

Hälsopromotion

som

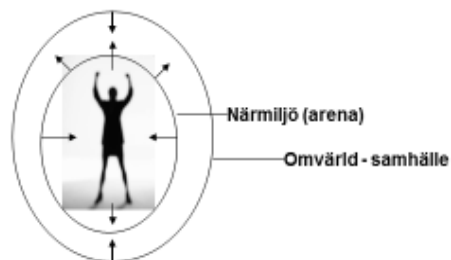
Idé, kunskapsområde och praktik

Några vägledande utgångspunkter för tanke och handling

Hälsopromotion som idé

"Den process som möjliggör för individer, grupper, organisationer och samhällen, att öka kontrollen över de faktorer som påverkar hälsan, och därigenom förbättra den"
(Nordisk forskningskonferens kring hälsopromotion, 1998)

Det handlar om samspelet mellan mig själv och min omvärld



Vad kan man göra på respektive nivå för att främja hälsan?

Jan Winroth, 2014 ©

Innehåll

Bakgrund	3
Historik	4
Hälsopromotion som idé	5
Vägledande principer för att tänka och arbeta hälsopromotivt	7
Hälsopromotion som kunskapsområde – teori som verktyg	8
Det salutogena perspektivet som utgångspunkt	9
Vad menas med hälsa?	11
Vad påverkar hälsan? – Kopplat till friskfaktorer i arbetslivet	11
Praktiskt hälsopromotivt arbete	13
Referenser	14

Bakgrund

Ett underlag för reflektion

Syftet med denna kortversion kring hälsopromotion är att den kan ge underlag för självreflektion och dialog kring det hälsoarbete som prioriteras och genomförs i olika organisationer och på arbetsplatser (även mer generellt när det gäller hälsoarbete inom olika system och på olika nivåer). Här förekommer oftast begreppet hälsofrämjande och kan sägas vara en översättning av begreppet "Health promotion". Det man kan fråga sig är om det är ett reflekterat sätt att tänka och arbeta hälsofrämjande eller om det mer handlar om en aktivitet eller insats som i sig kan sägas främja hälsa. Det senare kräver ingen speciell kompetens kring hälsopromotion utan här räcker det med att veta att det bidrar till bättre hälsa och att man har metodkunskap för att genomföra insatsen.

Kompetens

Kompetensbegreppet hänvisar till att en person är kvalificerad i vidare mening: "Det handlar inte bara om att personen behärskar ett yrkes- eller ämnesområde, utan också om att personen kan tillämpa denna ämneskunskap. Och mer än så: tillämpa i förhållanden till de krav som ligger i situationen som kanske till på köpet är osäker och oförutsägbar. I kompetensbegreppet ingår därmed även en persons bedömningar och attityder – och förmågan att dra nytta av sina personliga förutsättningar" (Jørgensen, 1994:4 i Illeris, 2007, s 160).

Processkompetens

Kopplat till kompetens kring hälsopromotion så har man på Europanivå tagit fram något som kallas "CompHP – Developing Competencies and Professional standards for Health promotion Capacity building in Europe (Executive Agency for Health and Consumers, 2012). Viktiga förmågor som tas upp här är att kunna göra nulägesanalyser som omvandlas till mål och planer som kan genomföras och utvärderas. Med andra ord processkompetens kopplat till förändringsarbete. Sedan nämns förmågan att kunna leda processen där kommunikation utgör en viktig del.

Plädera, möjliggöra och överbrygga

Vägledande principer för tänkandet är att kunna plädera (advocate) för varför man skall satsa på hälsopromotion i organisationen. Möjliggöra (enable) genom förankring och att se till att det finns tillräckligt med resurser för att ett bra resultat skall uppnås. Här kan även utbildning utgöra ett centralt inslag. Överbrygga (mediate) olika intressen som kan finnas och se hur man på bästa sätt kan samverka och skapa win-win situationer. Sist men inte minst så krävs en grund att stå på när det gäller – vad som menas med hälsa – vad som påverkar hälsa och vad som främjar hälsa på olika systemnivåer (samhälls-, organisations-, grupp- och individnivå). De etiska frågorna finns också med detta ramverk.

Historik

Hälsopromotion som etablerat begrepp har en relativt kort historia med bl.a. dessa viktiga milstolpar:

Marc Lalonde, 1974

Lalonde skrev ett dokument med rubriken "Ny syn på hälsa" (1974) där han visade på hur olika faktorer samverkar när det gäller hälsa och ohälsa. Tre huvudfaktorer var

- omgivande miljö (strukturella faktorer)
- livsstil och levnadsvanor
- genetiska faktorer (individuella faktorer).

Detta tänkande ligger som grund i hälsopromotion, nämligen att människor alltid finns i ett sammanhang eller en kontext som förutom livsstil och levnadsvanor påverkar hälsoläget. Detta har med all tydlighet påvisats vilken stor påverkan socioekonomiska faktorer och status har på hälsan (folkhälsan) genom bland annat Marmots studier (2006). Detta är en av anledningarna till att livsvillkor och arenatänkandet utgör en viktig del i det hälsopromotiva arbetet – skolan som arena, arbetsplatsen som arena, bostadsområdet som arena, sjukhuset som arena...(Poland, Green & Rootman, 2000).

Alma Ata, 1978 (WHO, 1978)

År 1978 genomfördes en konferens som formulerade idén "Hälsa för alla år 2000". Här beskrevs olika strategier om hur man skulle närma sig denna vision. En idé byggde på att det som idag kallas primärvård skulle utgöra en resurs där man brett skulle kunna arbeta med hälsa – både främjande, förebyggande och efterhjälpande. Med andra ord en arena där det hälsofrämjande utgjorde en del. Nu blev det inte riktigt så utan primärvården hanterar nästan uteslutande individen utifrån ett patientperspektiv – även om det finns exempel på enheter som idag döper om sig från vårdcentraler till hälsocentraler. I dagsläget finns det ingen aktör på institutionell nivå som driver det hälsopromotiva perspektivet utan detta görs av olika intressenter och aktörer i olika kontexter – exempelvis i organisationer. Det närmaste vi kommer ett institutionaliserat perspektiv är nog utbildning där vissa utbildningsanordnare utgår från det hälsopromotiva perspektivet.

Ottawa Charter, 1986 (WHO, 1986)

Denna konferens och Charter blev det verkliga startskottet för hälsopromotion som idé och till viss del praktik (internationellt). Däremot saknas grunderna till en teoretisk referensram här även om det i förarbetet finns med. Ett skäl till att många ansåg att det fanns ett behov av ett nytänkande kring hälsa och hälsoarbete var att hälsofrågorna blivit alltför medikaliserade och expertrelaterade. Ett annat skäl var folkhälsoinriktat hälsoarbete med fokus på strukturella och samhällsmässiga förhållanden (Public Health) levde sitt liv relativt fristående från mer individrelaterat hälsoarbete med fokus på livsstil och levnadsvanor (Health education). Som vi ovan konstaterat så lever människor i ett samhälle, finns på en arbetsplats är medlemmar i en förening – med andra ord finns i ett sammanhang. Det som också lyftes fram i idén var fokus på att främja hälsa som senare har kopplats till den salutogena idén (Antonovsky, 1979).

I dokumentet beskrivs grundläggande förutsättningar för hälsa som exempelvis fred, utbildning, mat, inkomst och hållbara resurser. Här formuleras också en vägledande definition (se nästa avsnitt) och vägledande principer för såväl tanke (advocate, enable, mediate) som handling – "build healthy public policy; create supportive environment; strengthen community actions; develop personal skills and reorient health service" (a.a. s 3).

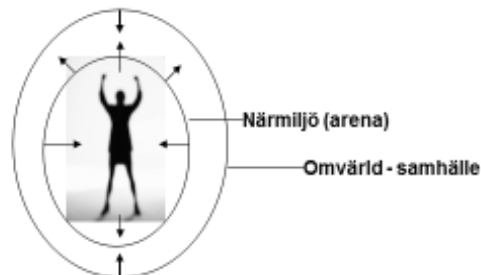
Hälsopromotion som idé

Idén utgör den bärande tankegången som skall kännas igen i handling och måste kunna kommuniceras, värderas och kritiskt granskas. Här finns inte rätt eller fel utan olika utgångspunkter då det här handlar om värdegrundsfrågor. Ett vanligt sätt att i koncentrerad form formulera innebörden av något är att formulera en definition som utgör utgångspunkten för tänkandet. Den mest etablerade definitionen och också den som de flesta utgår ifrån är den som bygger på Ottawa charters grunder och som lyder:

Hälsopromotion som idé

"Den process som möjliggör för individer, grupper, organisationer och samhällen, att öka kontrollen över de faktorer som påverkar hälsan, och därigenom förbättra den"
(Nordisk forskningskonferens kring hälsopromotion, 1998)

Det handlar om samspelet mellan mig själv och min omvärld



Vad kan man göra på respektive nivå för att främja hälsan?

Jfr "The process of enabling people to increase control over, and to improve, their health" (Ottawa Charter i Green & Tones, 2010, s 18).

Processtänkande

Hälsopromotion bygger på ett processtänkande där relationen mellan historia, nuläge och framtid är central. Process är något som sker över tid och det förekommer många parallella processer. För att få det man fokuserar meningsfullt, begripligt och hanterbart gäller det att synliggöra det som är huvudprocessen och relatera andra processer till denna (se sammanhang – se relationer och kopplingar).

Möjliggöra

Att möjliggöra handlar om att skapa rätt förutsättningar och villkor för att mål skall kunna nås. Det kan handla om förankringsarbete, om utbildning, om resurser som krävs för att driva processen eller om att överbrygga olika intressen som kan finnas.

Sammanhang

I grunden handlar hälsopromotion om att förstå frågan eller individen i ett sammanhang. Detta innebär också att man ser att olika faktorer samverkar - det som sker på samhälls- eller organisationsnivå påverkar grupper och individer och det individer och grupper gör påverkar organisationen och samhället. Vad man sätter som figur (den systemnivå man utgår ifrån) avgör vad som är möjligt att påverka samtidigt som man måste förstå hur bakgrunden påverkar.

Att kunna påverka

Att öka kontrollen över de faktorer som påverkar hälsan innebär att man först måste förstå vilka faktorer som har ett avgörande inflytande på hälsa för att i nästa steg se vad som är möjligt att påverka på kort och lång sikt.

Hälsa

Att förbättra hälsan innebär att man först och främst måste definiera vad som menas med hälsa. Man bör också ha ett nuläge för att utifrån denna referenspunkt prioritera vad som kan göras för att främja eller förbättra hälsan. Efter insatsen kan man sedan värdera resultatet – blev hälsan bättre?

Empowerment

En alternativ definition är:

”Health Promotion = Health Education x Healthy Public Policy” (Green & Tones, 2010, s 17). Här ser vi att hälsopromotion ses som ett resultat av en kombination mellan - kunskapsnivån och medvetenhet kring hälsa som resurs för såväl individ, organisation och samhällen och strukturella villkor som kan handla om samhällsvillkor, arbetsvillkor och livsvillkor. Till detta måste kopplas kompetens kring vad som gör att olika insatser bidrar till bättre hälsa eller främjar hälsa. Det Green och Tones också betonar är att hälsopromotivt arbete i mångt och mycket handlar om empowerment (utveckla handlingsförmåga och möjligheten till ökat handlingsutrymme).

Vägledande principer för att tänka och arbeta hälsopromotivt

Grundfrågan vi ställer oss är:

Vad är det som gör att vi kan bibehålla hälsan eller till och med kan förbättra den?

- Handlar om hur vi kan främja hälsan på olika systemnivåer där ett arenatänkande utgör en vanlig utgångspunkt – där frågan eller individen sätts in i ett sammanhang.

Referensramen vi utgår ifrån:

- Definition av hälsa (en nödvändig utgångspunkt om vi säger oss vill främja eller förbättra hälsan – och för att värdera resultat)
- Vilka faktorer som påverkar hälsan? – Vad är påverkbart? Vad kan göras för att främja hälsa?
- Hur vi kommit fram till hur utgångspunkten för vårt arbete ser ut – nulägesbeskrivning och nulägesanalys (referenspunkt för insatser och utvärdering)

Vägledande principer för tanke och handling

Individen eller frågan i ett sammanhang (ett holistiskt och systemorienterat synsätt)

- Kontextens betydelse
- Villkor
- Arena / System
- Göra en analys av kontext och villkor

Fokus på främjande och ett salutogent förhållningssätt

- Vad som främjar hälsa på olika systemnivåer
- Fokus på resurser och det som fungerar bra – som utgångspunkt
- Från Nuläge → Önskat läge / Framtidsfokus (Kontinuumtänkande)

Process

- Insatsen sätts i ett sammanhang – tidsmässigt – kontextuellt
- Insatsen sker över tid – processinriktat förändringsarbete
- Utvecklingsinriktat lärande – dialoginriktad pedagogik
- Delaktighet – att berörda är så delaktiga som är möjligt – aktivt deltagande – medansvariga (jfr. ett mer expertorienterat tänkande)
- Tydliga roller och ansvar (driva processen, medverka m.m.)

Om att uppnå resultat - om att värdera resultat

- Bättre hälsa (mäta; värdera) / Empowerment / Ökad livskvalitet...
- Processutvärdering; Inverkansfaktorer; Effekt och resultatutvärdering (Process; Impact; Outcome)(Kvantitativt; Kvalitativt)(Summativ; Formativ)

Hälsopromotion som kunskapsområde – teori som verktyg

En debatt som funnits under lång tid är den som handlat om bristen på relevant teoribildning inom hälsopromotion. Bunton och Macdonald (2002) diskuterade redan 1992 om vilka primära discipliner de ansåg hälsopromotionen vilade på och ansåg att det var epidemiologi, psykologi, sociologi och pedagogik (education). Sett från ett samhälls- och folkhälsoperspektiv så är disciplinerna relevanta men ser man från ett organisationsperspektiv måste listan kompletteras.

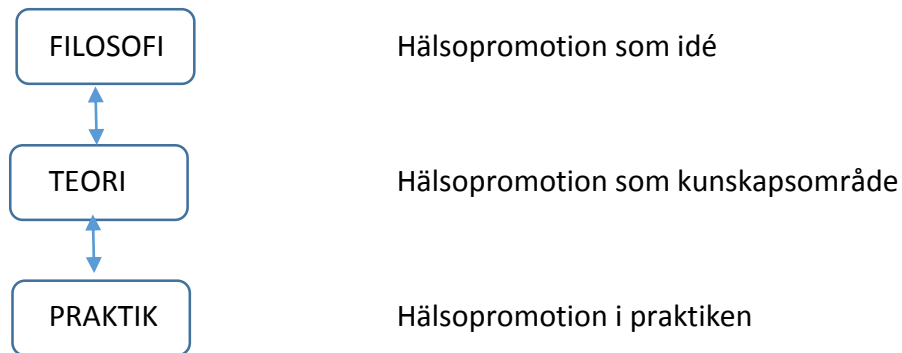
Att det handlar om ett tvärdisciplinärt kunskapsfält torde alla vara överens om och att det sedan handlar om att hitta rätt kombination av teorier för just det man själv arbetar med. Idag finns en hel del titlar som diskuterar teoretiska aspekter kopplat till hälsopromotion (Goodson, 2010; McQueen et.al., 2007; Nutbeam et.al, 2010). På en generell nivå är vår utgångspunkt när det gäller hälsopromotion som kunskapsområde följande – som ligger i linje med "The CompHP Competencies Framework for Health Promotion"(2011):

- Teori om hälsa och hälsoarbete
- Teori om förändring och lärande
- Systemteori:
 - Samhällsnivå (sociologi, epidemiologi, statskunskap, filosofi...)
 - Organisationsnivå (arbetsvetenskap, företagsekonomi, arbets- och organisationspsykologi...)
 - Gruppnivå (socialpsykologi, grupppsykologi...)
 - Individnivå (psykologi, fysiologi, anatomi...)

Om vi ser till huvuddelen av den internationella litteraturen inom området hälsopromotion så är det vanligaste sättet att hantera organisations och arbetslivsperspektivet att det finns något kapitel med som handlar om arenatänkandet (engelska ordet setting – Nadio & Wills, 2009; Green & Tones, 2010; Green & Kreuter, 2005; Poland, Green & Rootman, 2000). Primärt handlar det här om att visa på kontexten och mer sällan om viktiga teoretiska perspektiv kopplat till denna kontext. Vill vi arbeta utifrån systemnivån organisation så måste vi därför komplettera den hälsopromotiva litteraturen med en teoretisk referensram kring denna systemnivå.

Två böcker som mer renodlat behandlar arbetslivs- och organisationsfrågor med fokus på hälsa är "Global perspektiv in Workplace Health Promotion" (Kirsten & Karch, 2012) och "Work Health and Management Control" (Johanson; Ahonen & Roslender, 2005). Den förstnämnda ger en bild av likheter och skillnader globalt kring Workplace Health Promotion och den andra har mer fokus på verksamhetsfrågor och ledning relaterat till hälsa. Ytterligare en bok som bör nämnas i sammanhanget är Bauers och Hämmings bok (2014) – "Bridging occupational, organizational and public health. A transdisciplinary approach" - som visar på kopplingarna mellan organisations- och arbetslivsfrågor och folkhälsofrågor.

Syftet med ovanstående avsnitt var att peka på att debatten om teoribildning kopplat till hälsopromotion har varit livlig och att det idag finns många alternativa kartor att orientera sig efter. Det viktig är inte att den måste se ut på ett visst vis utan att den kan kopplas till den idé och de definitioner som utgör utgångspunkten för det hälsopromotiva tänkandet och också att den kan relateras till hur man gör och det praktiska hälsopromotiva arbetet man arbetar med. Det skall med andra ord finnas en röd tråd utifrån följande struktur:



Då detta dokument endast syftar till att utgöra ett underlag för självreflektion och som underlag för dialog kompletterar jag här endast den teoretiska referensramen med ett resonemang om vad som menas med salutogenes då detta tillsammans med systemteori (Öqvist, 2008) utgör grundbultarna för att forma en teoretisk referensram kring hälsopromotion. Då salutogenes betyder hälsans ursprung så blir det naturligt att också komplettera med vad som menas med hälsa och vad som påverkar hälsa då detta utgör ett fundament för att kunna tänka och arbeta hälsopromotivt.

Det salutogena perspektivet som utgångspunkt

Begreppet salutogenes myntades av Antonovsky (1979) och betyder kortfattat – hälsans ursprung. Grunden i detta tänkande utgår från vad det är som gör att vi bibehåller hälsan eller till och med kan förbättra den. "Why do people stay healthy?" (a.a. s 35). Att frågan väcktes berodde bl.a. på att människor som varit med om svåra livskriser och traumatiska händelser hanterade detta på så olika sätt. Med den patogena referensramen för tänkandet så borde alla visa någon form av symptom eller ohälsa och när så inte var fallet menade Antonovsky att vi måste komplettera denna referensram med en som på ett rimligt sätt kan förklara detta.

Utifrån sin forskning fann han då att människor med god förmåga att förstå olika händelser på ett reflekterat sätt (begriplighet), kände att dom hade resurser och strategier att möta olika situationer och händelser på konstruktivt sätt (hanterbarhet) och kunde värdera frågan i ett större sammanhang men också hur viktig den var för en personligen (meningsfullhet) klarade påfrestningarna bättre än de som hade lägre grad av dessa förmågor. Detta utgör ett fundament i det salutogena tänkandet och benämns som "Känsla av sammanhang"(KASAM) eller som "Sense of coherence"(SOC).

Det andra fundamenten har sitt ursprung i stressteori och handlar om att vi har olika resurser som gör att vi klarar olika påfrestningar i vardagen. Det kan handla om personella resurser som kunskaper och fysisk kapacitet, det kan handla om sociala resurser som familj eller goda vänner, det kan handla om materiella resurser som pengar och bostad eller om kulturella resurser som gemensamma intressen och värderingar. Benämningen för detta i Antonovskys terminologi är generella motståndsresurser (GMR). Dessa två grundpelare utgör en bas för det salutogena tänkandet och utgör ett komplementärt eller alternativt sätt att tänka till det patogena sättet.

Om vi blir lite mer konkreta och lyfter fram vägledande principer för att tänka och arbeta salutogent så är det följande:

1. Sätt frågorna i ett sammanhang

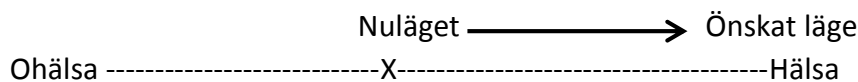
Kommentar: Känsla av sammanhang handlar om en personlig upplevelse som utgör grunden. Utvidgar vi detta så handlar det också om att förstå frågorna i ett sammanhang som gör dessa både mer begripliga och meningsfulla. Begrepp som kan relateras till detta är kontext, arena, villkor och kanske inte minst ett holistiskt perspektiv eller ekologiskt synsätt som används i viss litteratur.

2. Beskriv och analysera nuläget – med fokus på resurser och det som fungerar

Kommentar: För att kunna göra en bra analys av nuläget så krävs en viss koppling till historien då det alltid finns en process som lett fram till där vi är idag. Analysen kan lägga fokus på olika systemnivåer som organisations-, grupp- eller individnivå. Fokusera i steg 1 det som är bra och de resurser som finns och i steg 2 komplettera med eventuella problem och utmaningar som finns.

3. Önskat läge? – Vad vill vi uppnå och hur når vi dit? Kontinuumtänkande

Kommentar: Nuläget utgör referenspunkten för aktion och för att utvärdera. Om vi fokuserar framtidsfrågor och vad vi vill uppnå skapar vi ofta en bra grundton i dialogen som ökar engagemanget – inte minst om berörda själva får vara delaktiga i denna process. Kontinuumtänkandet innebär att vi ser hälsa som är föränderlig och att det går att påverka – här med fokus på att främja och stärka (Jfr ett dikotomt tänkande som innebär att antingen är du sjuk eller friskt). Det vi med andra ord frågar oss är vad som krävs om vi skall gå i riktning mot hälsopolen?



Då salutogenes betyder hälsans ursprung och vår ambition är att arbeta för att främja hälsa så kräver detta att vi dels definierar vad vi menar med hälsa men också har kunskap om vad som påverkar hälsa på ett mer teoretiskt plan. Här följer ett resonemang kring dessa frågor. (För vidare läsning kring salutogenes se "The Hitchhiker's Guide to Salutogenesis" Lindström och Eriksson, 2010).

Vad menas med hälsa?

Då detta är en filosofisk fråga finns inte ett rätt svar utan *olika*. Det viktiga är att det finns en reflekterad definition som utgör en tillräcklig bra referenspunkt för att kunna värdera hur man kan arbeta för att främja hälsan och att man kan på olika sätt värdera resultat i detta arbete. Skall vi arbeta med dessa frågor i en organisation krävs det att man har en gemensam definition av hälsa då detta utgör en förutsättning för ett hälsofrämjande arbete med kollektiva förtecken. Detta krav finns inte om vi skall arbeta förebyggande eller efterhjälpande. Då vi värderar framgång i ett förebyggande arbete i termer av ickehändelser – vaccinationen skall förhindra sjukdomen och skyddsräcket skall förhindra olyckan.

Brülde & Tengland (2003) menar att det finns några generella grunder som olika definitioner bygger på och lite utifrån kontext och behov så kan dessa kombineras och nyanseras på olika sätt. Dessa är:

- Klinisk status – fokus på kroppsliga funktioner och värden
- Funktionsförmåga – ha tillräckligt med resurser för att klara vardagens krav – exempelvis god arbetsförmåga
- Välbefinnande – fokus på den upplevda hälsan – må bra

Brülde presenterar en pluralistisk definition av hälsa som lyder:

”Hur god en persons hälsa är, är en funktion av (a) hur gott hennes kliniska status är, (b) hur stor hennes prestationsförmåga är, (c) i vilken grad hon innehar relevanta basala förmågor, (d) vilket hennes hälsorelaterade stämningsläge är, och (e) hur behagliga eller obehagliga hennes hälsorelaterade kroppsupplevelser är” (a.a. s 253).

Denna definition har ett högt förklaringsvärde och pekar på många dimensioner och visar på en stor komplexitet. Däremot så kan den vara svår att kommunicera och få en gemensam förståelse kring. En alternativ definition är följande:

”Hälsa är att må bra och att ha tillräckligt med resurser för att klara vardagens krav och för att kunna förverkliga personliga mål” (Winroth & Rydqvist, 2008).

Definitionen bygger på Brülde (2003), Antonovskys (1979), Nordenfeldts (1991) och Frankl's (2006) tankar. Första ledet fokuserar upplevd hälsa, andra ledet handlar om funktionsförmåga och de resurser jag har tillgång till (se Antonovskys GMR) och sista ledet fokuserar framtid, mål och önskat läge som enligt Frankl utgör en av de mest fundamentala dimensionerna för god hälsa. En modifierad form som används i vissa organisationer med speciellt fokus på arbetslivet lyder: ”Hälsa är att må bra och att ha tillräckligt med resurser för att klara vardagens krav – och för att kunna förverkliga såväl personliga som professionella mål”.

Vad påverkar hälsan? – Kopplat till friskfaktorer i arbetslivet

Om vi nu har en referenspunkt för vad vi menar med hälsa så blir nästa steg att tydliggöra vad som påverkar hälsan. Lalonde (1974) gav en god grundstruktur genom att peka på att det handlade om omgivande miljö, om livsstil och levnadsvanor och om arv och genetiska faktorer. Han lyfte också fram att det också var viktigt hur hälso- och sjukvården var organiserad och arbetade. Att identifiera vad som påverkar hälsan och också vilka faktorer

som påverkar hälsan på ett positivt sätt innebär att man har en bra verktygslåda i det praktiska hälsoarbetet. Följande kan utgöra ett förslag till en sådan verktygslåda.

Villkor (samhälls- och organisationsnivå)

Vi har tidigare diskuterat vikten av att sätta frågorna i ett sammanhang och denna dimension handlar om detta och försöka tydliggöra vilka är villkoren i den aktuella kontexten eller för individen eller individerna som är berörda. Vi kan diskutera samhälls-, arbets- och livsvillkor för att få en större precision i vår analys.

Exempel på främjande faktorer här kan vara stödjande miljöer som i arbetslivet kan handla om både den fysiska och psykosociala arbetsmiljön, det kan handla om bra organisering där balans råder i arbetsfördelning och mellan uppdrag eller krav och de resurser som finns till förfogande. Här finns också faktorer som tid för återhämtning och tid för reflektion och utveckling som viktiga faktorer för att bibehålla eller att främja hälsa. (Arbetsmiljöverket Rapport 2012:7; ISM-rapport 9, 2010; Abrahamsson, et.al ., 2003)

Relationer (gruppnivå)

Här handlar det om mellanmännsliga faktorer. Det kan uttryckas i termer av socialt kapital, familj, vänner och arbetskamrater. Här blir förhållningssätt, bemötande och kommunikation avgörande faktorer på hur dessa relationer fungerar.

Exempel på hälsofrämjande faktorer här är känslan av tillit, upplevelsen av att trivas i de relationer som är viktiga för en, få positiv feedback, känna att man har en tillhörighet och att man får vara delaktig. (a.a.)

Livsstil och levnadsvanor (individnivå – beteende/handling)

Livsstilen handlar om vad vi väljer att prioritera och vad vi tycker är viktig i livet – där mina livsvillkor har ett avgörande inverkan. Levnadsvanor handlar i grunden om vår biologi och hur kroppen fungerar som påverkas av den samlade bilden av motionsvanor, kostvanor, sömnvanor och våra vanor gällande tobak, alkohol och andra droger. Här handlar det med andra ord mycket om vår kliniska status och om funktionsförmåga.

Hälsofrämjande faktorer här är en livsstil som bidrar till upplevd meningsfullhet, levnadsvanor som bidrar till att vi bibehåller eller till och med utvecklar hälsan som resurs (regelbunden fysisk aktivitet, bra matvanor och god sömn för att nämna det som gäller alla). (Faskunger, 2013; Folkhälsoinstitutet, 1999:8)

Mitt sätt att tänka (individnivå – reflektera, uppleva, känna)

Den upplevda hälsan påverkas i hög utsträckning av mitt sätt att tänka. Känsla av sammanhang kan ses som det som utgör ramverket för hur vi format vårt tänkande och hur det ser ut idag. Andra begrepp som vill peka på samma fråga är exempelvis ”mind-set” som används i vissa sammanhang eller ”schemata” som ibland används i pedagogiska sammanhang. Det är här vi kan reflektera över om vi i en situation tänker utifrån ett salutogent eller ett patogent perspektiv. Ytterligare begrepp relaterat till denna

påverkansfaktor är psykosomatik - en term som pekar på att det går att tänka sig sjuk och placebo en term som pekar på att vi kan stärka läkprocesser genom tankens makt. Exempel på hälsofrämjande faktorer här är att man känner meningsfullhet, uppleva att man klarar av olika situationer och känna att man kan och förstår.

Som framgår av detta så är det delkomponenterna i KASAM vi pratar om. Här finns också upplevelsen av att känna att man kan påverka som en främjande faktor liksom tid för återhämtning, utveckling och reflektion som vi tidigare tog upp som en faktor under villkor - möjliggöra – medan det här handlar om att ta tillvara dessa möjligheter. (Arbetsmiljöverket Rapport 2012:7; ISM-rapport 9, 2010; Abrahamsson, et.al., 2003).

Arv eller genetiska faktorer

Utgör grunden för mina personliga förutsättningar och min potential. Här kan även ålder och kön vara relevanta variabler att förhålla sig till.

Praktiskt hälsopromotivt arbete

För att omsätta idé och teori till praktik kan de vägledande principerna som diskuterats tidigare utgöra ett stöd. Andra utgångspunkter som kan vägleda praktiken är beprövad erfarenhet, teori och forskning. Då situation och kontext spelar en avgörande roll är det svårt att standardisera hälsopromotionsprogram utan de måste anpassas till villkor och förutsättningar. Däremot finns det - med stöd av teori och forskning - vissa generella vägledande principer som kan utgöra utgångspunkten för det praktiska arbetet. Det är därför så viktigt att man utgår från beprövad erfarenhet, teori och forskning när man skall arbeta med ett processinriktat förändringsarbete. Då processen är central blir det också viktigt att reflektera och utvärdera processen då det är här vi kan få en bild av vad som bidragit till bra resultat eller varför det inte blev som vi tänkt.

En viktig kompetens relaterat till praktiskt hälsopromotivt arbete är att kunna förstå och synliggöra hur saker hänger ihop och visa på kopplingar, mönster och samband. Detta har stor betydelse när vi skall utvärdera resultat. Vad - förutom det som vårt hälsopromotiva program vi genomfört bidragit med - kan ha haft avgörande inverkan på resultatet? Vi kan således inte utgå från ett traditionellt tänkande som bygger på ett linjärt tänkande – orsak – verkan (evidensbaserat arbete) som endast är relevant inom naturvetenskapens logik och i slutna system. Individer, grupper, organisationer och samhällen är öppna system där vi måste utgå från ett cirkulärt tänkande och förstå samband mellan olika faktorer som påverkat resultatet.

Vi har tidigare nämnt några vägledande principer och strategier för att arbeta hälsopromotivt – hämtat från Ottawa Charter:

- Arbeta med att skapa goda villkor – strukturella faktorer och policynivå
- Att fokusera på stödjande miljöer – som dels kan handla om fysiska men också mellanmänskliga
- Att utveckla individuella resurser – där hälsa är en och där kompetens är en annan

Referenser

- Abrahamsson, K., Bradly, G., Brytting, T., Eriksson, T., Forslin, J., Miller, M., Söderlund, B., & Trollested, C. (2003). *Friskfaktorer i arbetslivet*. Stockholm: Prevent.
- Antonovsky, A. (1979). *Health, stress and coping*. San Fransisco: Jossey-Bass Publisher.
- Arbetsmiljöverket. (2012:7). *Den goda arbetsmiljön och dess indikatorer. Kunskapsöversikt*. Stockholm: Arbetsmiljöverket. Rapport 2012:7.
- Bauer, G. & Hämming, O. (2014). *Bridging Occupational, Organizational and Public Health. A transdisciplinary approach*. Springer Science + Media Dordrecht 2014.
- Brülde, B. & Tengland, P-A. (2003). *Hälsa och sjukdom – en begreppslig utredning*. Lund: Studentlitteratur.
- Bunton, R., & Macdonald, G. (2002). *Health Promotion. Disciplines, diversity and developments*. London: Routledge.
- Dempsey, C., Battel-Kirk, B., & Barry, M.M. (2011). *The CompHP Core Competencies Framework for Health Promotion. Short Version*. EAHC Project number 20081209.
- Faskunger, J. (2013). *Fysisk aktivitet och folkhälsa*. Lund: Studentlitteratur.
- Frankl, V. E. (2006). *Livet måste ha mening*. Stockholm: Natur & Kultur.
- Folkhälsoinstitutet. (1999:8). *Fysisk aktivitet för nytta och nöje*. Stockholm: Folkhälsoinstitutet.
- Green, J. & Tones, K. (2010). *Health Promotion Planning and Strategies.2.* ed London: SAGE
- Goodson, P. (2010). *Theory in Health Promotion. Research and Practice*. Sudbury, Mass: Jones and Barlett.
- Illeris, K. (2006). *Lärande*. Lund: Studentlitteratur.
- ISM-rapport 9 (2010). *Kunskap och metoder för hälsofrämjande arbetsplatser*. Insitutet för stressmedicin. Västra Götalandsregionen.
- Johanson, U., Ahonen, G., & Roslender, R. (2007). *Work Health and Management Control*. Stockholm: Thomas Fakta AB.
- Kirsten, W., & Karch, R. (Red.). (2012). *Global Perspectives in Workplace Health Promotion*. Sudbury: Jones & Barlett Learning.
- Lalonde, M. (1974). *Ny syn på hälsa*. Ett arbetsdokument. Socialstyrelsens nämnd för hälsoupplysning.
- Marmot, M. (2004). *Statussyndromet. Hur vår sociala position påverkar hälsan och livslängden*. Stockholm: Natur & Kultur.
- McQueen D. V., Kickbusch, I., Potvin, L., Pelikan, J. M., Balbo, L., & Abel, T. (2007). *Health & Modernity. The Role of Theory in Health Promotion*. New York: Springer.
- Nordenfeldt, L. (1991). *Livskvalitet & Hälsa. Teori & Kritik*. Almqvist & Wiksell.
- Nutbeam, D., Harris, E., & Wise, M. (2010). *Theory in a nutshell. A practical guide to helath promotion theories*. 3.ed. Sydney: McGraw-Hill.
- Speller, V., Parish, R., Davidson, H. & Zilnyk, A. (2012). *CompHP Professional Standards for Health Promotion Handbock*. Agency for Health Consumers. Projectnumber 20081209.
- WHO (1986). *Ottawa Charter for Health Promotion*. Geneva: World Health Organization.
- Winroth, J. & Rydqvist, L-G-. (2008). *Hälsa & Hälsopromotion. Med fokus på individ-, grupp- och organisationsnivå*. Stockholm: SISU Idrottsböcker.
- Öqvist, O. (2008). *Systemteori I praktiken – konsten att lösa problem och nå resultat*. Stockholm: GOTHIA Förlag.