet, vaccinationskampanjerna och lanseringen av folkhälsobegreppet under 1930-talet med familje- och bostadspolitiken är välkända exempel på hälsoframgångar. Under 1960-talet växte tilltron till de medicinska möjligheterna starkt och en allmän uppfattning var, att ohälsan skulle försvinna genom att bygga tillräckligt stora och många sjukhus. I slutet av 1970-talet såg man att ohälsan inte minskade, tvärtom ökade dödstalet hos män i medelåldern. Det var bl a en anledning till att "Hälso- och sjukvårdslagen", 1982 (10) gav landstingen lagstadgat ansvar att bedriva hälsofrämjande och förebyggande arbete på individ, grupp och samhällsnivå.

I Sverige publicerades under början av 80-talet en rad nationella utredningar. Bl.a. konstaterade Cancerkommittén (11) att cancer var förebyggbar. I utredningen "Hälso- och sjukvård inför 90-talet, HS- 90" (12) föreslogs en minskning av landets sjukhus.

Landstingsförbundets rapport "Lands tingen och hälsopolitiken" (13) från 1981, uppmanade landstingen att under central politisk ledning inrätta samhälls medicinska enheter. Länsläkarorganisationen avvecklades i vårt län 1981 och landstinget tog över ansvaret för att tillhandahålla expertis inom epidemiologi, miljömedicin och smittskydd. Med detta startade fram-

arbetandet av hälsopolitiska planer i landstinget Västerbotten.

Beskrivning och analys

– Hälsopolitiska planer i landstinget Västerbotten

Friskvård i Västerbotten – plan för landstingets friskvård, 1978 "Friskvårdsplanen" (14)

Politikerna i Landstinget Västerbotten uttryckte 1978 en vilja om att ohälsan skulle förebyggas snarare än ensidig inriktning på att bota och/eller lindra redan uppkommen sjukdom. Alla samhällets krafter skulle slå vakt om hälsan, vår yttersta trygghetsfaktor. Hälsa gavs således ett högt ideologiskt värde. I bakgrunden kan arbetartradition, bildningsideal, och folkhemstanke skönjas. Genom ett sunt och dygdigt levnadssätt skulle medborgarna lära sig att undvika sjukdom. Samtidigt institutionaliserades friskvården genom inrättandet av det landstingsägda hälsohemmet Österåsen (1982) med praktik och teori om kost, fasteterapi och motion. Hälsoövervakande åtgärder integrerades i hälso- och sjukvården. Önskemål framfördes om uppföljning av olika basdata inom hälso- och sjukvårdens område för användning i preventivt syfte.

Ekonomiska resurser frigjordes och en infrastruktur för folkhälsoarbetet byggdes så sakta upp i form av en central samhällsmedicinsk enhet.

Samhällsmedicinska avdelningens primära insats blev att stötta föreningslivet och folkrörelserna i deras upplysningsarbete (bildningsförbund,

nykterhetsförbund, idrotts-förbund och fackföreningar). Med landstingsbidrag kom de att arbeta för implementering av "Friskvårdsplanen". Av hälso- och sjukvårdsbudgeten skulle 0,15% disponeras för förebyggande åtgärder. Två Friskvårdscentraler inrättades i länet (Härnösand och Örnsköldsvik) vilka samfinansierades med kommunerna. Planen lade grunden för ett centralt klassiskt hälsouppplysningsarbete byggt på teorin att relevant information leder till ändrat beteende. D.v.s. om människor ges relevant information från en trovärdig källa – "en expert" – kommer deras beteende att ändras.

Hälsan framför Allt, 1986

– *Förslag till program för 90-talets hälso- och sjukvård i Västernorrland* (15)

Nya hälsopolitiska strömningar, särskilt via hälso- och sjukvårdslagen 1982 (10), ledde fram till en översyn på den rådande hälsopolitiska planen. Synsättet, vilket präglats av traditionell hälsoupplysning till individer utan att väga in deras sociala sammanhang, visade sig ha begränsningar. Istället för hälsoupplysning och friskvård introducerades nu begreppet "hälsofrämjande arbete". Vidare lanserades tydligt begreppet "folkhälsoarbete", vilket avsåg samhällsinriktade insatser i samverkan mellan flera intressenter. En klarare uppdelning gjordes också i samhälls-, grupp- och individinriktat arbete. Organisationer och systemteoretiskt tänkande betonades. En särskild hälsoplanerorganisation, med en hälsoplanerare

för varje kommun, inrättades i landstinget 1985/86.

Programmet "Hälsan framför allt" innehöll såväl miljömål som hälsomål. Epidemiologiska kommundiagnoser, s.k. samhällsprofiler utarbetades för samtliga kommuner. I dessa framkom bl.a., att det förelåg hög prevalens av hjärt- kärlsjuklighet i länet, vilket fick till följd att folkhälsoarbetet inriktades mot riskfaktorer som fet mat, fysisk aktivitet och tobak. Det länsövergripande, befolkningsinriktade hjärt-kärlprojektet "Satsa på hjärtat" inrättades. Beslutet om "Rökfritt landsting", 1988 blev ett exempel på hälsofrämjande arbete genom organisationsförändring.

Folkhälsa Västernorrland 1993

(16)

Världshälsokonferensen i Sundsvall 1991, tillförde regionen ny kunskap och dess intentioner kom att avspeglas i landstingets tredje folkhälso-politiska plan, Folkhälsa Västernorrland, som antogs 1993. Det lokala miljöarbetet växte sig starkare. Det tvärssektoriella samarbetet, särskilt mellan förvaltningar inom kommuner och landsting, vidareutvecklades. Begreppen "participation" (folkligt deltagande) och "empowerment" (maktmobilisering) fick praktisk betydelse i metodval vid implementering. I likhet med de tidigare planerna betonades åter att hälsa och livsmiljö är ömsesidigt beroende av varandra. Jämställdhet mellan könen och hänsyn till utsatta medborgare angavs nu som betydelsefulla faktorer för hälsa..

Landstingets hälsopolitik gick dels ut på att skapa gynnsamma och stödjande livsmiljöer för hälsa, där kommunernas och andras lokala insatser var avgörande och dels på att minska risker för ohälsa på individ och gruppnivå med hjälp av landstingets egen organisation. Med sin kunskapsbas skulle landstinget således stötta regionalt och lokalt folkhälsoarbete, som bedrevs av länsorgan, kommuner, arbetsliv, frivilligorganisationer och andra aktörer

I "Folkhälsa Västernorrland" fick de epidemiologiska, centralt styrda länsövergripande interventionsprojekten, som fanns i "Hälsan framför Allt", en minskad betydelse till förmån för arenaplaneringen (setting approach) lokalt i kommunerna. Arenorna "arbete och arbetsplatser", "skolor och förskolor", "bostadsområden" och "den yttre miljön" prioriterades.

Kommunerna upprättade folkhälsoplaner och i länets samtliga kommuner inrättades särskilda folkhälsoråd eller motsvarande. Behovet av harmonisering med de nationella målsättningarna markerades också mer än tidigare. Landstingsförbundets och Svenska kommunförbundets gemensamma programarbete omkring folkhälsofrågor 1995 – 1998 (17) var därför viktigt.

Folkhälsoprogram 1999 – 2002 (18)

Utgångspunkten för den fjärde planen, "Folkhälsoprogram 1999 – 2002", var ett långsiktigt hållbart

samhälle. Begreppet "livsmiljö" myntades som beskrivning av folkhälsans alla delar. Planen hade en ambition att förankra i utarbetningsprocessen för att skapa realistiska målformuleringar. Här åtskiljdes mål och åtgärder för den egna organisationen från ett visionstänkande om hur samarbete med andra organisationer/intressenter skulle kunna gestalta sig. Det innebar många ganska högt ställda visioner och mål, men utan direkta genomförandestrategier.

På samhällsnivån var det ökade samarbetet med kommunerna i länet allra viktigast. Det resulterade i en rad olika projekt av karaktär "hälsofrämjande arenor".

En revidering av denna plan dröjde bl.a. på grund av avvaktan på riktlinjer från den nya nationella folkhälspolitiken. I och med denna "planlösa" period inträdde ett slags vakuum beträffande mål och strategier för folkhälsoarbetet i länet.

En mer hälsofrämjande hälso- och sjukvård, 2004 (19)

Den idag gällande hälsopolitiska planen, "En mer hälsofrämjande hälso- och sjukvård" som antogs i november 2004, har sin utgångspunkt i "Mål för folkhälsan" (proposition 2002 703:35) (20) och där företrädesvis i målområde nr 6, "En mer hälsofrämjande hälso- och sjukvård". I denna plan ska såväl ett hälsofrämjande som ett sjukdomsförebyggande perspektiv genomsyra hela hälso- och sjukvården och anses vara en självklar del i all vård och behandling. Inrikt-

ning definieras mot fyra olika grupper: patienten (individer och grupper), befolkningen (individer och grupper), den egna personalen och uppföljning/utveckling.

Åter fokuseras individen och livsstilen till viss del skild från sitt sociala sammanhang. En utveckling mot riskfaktor- men även friskfaktortänkande sker. Nödvändigheten av informationsåtgärder framstår åter som centrala, idag mera som interaktion och dialog än som information; t.ex.

förespråkas hälsosamtal och vi lär om ”motiverande samtal” som metod. Friskvård och egenvård är åter aktuella begrepp på samma sätt som i ”Friskvårdsplanen” från 1978. Länets ”Friskvårdscentraler”, som inrättades under 1980-talet och upphörde under 1990-talet, återuppstår idag med namn som ”Livsstilsenhet” och ”Fysiotek”. Betydelsen av lokal samverkan formuleras fortfarande men mindre än i tidigare planer. Värdet av epidemiologiska data (sjuklighets-/

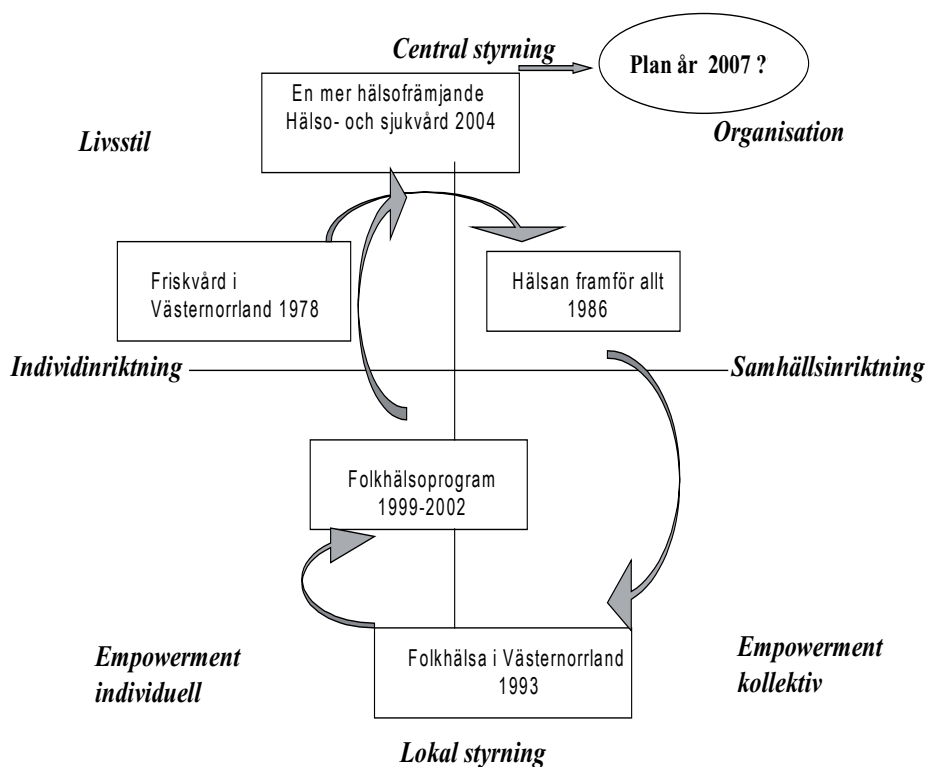


Fig. 1. Hälso-politiska planer och skeenden i Landstinget Västerbotten 1978 – 2004.

riskfaktorer) markeras, både vad gäller att skapa engagemang för åtgärder och som instrument för uppföljning och kvalitetssäkring av interventioner. Mer än tidigare diskuteras nödvändigheten av att arbeta evidensbaserat.

Vi kan identifiera fyra hälsopolitiska skeenden i Landstinget Väster-norrland. Dessa kan beskrivas enligt följande:

- Folkrörelse- och kontrolltanke. Frambringande av den skötsamma individen med hälsoupplýsningens hjälp.
- Systemteoretiskt tänkande och epidemiologisk determinism. Idén om det mätbara samhället och den sociala ingenjörskonsten.
- Lokalt folkhälsoarbete grundat på gemenskap och lokal mobilisering. Bilden av det gemensamma och den kooperativa människan.
- Individuell hälsoupplýsning och individuell frihet. Drömmen om den globala, autonoma och kunniga människan med full frihet att agera.

Skeendena illustreras i en spiralformad rörelse över tid i en fyrfältstabell (figur 1).

Diskussion

Ansatsen i denna artikel är beskrivande och tolkande. Huruvida beskrivningen är generaliserbar till utvecklingen i andra landsting överlåter vi till läsaren att bedöma.

Genom förändringar i omvärlden och ekonomiska förutsättningar har folkhälsoarbetet periodvis befunnit sig i utvecklingsvackor i vårt län. Under andra perioder har arbetet varit högprioriterat och offensivt. Vår studerade period sträcker sig från 70- och 80-talets expansion, resurser och tilltro, till 90- och 20- talets nedskärningar och osäkerhet inför framtiden. En offensiv tid för det lokala folkhälsoarbetet i länet kom, enligt vår tolkning, i slutet av 80- talet och början av 90- talet när planen ”Hälsan framför Allt, 1983” övergick i ”Folkhälsa Väster-norrland, 1993”. Då skapades en lyckad kombination av aktiv hälsopolitik, ekonomiska resurser, kompetensutveckling och folklig mobilisering. Folkhälsa och ökad delaktighet blev värdegrund för mobilisering i förändrings- och utvecklingsarbete. En försvagning har skett i vad vi benämner kollektiv empowerment och krafter mobiliseras idag för att stärka den enskilde genom individuell empowerment. Vi menar att hälsoarbetet idag i ökande omfattning fokuserar på individen och hur individer lever och mindre på hur samhället fungerar och dess resurser.

Vi är nu åter inne i en fas med växande sociala och ekonomiska hälso-risker som under 70-talet. De sociala och könsrelaterade hälsoskillnaderna tenderar att öka och vi ser en tilltagande segregation i främst svenska storstäder. Hälsoriskerna från 70-talet finns fortfarande kvar. Men vi får dem i nya skepnader i form av social stress, sömnproblem, brist på fysisk aktivitet och hälsofarlig konsumtion.

Även infektionssjukdomarna finns kvar men med andra former av infektioner.

Landstinget Västernorrland har i sin femte hälsopolitiska plan "En mer hälsofrämjande hälso- och sjukvård", valt att fokusera på hälso- sjukvården. Därigenom nedtonar landstinget ambitioner från de tre närmast föregående då handlingsutrymme tydligare skapades också för samverkan med kommunerna och andra intressenter, omkring hälsofrämjande insatser i samhället.

Om vi ser på periodens utveckling och för dess tendens vidare in i framtiden noterar vi, att planerna pendlat mellan individinriktning – samhällsinriktning och central styrning – lokal styrning. I figur 1. har vi försökt åskådliggöra utvecklingen i en fyrfältstabell, där vi ser en spiralformad rörelse, som till en del leder oss tillbaka till prioriteringar som i "Friskvårdsplanen" från 1978. Det skulle betyda, att vi står inför en ny period med fokus i hälsoupplýsning, individuell och i grupp, med central styrning. Dock har vi nu lämnat informationssamhället och befinner oss i "interaktionssamhället" vilket också avspelas.

Periodvis har vi upplevt att vad som uttryckts i de beskrivna planerna inte har varit tillräckligt förankrat bland verkställare inom hälso- och sjukvården. Beslutade prioriteringar har då inte omsatts i praktisk handling. Vår uppfattning är, att personal inom hälso- och sjukvård många gånger känt sig främmande för de hälsopolitiska prioriteringarna. Man har inte

uppfattat sin roll i ett samhällsinriktat arbete. Många har också uttryckt, att de saknat en känsla av delaktighet i besluten tillika resurser för genomförandet. Även om god folkhälsa har ett högt moraliskt värde kan kraften under sådana omständigheter fort spädas ut, när mer kortsiktiga och akuta mål skall uppnås. Arbetet utifrån de fem hälsopolitiska planerna indikerar således att implementering i praktiken knappast är möjligt om inte det finns en från början positiv inställning bland personer som har att genomföra besluten. Delaktighet är en förutsättning och de föreslagna åtgärderna måste upplevas meningsfulla, förstås och vara enkla att kommunicera.

I Sverige har såväl landsting som kommuner ett ansvar för folkhälsoarbetet. I EU:s arbetsplaner för folkhälsa syns idag en förskjutning mot hälso- och sjukvård, något som kan minska resurserna för folkhälsofrågorna. Utifrån landstingens och kommunernas perspektiv är det viktigt att begreppet folkhälsa inte tolkas enbart som hälso- och sjukvård (21). Folkhälsofrågorna berör alla samhällssektorer.

Vi frågar oss, vilken är idag den optimala organisationen för att på regional och lokal nivå organisera folkhälsoarbetet? Vi menar att det är angeläget att leda och bedriva arbetet i samverkan mellan berörda parter - politiskt, administrativt och praktiskt. För det förebyggande arbetet inom landstinget krävs en stark ledningsstruktur där folkhälsofrågorna tydliggörs. Vid politiska beslut måste

även resurser för implementering av-
sättas. Det är nödvändigt, att i framti-
den arbeta både individ-, grupp- och
samhällsinriktat. Det är också vä-
sentligt, att bibehålla den värdegrund
som det hälsofrämjande arbetet vilar
på, d.v.s jämlikhet i hälsa, samverkan
och delaktighet från berörda.

De nationella folkhälsomålen, vilka
utgår från hälsans bestämningsfaktorer,
förväntas ge styrka och legitimitet
åt insatserna på lokal och regional
nivå. Det övergripande målet, ”att
skapa samhälleliga förutsättningar
för en god och jämlik hälsa för hela
befolkningen”, måste prioriteras.

En konklusion i Socialstyrelsens
aktiva uppföljning av folkhälsoar-
bete och samhällsmedicin i länet 1998
var: ”För att inte drivas på reträtt i det
hälsopolitiska regionala ansvaret be-
hövs fortsatt hälsopolitisk vilja, pro-
fessionell kompetens och ekonomiskt
utrymme” (22). Slutsatsen är lika ak-
tuell idag.

Slutsatser

- Fem hälsopolitiska planer har an-
tagits i Landstinget Västernorr-
land under den tidsperiod om 26
år som beskrivs (1978 – 2004).
- Nationella och internationella
prioriteringar har influerat länets
hälsopolitiska planer.
- Planerna representerar skilda syn-
sätt på förebyggande arbete/folk-
hälsoarbete.
- Implementering av politiska be-
slut kräver delaktighet, resurser
och begriplighet.

Referenser

1. WHO. Declaration of Alma Ata. Health for all
in year 2000; Series NO 1. Geneva, 1978.
2. Lalonde R. A new perspective on the health of
Canadians, 1974.
3. WHO. Ottawa Charter for Health promotion.
In: Health Promotion; 1(4):III-V, 1986
4. WHO. The Adelaide Recommendations of
Healthy public policy. In: Health Promotion,
3(2): 183-186, 1988.
5. WHO. Action for Public Health. Sundsvall
statement on Supportive Environment for
Health, 1991.
6. Världsbanken. Investing for health. World de-
velopment report, 1993
7. Our common future, World Commission on
Environment and Development. Oxford Uni-
versity Press. Oxford, 1987.
8. Agenda 21. Förenta Nationernas konferens
om miljö och utveckling. Stockholm: Miljö-
och naturresursdepartementet, 1992.
9. Svenska folkets hälsa i historiskt perspektiv.
Statens folkhälsoinstitut R, 2005:8.
10. Svensk författningssamling 1982:763. Hälso-
och sjukvårdslag, 1982.
11. SOU 1984:67. Cancer. Orsaker förebyggande
mm.
12. Hälso- och sjukvård inför 90-talet; (HS-90).
Stockholm: Liber Allmänna förlaget, 1984.
13. Landstingsförbundet: Stockholm. Landsting-
en och hälsopolitiken, 1981.
14. Landstinget Västernorrland. Friskvård i Väs-
ternorrland - plan för landstingets friskvård,
1978.
15. Landstinget Västernorrland. Hälsan framför
allt. Förslag till program för 90-talets hälso-
och sjukvård i Västernorrland, 1985.
16. Landstinget Västernorrland. Folkhälsa Väs-
ternorrland. Program för landstingets folkhäl-
soarbete, 1993.
17. Landstingsförbundet, Svenska kommunför-
bundet: Stockholm. Folkhälsoprogrammet,
Främja hälsa – förebygg sjukdom. Slutrapport från
folkhälsoprogrammet, 1998.
18. Landstinget Västernorrland. Folkhälsopro-
gram 1999 – 2002. Landstinget Västernorr-
land, 1999.
19. Landstinget Västernorrland. En mer hälso-
främjande hälso- och sjukvård i Västernorr-
land. Landstinget Västernorrland, 2004.
20. Regeringens proposition 2002/03:35. Mål för
folkhälsan. Socialdepartementet Stockholm,
2002.
21. EU:s påverkan på kommuner och landsting.
Statskontoret. Rapport 2005:12.

forskning och teori

22. Ström, U. Ellemark. Socialstyrelsens aktiva uppföljning – Folkhälsoarbete - Samhällsmedicin. Artikel 1998-85-11.