

Hälsofrämjande på 2000-talet

Principer och strategier

NORDEN

SAMMANFATTAT Munhålan är en naturlig del av kroppen. Munhälsan är därför en integrerad del av allmänhälsan och avgörande för människors livskvalitet. Grundläggande principer och strategier i hälsofrämjandet gäller därmed även för främjandet av oral hälsa.

Under de senaste tjugo åren har det utvecklats nya principer och strategier för att främja hälsan, speciellt tack vare arbetet inom folkhälsovetenskapen och internationella hälsoorganisationer som Världshälsoorganisationen, WHO. Det utvidgade hälsobegreppet, som förutom sjukdomars biomedicinska egenskaper också omfattar livskvalitetsdimensioner, har stimulerat utvecklingen av nationell hälsopolitik som innefattar sociala hälsodeterminanter.

Evidens inom oralt hälsofrämjande arbete har vuxit betydligt de senaste trettio åren och arbetet med att omsätta kunskap till handlingsprogram är omfattande. Oralt hälsofrämjande arbete omfattar politiska initiativ riktade mot till exempel livsmedels- och tobaksindustrin, miljö (till exempel rent vatten och goda sanitära förhållanden) samt effektiv användning av fluor för att förebygga karies. Goda miljöer för hälsa är viktiga för att främja god hälsa och en sund livsstil bland barn och unga. Hälsoförmedling är ett nyckelelement för att främja hälsa och bör baseras på teorier om hälsorelaterat beteende. Slutligen finns det över hela världen ett stort behov av en reorientering av hälsovården mot hälsofrämjande och sjukdomsförebyggande arbete. Det gäller även de nordiska länderna, där det under senare år har skett betydande kvalitetsförbättringar inom hälsovården.

De grundläggande principerna och strategierna för främjande av hälsa gäller också för att främja oral hälsa. Som en del av en systematisk insamling av information om kostnadseffektivitet och processer är viktigt att även utvärdera lokala program för oral hälsa. Det underlättar möjligheterna att byta erfarenheter över landsgränser. I den här artikeln diskuteras även den integreringen av oral hälsa i det hälsofrämjande arbetet och förebyggandet av kroniska sjukdomar som föreslagits i WHO:s globala orala hälso-program.

De senaste åren har det vuxit fram nya principer för förebyggande och hälsofrämjande arbete. Dessa principer bygger på ett brett hälsobegrepp. Den enskilda människans hälsa formas i samspel mellan arv, livsstil, levnadsvillkor och insatser från hälso- och sjukvården. Nya begrepp har slagit rot inom den framväxande folkhälsovetenskapen och hos internationella organisationer som WHO (1–4). WHO har presenterat strategier för hälsa och sjukdomskontroll på 2000-talet (5, 6) och i Norden har det utvecklats nationella folkhälsoprogram som betonar betydelsen av hälsofrämjande och förebyggande arbete.

I faktarutorna 1 och 2 (se sid 60 respektive 62) beskrivs de vanligaste begreppen i det förebyggande och hälsofrämjande arbetet. Dessa begrepp har ofta skapats i internationella sammanhang och kan ibland få en annan betydelse på det nationella planet.

Den nordiska välfärdsmodellen bygger på levnadsvilkorens betydelse för hälsan och omsorgen om de svagaste befolkningsgrupperna i samhället. Dessutom har de nordiska modellerna en solidarisk finansieringsmodell via skatter vilket betyder att hjälpinsatsen inom social- och hälsosektorn utgår från människors behov snarare än plånbokens tjocklek.

Tandvårdssystemen i Norden är dock ett viktigt undantag från den här principen eftersom egenavgifter, speciellt för den vuxna befolkningen, fortfarande har betydelse för i vilken grad systemet utnyttjas.

Poul Erik Petersen
chief, Världshälsoorganisationen, WHO, programmet för oral hälsa, avdelningen för kroniska sjukdomar och hälsofrämjande, Genève, Schweiz
Email: petersenpe@who.int

Anne Nordrehaug Åstrom, professor, Universitetet i Bergen, centret för internationell hälsa, odontologiska institutionen – samhällsodontologi Bergen

Artikeln är översatt från norska av Nordisk Oversættergruppe, Köpenhamn

Internationellt sett är begreppet hälsofrämjande arbete kontroversiellt, såväl forskningsmässigt, inom professionen som politiskt. Den direkta betydelsen av hälsofrämjande arbete är främjande av hälsa. Det sista ledet i ordet vållar inte några större problem, medan det första ledet – hälsa – speglar skillnaderna i de olika uppfattningarna av hälsobegreppet.

VAD ÄR HÄLSA?

WHO formulerade vid organisationens grundande 1948 en kort hälsodefinition: »Hälsa är inte endast frånvaro av sjukdom och svaghet, utan ett tillstånd med fullständigt fysiskt, socialt och psykiskt välbefinnande« (7). WHO:s hälsodefinition har fram till i dag präglat den professionella och politiska hälsodebatten, men med olika tyngdpunkt i definitionen. Definitionen har två viktiga dimensioner:

- En frånvarodimension i betydelsen frånvaro av tecken på sjukdom och svaghet.
- En närvarodimension i betydelsen närvaro av funktion och livskvalitet.

Uner flera årtionden var frånvarodimensionen härskande inom hälsovetenskapen och i hälso- och sjukvårdens praxis. Detta avspeglar sig i 1950- och 60-talens kraftiga utveckling av behandlingstekniker. Även inom tandvårdssystemet har man i hög grad fokuserat på instrumentella lösningar på tändernas och munhålans sjukdomar vilket gett upphov till ett rent biomedicinskt hälsobegrepp. Under senare år har livskvaliteten fått allt större uppmärksamhet och hälsofrämjande arbete med detta perspektiv vinner terräng, inte minst inom samhällsmedicinsk och samhällsodontologisk forskning.

Begreppet livskvalitet är komplext, men omfattar dimensioner som funktion, smärterfarenhet, psykologiskt status och sociala relationer (8). Med detta bredare, moderna hälsobegrepp räcker det inte att försöka förebygga sjukdom genom traditionella medicinska lösningar, det gäller också att se till att friska människor förblir friska med hjälp av populationsinriktat hälsofrämjande arbete. De mera långtgående hälsofrämjande åtgärderna som utbildning, samhällsekonomi, fördelningspolitik, miljöpolitik, livsmedelskontroll och kostråd, samt bostads- och arbetsmiljöpolitik ligger utanför hälso- och sjukvården. Hälsoarbetet kräver en tvärsektoriel och tvärvetenskaplig insats och bör involvera yrkesgrupper utanför den biomedicinska världen, till exempel sociologer, psykologer, ekonomer, ingenjörer, biokemister och biologer.

INTERNATIONELLA STRATEGIER FÖR HÄLSOFRÄMJANDE ARBETE

På initiativ av WHO 1986 utformades det internationella manifestet »Health promotion« i Ottawa, Kanada 1986 (9). Manifestet för in ett nytt



FOTO: LENA JOHANSSON

»Subjektiva normer är beteendestyrande genom att individen handlar efter vad han eller hon tror att andra människor anser är rätt eller fel. De »betydelsefulla andra« kan vara föräldrar, vänner eller auktoritetspersoner.»

överordnat begrepp i det hälsofrämjande arbetet som kan ses som en förlängning av idéerna bakom WHO:s politik »Hälsa för alla år 2000«.

Hälsofrämjande arbete definieras som en process som ger människor möjlighet att öka kontrollen över hälsodeterminanterna. Processen fokuserar inte enbart på handlingar som styrker enskilda individers kunskap och förmåga, den har även en politisk och social dimension riktad mot sociala, miljömässiga och ekonomiska villkor för hälsa. Ottawa-manifestet framhåller fem grundläggande strategier för hälsa som slagit igenom i det nordiska hälsoarbetet:

- att utveckla en hälsofrämjande politik
- att skapa miljöer som understödjer hälsa
- att stärka insatsen för hälsa i lokalsamhället
- att utveckla människors personliga färdigheter när det gäller hälsa, samt
- att rikta hälso- och sjukvården mot förebyggande och hälsofrämjande arbete.

Ottawa-manifestet har följts upp vid globala konferenser senast i Bangkok 2005 (10). Där las fokus på implementering av program för hälsofrämjande arbete genom samarbete mellan politiker, administratörer och hälso- och sjukvården. Arbetet för oral hälsa har också följts upp med den så kallade »Liverpooldeklarationen« 2005 (www.who.int/oral_health).

De internationella tendenser som är av särskilt intresse för de nordiska länderna knyter an till WHO:s hälsostrategier och EU:s politik på hälsoområdet. Element från dessa strategier kan spåras i de nationella strategierna för hälsa. Samtliga nordiska länder har anslutit sig till WHO:s nya strategi för hälsa i Europa på 2000-talet (5). Den har som överordnande avsikt att främja och skydda människors hälsa genom hela livet och att minska utbredningen av de viktigaste sjukdomarna och lindra lidandet de osakar. De grundläggande värderingarna är: a) hälsa som en mänsklig rättighet, b) rätten till hälsa och ak-

tiv solidaritet mellan invånare i alla länder samt c) människors och lokalsamhällens deltagande i och ansvar för utveckling av hälsa.

WHO har satt upp 21 mål för Europas hälsa på 2000-talet (se faktaruta 3, sid 64). Målen innehåller satsning på bättre hälsa och sjukdomsförebyggande arbete genom intervention mot riskfaktorer, multisektoriella strategier, en resultatorienterad hälsosektor och aktiv styrning av förändringar. Detta ska leda till bättre hälsa och livskvalitet för Europas 870 miljoner invånare. Flera av dessa målsättningar är också viktiga för den orala hälsan, men särskilt Mål 8 är intressant

FAKTA I. VIKTIGA BEGREPP INOM FÖREBYGGANDE HÄLSOARBETE

■ Förebyggande arbete

Den åtgärd eller process varmed ett bestämt oönskat fenomen förhindras, hämmas eller minskas.

■ Primärt förebyggande arbete

Insats för att minska risken för att sjukdom över huvud taget uppträder, eller

Insats för att förbättra livskvaliteten, att förändra sociala institutioner och att hjälpa samhället att tolerera större anpassningsvariationer.

Inom miljöområdet: insats riktad mot den primära källan till förorening.

■ Sekundärt förebyggande arbete

Insats för att finna symtom och sjukdomar i tidiga stadier för att därmed förkorta sjukdomsförlopp eller medverka till bättre prognos, eller

Insats för att hjälpa enskilda personer eller familjer att minska påverkan av stress och för att hjälpa till att förutse problem för sårbara delar av befolkningen.

■ Tertiärt förebyggande arbete

Insats för att förhindra återfall av sjukdom och för att förhindra kroniska tillstånd, bland annat funktionsnedsättning på grund av sjukdom.

Begreppet förebyggande arbete utvidgas i riktning mot revalidering – några kallar det tidig behandlingsinsats. Ligger som regel utanför det traditionella begreppet förebyggande arbete.

Inom miljöområdet: riktat mot att stärka motståndskraften hos den enskilde.

■ Generellt förebyggande arbete

Riktat mot breda områden.

■ Specifikt förebyggande arbete

Riktat mot enskilda orsaker eller mot specifika sjukdomar.

■ Riskorienterat förebyggande arbete

Tanken är att hitta riskfaktorer, en riskprofil eller risk-situationer och därefter minska eller ta bort risken. Kan delas in efter insatsnivå, till exempel: risk-individ, risk-familj, risk-miljö, risk-planering.

■ Orsaksspecifikt förebyggande arbete

Går efter den eller de specifika orsakskomponenter som man vill ta bort eller påverka.

■ Fysiskt förebyggande arbete

Riktat mot fysiska orsaker.

■ Kemiskt förebyggande arbete

Riktat mot kemiska orsaker.

■ Psykiskt förebyggande arbete

Riktat mot psykiska orsaker.

■ Socialt förebyggande arbete

Riktat mot sociala orsaker.

■ Masstrategi

Den förebyggande insatsen riktas mot alla i befolkningen.

■ Högriskstrategi

Den förebyggande insatsen riktas mot personer med särskilda riskfaktorer eller med särskilt hög risk för en given riskfaktor.

■ Screening

Varje aktivitet som med hjälp av en enkel undersökning i en förmodat frisk befolkning skiljer ut personer för närmare undersökning. Ingår i hälsokontroller, folkundersökningar, massundersökningar (får inte förväxlas med case-finding, som bygger på att en person själv kommer med ett problem som ännu inte är klart formulerat).

■ Massscreening

Omfattar hela befolkningsgrupper.

■ Selektiv screening

Omfattar utvalda riskgrupper med förmodad eller känd hög risk.

■ Uppsökande verksamhet

Förebyggande arbete baserat på att den professionelle, som regel utanför sitt kontor eller sin konsultation, uppsöker de personer och grupper som nu eller senare förväntas få problem eller sjukdom.

■ Brett förebyggande arbete

Vid brett förebyggande arbete sätts insatser in mot flera led i en orsakskedja eller i flera samhällssektorer samtidigt.

■ Snävt förebyggande arbete

Endast en faktor i orsakskedjan är av intresse, kunskapsmässigt och när det gäller insatsen.

■ Aktiverande förebyggande arbete

Här är tanken att individerna själva är eller blir aktiva för att förändra levnadsvillkor eller livsstil i hälsofrämjande riktning. Individerna ska själva göra något för att förebygga och har delvis ansvaret för insatsen.

■ Passiverande förebyggande arbete

Initiativ och ansvar har i allt väsentligt överlåtits till den professionelle, som också visar på lösningar och handlingsmöjligheter.

eftersom det här finns en specifik målsättning (Mål 8.5) för 6- och 12-åringar till 2020:

»By the year 2020, at least 80 % of children aged 6 years should be free of caries, and 12-year-old children should have on average no more than 1.5 decayed, missing or filled teeth.«

Folkhälsoprogrammen 2003–2008 för EU-länderna är mindre omfattande; varken hälso- och sjukvården eller hälsopolitiken är föremål för harmonisering och gemensam lagstiftning. Programmets överordnade mål är att satsa på ökad upplysning och kunskap om hälsa, utveckla beredskapen mot hälsorisker och att fokusera på hälsodeterminanter, till exempel livsstil, levnadsvillkor och miljö. Medlemsländerna uppmanas att införa system för övervakning och hälsoinformation och det pågår för närvarande ett europeiskt utvecklingsarbete för att upprätta odontologiska informationssystem.

ORAL HÄLSA OCH LIVSKVALITET

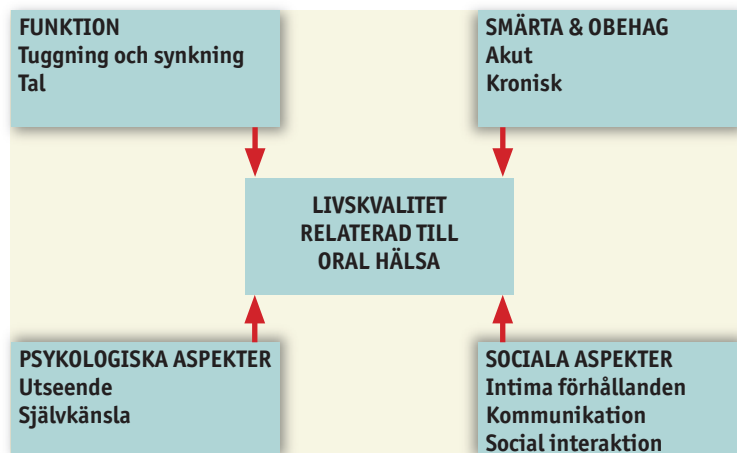
Munhålan är en naturlig del av kroppen. Därför är munhälsa också en integrerad del av den allmänna hälsan och av betydelse för människors livskvalitet. God munhälsa och en funktionell tanduppsättning ger människor möjlighet att äta, tugga och tillgodogöra sig livsmedel. Munnen är också en viktig förutsättning för välbefinnande, kommunikation och ett socialt liv. Figur 1 visar centrala dimensioner av begreppet livskvalitet och oral hälsa. Dessa dimensioner har stor betydelse för det moderna breda hälsobegreppet samt för intervention och bedömning av odontologiska program för hälsofrämjande arbete.

På många håll i världen har orala sjukdomar en negativ inverkan på livskvaliteten i form av smärta, obehag, sömnlöshet, begränsad tuggfunktion, nedsatt saliv- och sväljfunktion och efterföljande näringsbrist. I industriländerna har tand- och munhälsan generellt sett förbättrats de senaste 30 åren medan sjukdomsburden växer i många utvecklingsländer (6).

Sjukdomsmönstren är klart relaterade till den sociala, ekonomiska och politiska utveckling som resulterat i ändrade riskprofiler för livsstil, kost, tobakskonsumtion och alkoholvanor. I industriländerna spelar uppbyggnaden av tandvårdssystem också in, särskilt tillgänglighet till förebyggande tandvård och utvecklingen inom egenomsorg har spelat en viktig roll för kontrollen av orala sjukdomar.

Men vare sig vi talar om industriländer eller utvecklingsländer gäller att sociala olikheter i samhället också omfattar olikheter när det gäller oral hälsa. Oavsett om mätindikatorerna består av kliniska registreringar av oral hälsa/sjukdom eller subjektiva indikatorer för hälsotillstånd, upplevt behov av behandling alternativt mål för livskvalitet, är det orala hälsotillståndet och livskvaliteten relaterade till social klass, ställning på

OHRQOLS BESTÅNDSDELAR/KOMPONENTER



Figur 1. Centrala komponenter för begreppet livskvalitet i relation till oral hälsa (8).

arbetsmarknaden, inkomst, utbildning och i vissa fall urbaniseringsgrad (11). Denna bild understryker de sociala determinanterna i oral hälsa.

HÄLSOFRÄMJANDE ARBETE OCH ORAL HÄLSA

Det så kallade Ottawa-manifestet (9) framhäver hälsopolitik och hälso pedagogik som huvudstrategier för hälsa och understryker särskilt behovet av insatser på fem områden i det hälsofrämjande arbetet i framtiden:

- Utveckling av en nationell hälsopolitik som omfattar samtliga relevanta sektorer; inte enbart hälsosektorn.
- Upprättande av hälsofrämjande/stödande miljöer och klarläggande av möjligheter för förändringar och intervention.
- Utveckling av hälsofrämjande beteende och livsstil; både genom att tillhandahålla information och genom att stimulera förståelsen för personliga, sociala och politiska färdigheter som ger människor möjlighet att agera kollektivt för det hälsofrämjande arbetet. Genom så kallat »empowerment« siktar man på att ge människor kontroll över faktorer som har betydelse för hälsan (se faktaruta 2).
- Att stärka lokalsamhällets funktion genom att främja hälsoorienterade beslut och planer samt att genomföra konkreta och effektiva aktiviteter för bättre hälsa.
- Reorientering av hälsovården från klinisk behandlingsintervention till större vikt vid sjukdomsförebyggande insatser och hälsofrämjande arbete.

Förutom hälsosektorn är de viktigaste områdena för oral hälsa livsmedelsindustrin, tobaksindustrin samt distributions- och konsumtionssektorn. I det moderna samhället vilar ett stort ansvar för den orala hälsan på livsmedelsprodu-

centerna, dels genom att framställa varor som inte är hälsovådliga, dels genom att deklarerat och märka varor så att konsumenterna får kunskap om eventuella hälsokonsekvenser. Det är också viktigt att säkra kvalitetssystem för varukontroll enligt myndighetskrav och konsumentintressen. Effektiv begränsning av konsumtionen av sockerhaltiga produkter (godis, läsk och annat dolt socker) orsakar ofta konflikter mellan industri- och konsumentintressen. WHO har utarbetat en global strategi för kost och näring som fokuserar på hur medlemsländerna kan tackla potentiella konflikter och stärka det hälsofrämjande arbetet (www.who.int/dietphysicalactivity/en).

Många industriländers tandvårdspolitik och en lagstiftning inom tandvårdsområdet riktar sig traditionellt mot struktur och administration av ett behandlingsorienterat tandvårdssystem. Generellt sett är den nationella tandvårdspolitiken till största del skild från annan hälso- och sjukvårdslagstiftning. I de nordiska länderna har vi dock under senare år sett en utveckling mot en integrering av tandvårdslagstiftningen i den allmänna hälso- och sjukvårdslagstiftningen. Trots WHO:s rekommendationer om ett resultatorienterat hälsoväsende saknar många industriländer fortfarande lagstiftning och direktiv som målinriktat arbetar för bättre oral hälsa. Svårigheterna att lagstifta om främjande av oral hälsa hänger i hög grad samman med arbetet för minskning av riskfaktorer som ohälsosam mat, tobak, alkohol och livsstil. Genom ett integrerat hälsoarbete kan man mer effektivt utnyttja kunskaper om förhållandet mellan oral hälsa och allmän hälsa samt tillämpa »common risk factors approaches« (6, 12) (figur 2).

Förutom kost- och livsmedelsproblem är det viktigt att försöka tackla tobakskontrollen över

landsgränserna. WHO har nyligen upprättat den så kallade »Framework Convention for Control of Tobacco (www.who.int/tobacco/en) som en internationell rekommendation. I maj 2003 beslutade World Health Assembly att stärka den hälsofrämjande insatsen mot tobaksrelaterade sjukdomar genom att ålägga medlemsländerna att införa en kraftig kontroll för att minska tobakskonsumtionen. I det arbetet har tandvårdspersonalen en viktig roll (13, 14).

Fluorprogram är ytterligare ett bra exempel på hälsofrämjande åtgärder som bygger på politiska initiativ och lagstiftning. Vattenfluoridering, saltfluoridering, mjölkfluoridering och fluortandkräm är globalt sett väl dokumenterade verktyg i folkhälsoarbetet (15) och rekommenderas entydigt av WHO (15, 16). I de nordiska länderna har i stort sett endast fluortandkräm vunnit gehör, främst av politiska skäl; att tillsätta fluor i till exempel vatten och mjölk begränsar individens valmöjligheter. Dessutom har man i de nordiska länderna byggt upp en organisation med regelmässiga tandläkarbesök där patienterna kan erbjudas klinisk applikation av fluor som görs av tandvårdspersonal.

DEN HÄLSOFRÄMJANDE SKOLAN

På många håll i världen är den hälsofrämjande skolan ett viktigt folkhälsoinitiativ för barnpopulationen. WHO har också lanserat en nationell strategi för hälsoarbete i skolan (»setting for health«) (17). Den hälsofrämjande skolan involverar både barn och lärare, familj och lokalsamhälle samt skolans fysiska miljö. Skolan kan stimulera utvecklingen av en sund livsstil, erbjuda goda villkor för en hälsosam miljö samt inrätta skolbespisningar som möjliggör god näringstillförsel. Skolan kan också förmedla administration

FAKTA 2. DEFINITION AV BEGREPPEN HÄLSOFRÄMJANDE ARBETE OCH EMPOWERMENT

■ HÄLSOFRÄMJANDE ARBETE

Enligt WHO glossary (1998):

Hälsofrämjande arbete (health promotion) är en process som ger människor möjligheten att öka kontrollen över och förbättra sin hälsa. Hälsofrämjande arbete är en omfattande social och politisk process som inte endast omfattar handlingar för att stärka enskilda individers färdigheter och förmåga, men som också omfattar handlingar för att förändra sociala, miljömässiga och ekonomiska villkor för att avvärja verkan på befolkningens och enskilda individers hälsa. Hälsofrämjande arbete är den process som ger människor möjlighet att öka kontrollen över hälsodeterminanterna för att därigenom förbättra sin hälsa.

■ EMPOWERMENT (MAKTMOBILISERING)

Enligt WHO glossary (1998):

Inom det hälsofrämjande arbetet är empowerment en process genom vilken folk får större kontroll över de

beslut och handlingar som påverkar deras liv. Man skiljer mellan individuell empowerment och lokalsamhällets empowerment. Den individuella refererar primärt till individens förmåga att fatta beslut och att ha kontroll över sitt eget liv. Den lokalsamhällsmässiga handlar om individer som handlar kollektivt för att få större inflytande på och kontroll över hälsodeterminanterna och livskvaliteten i lokalsamhället.

Enligt EU Public Health glossary:

En process där individer och grupper handlar för att få kontroll över sina liv och därigenom större kontroll över beslut och handlingar som påverkar deras hälsa genom förändringar av deras sociala och politiska omgivningar. Deras självkänsla ökar, deras kritiska sinne, deras beslutsförmåga och deras förmåga att handla förbättras. Också människor med begränsad förmåga, eller människor som befinner sig i labila situationer, får styrka och resurser. Man kan inte »producera« en empowermentprocess, endast främja den.

av fluor genom till exempel vatten- och mjölkfluoridering och fluortandkräm för oral hygien. Även tandvården bör integreras i skolhälsoarbetet och WHO har utarbetat vägledningar för hur arbetet kan gå till (18). I de nordiska länderna har skolan länge haft en central roll i det hälsofrämjande arbetet för barn men tandvårdspersonalen kan även hjälpa skolans personal med till exempel tobaksupplysning och insatser för att få bort läsk- och godisförsäljning från skolorna.

Integrerade skoltandvårdsprogram som omfattar hälsofrämjande arbete, förebyggande insatser och behandling av orala sjukdomar har gett positiva erfarenheter (19, 20). Den hälsofrämjande skolan börjar även implementeras i utvecklingsländerna (21). Där kan skolan bli en plattform för hälsofrämjande arbete och undervisning, fluoridering samt undersökning och screening.

Erfarenheterna från skolans värld har också visat sig ha relevans för nya målgrupper inom tandvården, till exempel den äldre befolkningen. Ett danskt program med kommunal tandvård för ålderspensionärer (22) har visat goda resultat för utveckling av en sund livsstil, kunskap om och en positiv inställning till tandvård, egenomsorg och ökad livskvalitet. Även arbetsplatser eller industrier kan tjäna som »setting for health« för att uppnå oral hälsa och intervention mot arbetsmiljörelaterade sjukdomar i munhålan. Sådana erfarenheter finns i de nordiska länderna (23–25).

HÄLSOPEDAGOGIK – FRÅN TEORI TILL PRAKTIK

Hälsopedagogik har i årtionden varit en viktig komponent i det hälsofrämjande arbetet i världen. Lite förenklat kan man säga att utvecklingen inom hälsofrämjande och sjukdomsförebyggande insatser har gått från upplysningsarbete via kunskaps- och åsiktpåverkan mot ett mer holistiskt mobiliseringsperspektiv (»empowerment«) för individen, gruppen och lokalsamhället (26). Ofta måste man använda olika verktygsmedel för att nå fram till ett effektivt och funktionellt hälsoprogram. Här ges några exempel på teorier om beteenden som har använts som underlag för hälsopedagogisk praxis.

KAP-modellen

En teori bygger på grundläggande antaganden om ett fenomen (här: beteende) och kan ses som en karta som ger en förenklad översiktsbild av verkligheten. Förhållandet mellan teori och verklighet kan jämföras med karta och terräng. Även om en karta inte kan ge oss alla detaljer om terrängen, är den ett nyttigt hjälpmedel för orientering. Det krävs god kunskap om och förståelse för faktorer som reglerar beteende och hälsa för planering av hälsopedagogik som en komponent i folkhälsoprogram.

Arbetet med hälsofrämjande insatser och primära sjukdomsförebyggande åtgärder byggde

TOBAK



ALKOHOL



KOST



STRESS



HYGIEN



CANCER
lunga, bukspottskörtel,
njuror, urinvägar,
mun och svalg

Luftvägssjukdomar

Hjärt-kärlsjukdomar

Fetma

Diabetes

Tandköttsjukdomar
Parodontit

Karies

Erosionsskador

Figur 2. Centrala, förändringsbara gemensamma riskfaktorer för kroniska sjukdomar och orala sjukdomar.

från början på en stor tilltro till informationsförmedling som källa till beteendeförändring. Hälsoupplysning ansågs kunna öka kunskapen om risker, vilket i sin tur bidrar till åsikts- och beteendeförändring hos den som tar emot budskapet. Denna kedja av orsak och verkan är känd som KAP-modellen (knowledge, attitude and practice) (27). Modellen har legat bakom en stor del av hälsoupplysningen på tandvårdsområdet, inte minst massupplysningskampanjer. I dag vet vi att orsakskedjan för beteendeförändring är mer komplex och att det direkta sambandet mellan kunskap och beteende är begränsat. Den kunskapsnivå en person har om sambanden mellan socker och karies behöver inte motsvara åsikter eller beteende när det gäller individens sockerintag. KAP-modellen är individorienterad och tar inte hänsyn till faktorer som är kopplade till individens situation och sociala miljö och som kan ha avgörande betydelse för beteendeförändringar (11).

Den socialpsykologiska modellen

Många faktorer ligger bakom de variationer vi ser i människors hälsobeteende; sociala, miljö- och samhällsmässiga faktorer samt individuella faktorer som personlighet, normer och åsikter. I den socialpsykologiska modellen används åsikter ofta i betydelsen handlingsbenägen; ett ex-

empel på detta är den så kallade »Health belief model« (28). Tesen är att en person visar förebyggande beteende (till exempel att sluta röka eller minska sockerintaget) efter att 1) ha gjort en avvägning av allvarlighetsgraden av det tillstånd man önskar undvika (oral sjukdom), 2) bedömt sannolikheten för att han eller hon ska få sjukdomen (mottaglighet) samt 3) bedömt den vinst han eller hon kan uppnå genom en förebyggande handling. I hälsopedagogisk praxis ska man med andra ord satsa på att påverka dessa tre så kallade »rotationspunkter«. Modellens kritiker menar att den förenklar det komplexa samspelet i förståelsen av hur den sociala miljön inverkar på hälsobeteendet och det förebyggande beteendet.

»Betydelsefulla andra«

Normativa teorier om hälsobeteende, till exempel teorin om planerat beteende (29), lägger huvudvikten vid individens relation till så kallade »betydelsefulla andra«. Subjektiva normer är beteendestyrande eftersom individen handlar efter vad han eller hon tror att andra människor

anser är rätt eller fel. De betydelsefulla andra kan vara föräldrar, vänner eller auktoritetspersoner. Förutom social press kan hälsobeteendet också förklaras med förväntning på den egna förmågan. Ett exempel; att använda tandtråd kan bygga på individens känsla av att kunna utföra den hälsorelevanta handlingen. Den norska undersökningen »Voksen i år 2000« (30) visade att bland 15-åringar var beslutet att använda tandtråd starkt knutet till social press (subjektiva normer) och till de ungas förväntning om att kunna aktiviteten. Teorin har också varit användbar när det gäller att förklara mödrars intention att minska godisätandet bland småbarn (31), men har inte kunnat ge kunskap om hur beteenden kan ändras eller för att förklara verkan av hälsopedagogiska program.

Sociala kognitiva inlärningsteorier

Sociala kognitiva inlärningsteorier (32) är en vidareutveckling av de normativa teorierna. De försöker förklara hur situations- och miljöfaktorer påverkar förändringspotentialen i förhållsbeteende. Jämfört med »Health Belief«-modellen och teorin om planerat beteende har social kognitiv inlärningsteori i högre grad varit vägleddande inom hälsopedagogiska program. Här fokuseras på »goda förebilder«, »role models«, och hur beteende lärs in genom att observera andra människors handlingar.

Undersökningen »Voksen i år 2000« (30) visar att ungas och föräldrars användning av tandtråd respektive konsumtion av osötat mineralvatten samt föräldrars stöd och kontroll hade en positiv inverkan på de ungas tandvårdsanvändning. En viktig observation är att ungas tandvårdsbeteende inte enbart beror på vad föräldrarna säger är rätt eller fel, lika viktigt är vilka förebilder föräldrarna blir när det gäller att sköta sin tandhälsa. »Role model«-tesen pekar på vikten av att satsa på »betydelsefulla andra« eller det sociala nätverket i hälsopedagogisk praxis.

HÄLSOPEDAGOGIK – SOCIALA OLIKHETER

Genom åren har det rests mycket kritik mot de olika teorierna om hälsobeteende. I ett sociologiskt perspektiv är de teorier som tagits upp här reduktionistiska eftersom de i första hand försöker förklara sociala fenomen utifrån individualpsykologiska eller socialpsykologiska antaganden (11). I en sociologisk förståelseram läggs däremot vikt vid strukturella villkor och möjligheter som är kopplade till materiella levnadsvillkor, utbildningsfaktorer och kultur.

Den sociologiska kritiken av de psykologiska teorierna om hälsobeteende går bland annat ut på att dessa ofta leder till »victim blaming« (11, 33). Sociologiska ansatser i hälsopedagogik framhäver vikten av att främja människors handlingsmöjligheter, att öka människors (den enskildes

FAKTA 3. WHO:S HÄLSOSTRATEGI FÖR EUROPA PÅ 2000-TALET (5)

Säkerställa rättvisa på hälsoområdet genom aktiv solidaritet

Mål 1: Hälsomässig solidaritet i den europeiska regionen genom minskning av hälsoklyftan mellan länder.

Mål 2: Rättvisa på hälsoområdet genom minskning av hälsoklyftan mellan socioekonomiska grupper i alla länder.

Bättre hälsa för 870 miljoner människor i den europeiska regionen

Mål 3: En hälsosam start på livet

Mål 4: Ungas hälsa

Mål 5: Hälsosamt åldrande

Förebyggande arbete och kontroll av sjukdomar och skador

Mål 6: Förbättring av den psykiska hälsan

Mål 7: Minskning av smittsamma sjukdomar

Mål 8: Minskning av icke smittsamma sjukdomar

Mål 9: Minskning av skador som följd av våld och olyckor

Multisektoriella strategier för att skapa bärkraftig hälsa

Mål 10: En hälsosam och säker fysisk miljö

Mål 11: Hälsosammare levnadssätt

Mål 12: Minskning av skadeverkningar av alkohol, narkotika och tobak

Mål 13: Hälsoskapande omgivningar

Mål 14: Multisektoriellt ansvar för hälsa

En resultatorienterad hälsosektor

Mål 15: En integrerad hälsosektor

Mål 16: Kvalitetsorienterad ledning

Mål 17: Finansiering av hälsovården och tilldelning av resurser

Mål 18: Utveckling av mänskliga resurser för hälsosektorn

Styrning av förändringar som ska leda till hälsa

Mål 19: Hälsoforskning och -kunskap

Mål 20: Mobilisering av hälsopartner

Mål 21: Politik och strategier för hälsa för alla

och kollektivets) beslutskompetens och möjlighet att få kontroll över hälsovärdiga miljöförhållanden och livsstilar samt ett ökat socialt deltagande. Processen, som benämns »empowerment«, satsar i hög grad på de bakomliggande orsaksfaktorerna till närliggande, förändringsbara beteendefaktorer (»causes of the causes«).

REORIENTERING AV HÄLSO- OCH SJUKVÅRDEN RESPEKTIVE TANDVÅRDEN

Ottawa-manifestet från 1986 (9) lyfter fram betydelsen av att hälso- och sjukvården riktas effektivt mot hälsa. Ansvaret för att det hälsofrämjande perspektivet uppnås ligger både hos individer/patienter, olika grupper inom lokalsamhället, hälso- och sjukvårdspersonal, serviceinstitutioner, hälso- och sjukvårdsadministratörer och beslutsfattare. Hälsoeffekten av den traditionella hälso- och sjukvården är i realiteten begränsad till sjukdomskontroll genom klinisk behandling. För att kunna uppnå bättre hälsa måste därför de hälsofrämjande insatserna prioriteras. Det gäller i stor utsträckning även inom tandvården. En ny nationell dansk undersökning av oral hälsa hos vuxna (3–4) visar till exempel att personer som gör regelbundna tandläkarbesök hade samma genomsnittliga kariesförekomst som personer som besöker tandläkare mer oregelbundet. Mängden obehandlad karies var däremot signifikant lägre för personer med regelbundna tandläkarbesök jämfört med personer med oregelbundna besök.

Framtidens hälso- och sjukvård, inklusive tandvården, måste på ett bättre sätt möta befolkningens behov på lokal nivå. Större vikt bör även läggas vid att hjälpa människor att utveckla och bevara en sund livsstil som i sin tur kan leda till en god hälsa. Redan 1978 lanserade WHO den så kallade Alma-Ata-deklarationen (2) som understryker betydelsen av att alla människor erbjuds primär hälsovård i form av basal diagnostik, nödvändig behandling och omsorg samt förebyggande och hälsofrämjande insatser. Detta arbete måste baseras på uppsökande arbete.

I ett globalt perspektiv är problemen på tandvårdsområdet fortfarande mycket stora. I många utvecklingsländer är primär tandvård långt ifrån utvecklad, bland annat på grund av brist på tandvårdspersonal och andra hälsoarbetare. I dessa länder är de flesta människor med symtom på orala sjukdomar hänvisade till radikal akutbehandling (oftast tandutdragning) eller alternativ behandling (35).

I både industriländer och utvecklingsländer har social status stor betydelse för hur tandvården utnyttjas. En i huvudsak privat tandvård kombinerad med ekonomiska hinder betyder att stora delar av de socialt och ekonomiskt sämst ställda befolkningsgrupperna inte täcks av regelbunden tandvård, inte får optimal behandling eller nås av förebyggande vård. I utvecklingsländerna, men

även i vissa industriländer, är det dessutom stor skillnad mellan stad och landsbygd (36) både när det gäller förekomst av oral sjukdom och i utnyttjandet av tandvård.

De nordiska länderna har gjort stora framsteg dels i likartad, populationstäckande barntandvård, dels i reorientering av offentlig tandvård för barn och unga mot hälsa i stället för enbart sjukdomsbehandling. Nyare nordiska undersökningar (37, 38) visar att en relativt stor del av tandvårdsarbetet ägnas åt förebyggande och hälsobevarande insatser samt att tandläkarnas och tandhygienisternas metodval går mot hälsofrämjande arbete. När det gäller förebyggande tandvård till vuxenbefolkningen har man dock inte gjort motsvarande framsteg. Trots goda försök att stärka det kliniska förebyggande arbetet inriktas vuxentandvården till övervägande del på behandlingsåtgärder. Det görs till exempel förhållandevis många avancerade protetiska behandlingar och implantat.

UTVÄRDERING AV HÄLSOFRÄMJANDE ARBETE

Det är viktigt att avsätta resurser till utvärderingar av folkhälsoprogram och hälsofrämjande arbete. Utvärderingar ger oss kunskap om olika programs effekt, orsaker och verkningsmekanismer. Resultaten ligger till grund för bättre planering och justering av programmen och ger oss möjlighet att utbyta erfarenheter över nationsgränser för att bland annat kunna förhindra att fel eller dåliga problemlösningar upprepas.

Det gäller dock att välja rätt studiemodell. En vanlig modell för utvärdering av kliniska behandlingsmetoder är randomiserade kontrollerade försök, RCT, där deltagarna delas in i en studie- respektive kontrollgrupp genom lottdragning (randomisering). Utvärdering av populationsinterventioner i hälsoprogram görs i stället ofta som så kallade »community trials« som mäter populationsförändringar över tid i ett experiment- respektive jämförelseprogram. Vid mätningar av effekten av ett skolhälso pedagogisk program skulle det vara ett direkt metodfel att använda RCT-modellen. Här passar en studiemodell, där man väljer ut skolor i ett geografiskt område för experiment och sedan jämför med motsvarande skolor i ett annat område, bättre. Resultaten måste sedan kompenseras och justeras för effekten av eventuella störfaktorer »confounders«. Man kan också använda sig av så kallad »kluster-randomisering«, det vill säga, skolor randomiseras till experimentprogram respektive jämförelsegrupp och effekten följs upp med en statistisk analys (39).

Det har gjorts försök att bedöma erfarenheterna från hälso pedagogik med hjälp av RCT-modellen (40, 41). Sådana utvärderingar visar vid första påseende en begränsad positiv effekt av hälso pedagogik, vilket i första hand beror på den

irrelevanta urvalsproceduren. I vissa situationer används tidsserieanalyser av status i en population före och efter intervention för att visa vilken effekt ett program haft. Sådana resultat måste följas upp med en komplicerad statistisk analys (multivariat analys) för att man ska kunna kompensera för eventuella störfaktorer. Tidsserieanalyser användes till exempel för att utvärdera effekten av en massmediakampanj i Norge som hade som syfte att öka individens kunskap och hälsobeteende när det gäller parodontal sjukdom (42). I kampanjen stod tandläkare för budskapet att parodontala sjukdomar kan förebyggas genom förbättrad munhygien. Efter kampanjen hade undersökningspopulationen bättre kunskap om parodontala sjukdomar och munhygien. En svensk utvärdering (43) visar att man med ett kraftfullt hälsopedagogiskt program förändrat unga människors personliga tandvårdsvanor och konsumtion av sötsaker på kort sikt (tre år) samt att de ungas kunskaper om tandvård kvarstod i över 10 år. Däremot visar en norsk undersökning av skolbarn att insatser för att främja barnens konsumtion av frukt och grönsaker inte gav positiva resultat trots stor uppbackning från lärarhåll (39).

WHO har de senaste åren intensifierat arbetet för att säkerställa en systematisk utvärdering av hälsofrämjande insatser. 2003 arrangerade WHO en konferens om utvärdering av program för oral hälsa (44). Där betonade man att det finns ett behov av nya metoder för att utvärdera effekten av hälsofrämjande arbete och integrerade förebyggande insatser mot orala sjukdomar på lokalsamhällsnivå och i nationella program. Speciellt framhävdes betydelsen av verktyg för processutvärdering.

ENGLISH SUMMARY

Principles and strategies for promotion of health in the 21st century

*Poul Erik Petersen, Anne Nordrehaug Åstrøm
Tandläkartidningen 2008; 100 (1): 60-7*

Over the past two decades new principles and strategies for promotion of health have emerged, primarily due to consolidation of public health science and international health organizations such as the World Health Organization, WHO. The expanded concept of health, including quality of life dimensions, in addition to the biomedical characteristics of disease and illness, have stimulated the development of national health policies that incorporate social determinants of health. The evidence for oral health promotion has been growing markedly over the past three decades, and the challenges for translation of knowledge into action programmes are great. Oral health promotion comprises initiatives at the policy level as regards the food and tobacco industries, for example, water and safety sanitations, and effective use of fluoride for prevention of dental caries. Healthy settings for health promotion such as school health programmes are important for promoting health and healthy lifestyles of children and youth. Health education is a key element in health promotion and requires sound planning based on theories of health-related behaviour. Finally, reorientation of health services towards health promotion and disease prevention is sorely needed around the globe, even in the Nordic countries where some improvements in quality health care have been shown in recent years.

This report emphasizes how the basic principles and strategies in health promotion apply to promotion of oral health. Evaluation of community oral health programmes based on systematic information about cost-effectiveness and processes is valuable for sharing experiences in oral health promotion across countries. The integrated approach to oral health within health promotion and chronic disease prevention, as suggested by the WHO Global Oral Health Programme, is discussed.



Stöd vårt arbete för att rädda skogen

Läs mer på:
www.naturskyddsforeningen.se

 Naturskyddsforeningen

REFERENSER

1. World Health Organization. Formulating strategies for Health for All by the Year 2000: Guiding Principles and Essential Issues. Geneva: World Health Organization; 1979.
2. World Health Organization. Primary Health Care. Report of the International Conference on Primary Health Care. Alma-Ata. USSR. Geneva: World Health Organization; 1978.
3. World Health Organization. Renewing the Health for All Strategy. Guiding principles and essential issues for the elaboration of a policy for equity, solidarity, and health. Geneva: World Health Organization; 1995.
4. World Health Organization. Health Promotion Glossary. Geneva: World Health Organization; 1998.
5. World Health Organization. Health21 – Health for All in the 21st Century. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe; 1999.
6. Petersen PE. The World Oral Health Report 2003: continuous improvement of oral health in the 21st century – the approach of the WHO Global Oral Health Programme. *Community Dent Oral Epidemiol* 2003; 31 (suppl. 1): 3–24.
7. World Health Organization. Constitution. Geneva: World Health Organization; 1948.
8. Rohr-Inglehart M, Bagramian RA. Oral Health-Related Quality of Life. Chicago: Quintessence; 2002.
9. World Health Organization. Health Promotion Ottawa Charter. Geneva: World Health Organization; 1986.
10. World Health Organization/Ministry of Health. Thailand. The Bangkok Charter on Health Promotion. Geneva: World Health Organization; 2005. <http://www.who.int/healthpromotion/conferences>
11. Petersen PE. Inequalities in oral health: the social context for oral health (Chapter 3). In: Pine C, Harris R, editors. *Community Oral Health*. London: Quintessence; 2007: 31–58.
12. Watt RG. Strategies and approaches in oral disease prevention and health promotion. *Bull World Health Organ* 2005; 83: 711–8.
13. Petersen PE. Tobacco and oral health – the role of the World Health Organization. *Oral Health Prev Dent* 2003; 1: 309–15.
14. Federation Dentaire Internationale/World Health Organization. Tobacco or Oral Health. An advocacy guide for oral health professionals. Ferney-Voltaire: Federation Dentaire Internationale; 2005.
15. World Health Organization. Fluorides and oral health, Technical Report Series 846. Geneva: World Health Organization; 1994.
16. Petersen PE, Lennon MA. Effective use of fluorides for the prevention of dental caries in the 21st century: the WHO approach. *Community Dent Oral Epidemiol* 2004; 32: 319–21.
17. World Health Organization. The Status of School Health. Geneva: World Health Organization; 1996.
18. World Health Organization. Oral Health Promotion Through Schools. WHO Information Series on School Health. Document 11. Geneva: World Health Organization; 2003.
19. Sjøgaard AJ, Holst D. The effect of different school based dental health education programmes in Norway. *Community Dent Health* 1988; 5: 169–84.
20. Petersen PE, Torres AM. Preventive oral health care and health promotion provided for children and adolescents by the Municipal Dental Health Service in Denmark. *Int J Paediatric Dent* 1999; 9: 81–91.
21. Petersen PE, Peng B, Tai B, Bian Z, Fan M. Effect of a school-based oral health education programme in Wuhan City, People's Republic of China. *Int Dent J* 2004; 54: 33–41.
22. Petersen PE, Nörtov B. Evaluation of a dental health programme for old-age pensioners in Denmark. *J Publ Health Dent* 1994; 54: 73–9.
23. Söderholm G. Effect of a dental care program on dental health conditions. A study of employees of a Swedish shipyard. Thesis. Malmö: University of Malmö; 1972.
24. Petersen PE. Evaluation of a dental preventive program for Danish chocolate workers. *Community Dent Oral Epidemiol* 1989; 17: 53–9.
25. Masalin K. Caries-risk reducing effects of xylitol-containing chewing gum and tablets in confectionary workers in Finland. *Community Dent Health* 1992; 9: 3–10.
26. Goldrick PM: Principles of health behaviour and health education. In: CM Pine, editor. *Community Oral Health*. Oxford: Wright; 2000: 188–205.
27. Strobe W. Social psychology and health. Buckingham, England: Open University Press; 2000.
28. Janz NK, Becker MH. The health belief model: A decade later. *Health Educ Q* 1984; 11: 1–47.
29. Conner M, Normann P. Predicting health behaviour. 2nd ed. Buckingham UK: University Press; 2005.
30. Åström AN. Dental health behaviour among adolescents – a socio-psychological approach. Thesis. Bergen: University of Bergen; 1996.
31. Beale DA, Manstead ASR. Predicting mothers' intention to limit frequency of infant sugar intake. *J Appl Soc Psychol* 1991; 21: 409–31.
32. Bandura A. Social foundations of thought and actions. A social cognitive theory. Englewood Cliffs NJ: Prentice Hall; 1986.
33. Watt RG. From victim blaming to upstream action: tackling the social determinants of oral health inequalities. *Community Dent Oral Epidemiol* 2007; 35: 1–11.
34. Krusturup U, Petersen PE. Voksenundersøgelsen i Danmark 2000/2001: Carieserfaring og parodontal status hos voksne i relation til social status og udnyttelse af tandplejen. *Tandlægebladet* 2005; 109: 798–812.
35. Varenne B, Petersen PE, Fournet F, Msellati P, Gary J, Ouattara S et al. Illness-related behaviour and utilization of oral health services among adult city-dwellers in Burkina Faso: evidence from a household survey. *BMC Health Serv Res* 2006; 6: 164. <http://www.biomedcentral.com/1472-6963/6/164>
36. Petersen PE, Holst D. Utilization of dental services. In: Cohen L, Gift H, editor. *Disease prevention and health promotion: socio-dental sciences in action*. New York & Copenhagen: Munksgaard; 1995: 341–86.
37. Wang NJ, Källestål C, Petersen PE, Arnadottir IB. Caries preventive services for children and adolescents in Denmark, Iceland, Norway and Sweden: strategies and resource allocation. *Community Dent Oral Epidemiol* 1998; 26: 263–71.
38. Källestål C, Wang NJ, Petersen PE, Arnadottir IB. Caries-preventive methods used for children and adolescents in Denmark, Iceland, Norway and Sweden. *Community Dent Oral Epidemiol* 1999; 27: 144–51.
39. Bere E, Veierod MB, Bjelland M, Klepp KI. Outcome and process evaluation of a Norwegian school-randomized fruit and vegetable intervention: Fruits and Vegetables Make the Marks (FVMM). *Health Educ Res* 2006; 21: 258–67.
40. Kay EJ, Locker D. Is dental health education effective? A systematic review of current evidence. *Community Dent Oral Epidemiol* 1996; 24: 231–5.
41. Kay EJ, Locker D. A systematic review of the effectiveness of health promotion aimed at improving oral health. *Community Dent Health* 1997; 15: 132–44.
42. Rise J, Sjøgaard AJ. Effect of mass media periodontal campaign upon preventive knowledge and behaviour in Norway. *Community Dent Oral Epidemiol* 1988; 16: 1–4.
43. Hugoson A, Lundgren D, Asklov B, Borgklint G. The effect of different dental health programmes on young adult individuals. A longitudinal evaluation of knowledge and behaviour including cost aspects. *Swed Dent J* 2003; 27: 115–30.
44. Petersen PE, Kwan S. Evaluation of community-based oral health promotion and oral disease prevention – WHO recommendations for improved evidence in public health practice. *Community Dent Health* 2004; 21 (Suppl 1): 319–29.