



HELHETS- METODIKEN

ETT SÄTT ATT **KVALITETSSÄKRA** FOLKHÄLSOARBETET GENOM ATT
SYSTEMATISKT ANVÄNDA **INVÅNARNAS SYNPUNKTER**
SAMT **PROFESSIONELL REFLEKTION** I ARBETET FÖR EN
GOD OCH JÄMLIK HÄLSA.

Metodbok

Helhetsmetodiken

Helhetsmetodiken är finansierad av Västra Götalandsregionen genom regionala FoU-medel inom fältet Hälsopromotion tandvård och genom Angereds närsjukhus samt av Göteborgs Universitet.

Moa Hallmyr, folkhälsoplanerare vid Angereds närsjukhus, Västra Götalandsregionen.
Maria Magnusson, medicine doktor, legitimerad dietist och sjuksköterska samt folkhälsoplanerare vid Angereds närsjukhus, Västra Götalandsregionen.

Angered, 2020

Innehåll

Kapitel 1. Bakgrund	4
Kapitel 2. Teoretisk förankring	6
Social Cognitive Theory	6
Tillämpning	7
Kapitel 3. Processen	8
Steg 1.	8
Steg 2.	9
Steg 3.	9
Steg 4.	9
Steg 5.	10
Steg 6.	10
Steg 7.	10
Kapitel 4. Kritisk reflektion	11
Normer	11
Normkritik	12
Kritisk reflektion	12
Övningarna	12
Diskrimineringsgrunder	12
Självreflektion	13
Arbetsplatsen	13
Kapitel 5. Hur kan Helhetsdata användas?	14
Beställare/beslutsfattare	15
Verksamhetsutveckling	15
Samverkan	16
Forskning	16
Forskningsfrågor	17

INLEDNING

Helhetsmetodiken¹ (Hhm) har vuxit fram ur praktiskt folkhälsoarbete som ett systematiskt kvalitetsarbete, med fokus på jämlik hälsa. Metodiken är utvecklad för hälsofrämjande och preventivt arbete på gruppnivå. Den ger underlag för planering, uppföljning och styrning; aspekter som Kommissionen för jämlik hälsa framhöll som centrala för att folkhälsoarbetet skall kunna ge resultat i form av minskade hälsoklyftor. Genom Hhm systematiseras och tydliggörs kunskap som professionerna kontinuerligt skapar tillsammans med berörda. Därigenom kan samhällets tillit till professionerna växa och behovet av detaljstyrning minska.

Kapitel 1. Bakgrund

Hälsotillståndet i den svenska befolkningen är gott, om man ser till genomsnittet. Hälsan är dock ojämnt fördelad mellan grupper i befolkningen: exempelvis rika jämfört med fattiga, personer med kort jämfört med lång utbildning, män jämfört med kvinnor samt personer födda i respektive utanför Europa. Om man planerar och genomför hälsofrämjande och förebyggande arbete utan tydliga strategier för att minska skillnaderna så är det troligt att det leder till att dessa skillnader växer.

Styrdokument som understryker betydelsen av att verka för jämlik hälsa finns på flera nivåer: global (*Closing the gap, Sustainable development goals*), nationell (*De nya folkhälsopolitiska målen 2018*) regional (*Samling för social hållbarhet, Skillnader i livsvillkor och hälsa skall minska, prioriterade mål 2018-20*) samt lokal (*Jämlikt Göteborg*).

Författarna till rapporten *The Global Syndemic* påpekar apropå fetma att trots ett flertal handlingsplaner på olika nivåer, från globala till lokala, har utbredningen inte kunnat hejdas. De menar att verkställandet på viktiga punkter saknas både på övergripande systemnivå och lokalt. Helhetsmetodiken underlättar att göra verkstad av styrdokumentet. Det är ett redskap för att i tät växelverkan mellan praktik och reflektion följa upp, planera och styra insatser för jämlik hälsa.

Utvecklingen av det som senare skulle bli Helhetsmetodiken tog sin början 2004, i planeringen av ett brett hälsofrämjande projekt med inriktning på att förebygga barnfetma – Folkhälsoprojekt (senare Folkhälsogrupp) Jämvikt. Vi utvecklade en rapportmall, i första hand för verksamhetsutveckling och återkoppling till beställarna. För att besvara frågan ”Gör vi det vi ska för befolkningen med bästa möjliga utnyttjande av skattebetalarnas pengar?” behövde vi tydliggöra vad vi tänkte göra och på vilket sätt vi trodde att det skulle bidra till

¹ Metodik betyder i det här sammanhanget ’uppsättning metoder inom visst område’ (*Terminologicentrum*).

jämlig hälsa. Dessutom en systematisk granskning av på vilket sätt det kunde tänkas ha gynnat individer i grupperna med sämst hälsa – eller, i värsta fall, bidragit till att exkludera dem. Det var vettigt att koppla på ”indikationer för metodutveckling” så att vi skulle kunna komma vidare i arbetet och berätta för andra hur utvecklingsvägarna hade sett ut. Inledningsvis använde vi Word för vår rapportskrivning, därefter (2015–2017) enkätverktyget Esmaker. I november 2017 påbörjade vi utvecklingen av ett webverktyg som möjliggör formativ och summativ uppföljning och utvärdering (se vidare kap 5).

Ju mer vår erfarenhet av och kunskap om praktiskt folkhälsoarbete växte, desto tydligare blev det att den typ av data som kan skapas inom ramen för Hhm är viktiga för kunskapsutvecklingen kring folkhälsoarbete för social hållbarhet. Reflektionsdelarna gavs större utrymme och betydelse i linje med forskning som visar att ett normkritiskt förhållningssätt (kritisk granskning av den egna verksamheten) och fokuserad planering är nödvändigt för att grupperna med sämst hälsa skall få utrymme att utöva en reell påverkan på hälsoarbetet på kort och lång sikt.

Hur kan vi omsätta dessa kunskaper i handling, hur kan vi följa upp och utvärdera dem och hur kan vi utveckla vår verksamhet – allt med största möjliga delaktighet från dem det berör? För att få svar på den typen av frågor är utveckling av nya metoder avgörande och där kan Hhm vara en viktig komponent.

Detta betyder inte att vi står utan evidens när det gäller att utforma interventioner eller policys. Det finns stöd i forskning för att komponenter som är viktiga för framgång - vilket vi i det här fallet definierar som att bidra till att utjämna den ojämlika hälsan genom att stärka dem med sämre hälsa – är kontroll, inflytande och delaktighet ². En annan väl undersökt aspekt är att interventioner som utgår från individens ”agency” har en mindre potential att utjämna hälsoklyftorna än sådana som inriktar sig på strukturella nivåer.

² KOMMISSIONEN FÖR JÄMLIKHÄLSA 2017. Nästa steg på vägen mot en mer jämlig hälsa - Förslag för ett långsiktigt arbete för en god och jämlig hälsa SOU 2017:47. SOU 2017:47.

Kapitel 2. Teoretisk förankring

Folkhälsoarbete bör vara evidensinformerat³, dvs. bygga på relevant vetenskaplig evidens, professionell erfarenhetsbaserad kunskap samt perspektiven hos den eller dem det handlar om (se bild sidan 16) De åtgärder man planerar för och utför skall vara förankrade i en teori för hälsofrämjande arbete. Det gör dem tydligare, underlättar systematisk kunskapsutveckling samt skyddar mot etiskt tveksamma eller skadliga insatser. Teoretisk förankring gör det också möjligt att besvara frågan: ”På vilket sätt tror vi att det som vi planerar kommer att vara till nytta?”.

Social Cognitive Theory

Det finns många teorier om hälsofrämjande arbete, användbara i olika sammanhang. Vid folkhälsoenheten på Angereds närsjukhus använder vi Social Cognitive Theory (SCT) som betonar människans sociala vara och samspel med det omgivande samhället. SCT skapades av psykologen Albert Bandura och kallades först ”Social learning theory”.

SCT är lämplig för ett folkhälsoarbete med fokus på strukturella faktorer eftersom teorin utgår från att människors sociala sammanhang och levnadsvillkor är viktiga för hur de mår. Det stämmer väl överens med forskningen om hälsofrämjande arbete med inriktning på jämlik hälsa. Detsamma gäller för SCT:s betoning av betydelsen av tillit till den egna förmågan (”self-efficacy”) på individuell såväl som på kollektiv nivå. Teorin ger infallsvinklar på hur man kan planera och följa upp folkhälsoarbete utifrån kontroll, inflytande och delaktighet.

Det finns som sagt fler teorier för hälsofrämjande arbete. Ett argument för att använda samma metod i olika verksamheter är att gemensam kunskapsutveckling underlättas av gemensamma begrepp.

Det som vi hanterar som strategier benämns i vår källa⁴ som ”concepts” eller ”determinants of behaviour”; alltså ”begrepp” respektive ”bestämningsfaktorer för beteenden”. Vi har prövat olika sätt att göra detta begripligt och hanterligt i det praktiska arbetet, och fastnat för att beskriva dem som strategier, eller utgångspunkt för strategier.

- Stärka individens tilltro till sin egen förmåga: Genom att stärka en självinsikt om att individen kan förändra
- Stärka gruppens tilltro till sin egen förmåga: Genom att stärka insikten om att ensam inte är starkast

³ Jonna Bornemark förespråkar begreppet evidensinformerat och definierar det som att hålla sig uppdaterad på forskningen och utveckla praktiken med hjälp av den (BORNEMARK, J. 2018. *Det omätbaras renässans : En uppgörelse med pedanternas världsherravälde* Volante.)

⁴ MCALISTER AL, PERRY CL & PARCEL GS 2008. How individuals, environments and health behaviors interact. Social Cognitive Theory. In: GLANZ K, RIMER BK & VISWANATH K (eds.) Health behavior and health education: theory, research, and practice John Wiley & Sons, Inc., sidan 170 ff.

- Synliggöra positiva förebilder: Genom att möjliggöra samtal och erfarenhetsutbyte kring konkreta råd
- Påverka förväntningar på konsekvenser av medvetna val: Genom att bekräfta och förmedla kunskap.
- Synliggöra och använda möjligheter att påverka livsvillkor och omgivning; Genom att stödja deltagarna att lyfta frågor som påverkar deras hälsa i olika, relevanta, sammanhang
- Göra det lätt att leva hälsosamt: Genom vägledning och konkreta råd utifrån deltagarnas förutsättningar. Genom att erbjuda tillgång till trygga och hälsofrämjande platser.

Tillämpning

- **Socketutställning:** Ett vanligt sätt att illustrera sockernehåll i livsmedel är att göra utställningar där förpackningar placeras bredvid ett antal sockerbitar som skall motsvara innehållet av socker (för det mesta är det tillsatt socker man vill åskådliggöra). Under en temadag om hälsa på en lågstadieskola där vi medverkade fanns en sådan utställning på plats. Vi fick många frågor varav en del antydde att utställningen inte bidrog till en ökad jämlikhet i hälsa. De barn som exempelvis såg att familjens frukost inte värderades som nyttig och bra verkade uppleva motsatsen till stärkt tilltro till sin egen förmåga. Om det fanns en person närvarande som kunde mildra denna effekt genom att prata om det på ett konstruktivt sätt – vilket blev vår insats – kunde utställningen vara bra. Strategierna i SCT kom alltså till användning i samtalen medan det fanns en risk att utställningen i sig själv, för vissa elever, skadade en central aspekt av hälsan; tilltron till den egna förmågan.
- **Mina mellanmål:** Denna bok är framtagen av folkhälsoenheten på ANS utifrån bland annat strategierna från SCT. Vår avsikt var att den skulle gynna en mer jämlik hälsa genom att stärka individens tilltro till den egna förmågan (recepten skulle innehålla vanliga ingredienser, och inte vara krångliga), synliggöra och använda möjligheter att påverka omgivning (boken skulle användas i exempelvis fritidshem för att skapa norm för hur bra mellanmål kan se ut), samt göra det lätt att leva hälsosamt (helt enkelt genom att tillhandahålla bra recept). Recepten presenteras av de tecknade figurerna Angereds hjältar, ”barnens beskyddare”. Förutom i receptboken förekommer de på många ställen i sjukhusmiljön och i förberedelsematerial inför besök, för att stötta och uppmuntra. I processen att ta fram boken gick vi igenom de första tio receptförslagen och fann att även om de vart och ett var bra så var den sammanlagda bilden de var en bra bit ”utöver det vanliga” ifråga om ingredienser (”vanlighet”, pris) och tillagning. För att inte riskera att misslyckas med den centrala strategin - att stärka tilltron till den egna förmågan - lade vi till fem recept som i princip är vanliga smörgåsar inklusive grönsak eller frukt. Boken används brett och är väl känd i delar av våra områden. Vid den fjärde upplagans lansering pågår implementering av systematiskt arbets sätt med boken i en av kommunerna runt Göteborg vilket svarar mot strategin att ”påverka omgivning”.

Kapitel 3. Processen

Nedan följer en beskrivning av hur vi på Angereds närsjukhus arbetar med Helhetsmetodiken. En viktig utgångspunkt i planeringen av sjukhuset var att det skulle bidra till att utjämna hälsoklyftorna. Eftersom detta är en central del av uppdraget för Angereds närsjukhus och av det övergripande folkhälsopolitiska målet har metodiken hög relevans för utvecklingsarbetet lokalt såväl som nationellt.

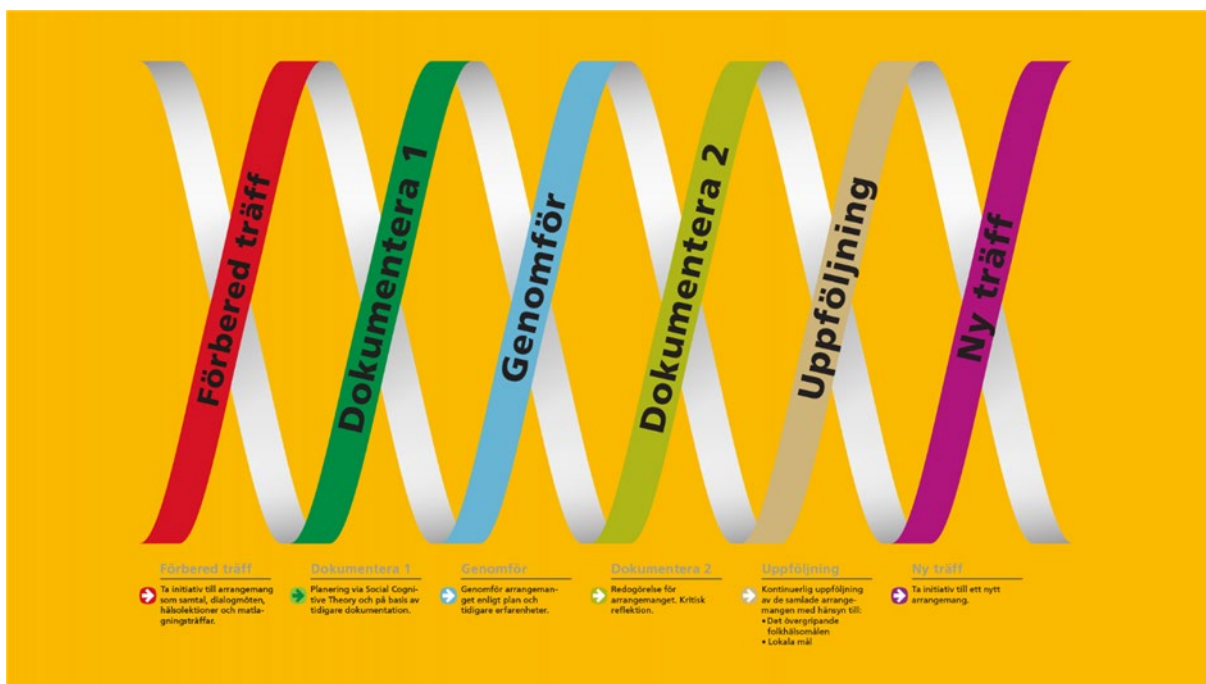


Illustration av arbetsprocess för folkhälsoarbete enligt Helhetsmetodiken

Varje verksamhet tar fram de formulär som den behöver utifrån sitt uppdrag. Det är viktigt att formulären har stöd i projektbeskrivning/ beställaruppdrag. Tänk på att det kan vara aktuellt att följa uppdragets utveckling på olika nivåer. Därför kan flera olika formulär vara aktuella för samma verksamhet. På Angereds närsjukhus arbetar vi med uppföljning av vårt befolkningsarbete samt vårt arbete för att främja hälsosamma strukturer.

Rubrikerna i våra olika formulär varierar. För att ansluta till Hhm behöver följande delar vara med: Planering som visar genom vilka mekanismer vi bedömer att den planerade aktiviteten kan bidra till bättre hälsa, redogörelse för aktiviteten - inklusive kritisk reflektion - samt indikationer för metodutveckling.

Steg 1.

Förbered en aktivitet, ett projekt eller en befolkningskontakt genom att ta initiativ eller svara på förfrågan eller förslag.

Steg 2.

Planeringsfasen varierar beroende på uppdrag och omfattning. Det kan handla om omfattande projektplanering eller strukturerad dokumentation inför den enskilda aktiviteten.

I denna fas ställer vi oss frågan ”Vad är det vi vill uppnå?”, följt av en inventering av det aktuella kunskapsläget. Under hela processen har vi med oss vetskapen om att deltagarnas personliga kunskap (”livsvärld”) är lika viktig som den professionella erfarenhetsbaserade kunskapen.

För att kunna följa upp och utvärdera vårt arbete behöver vi ställa oss vissa frågor.

- Vad vill vi uppnå med uppdraget?
- Vad vet vi om situationen och sammanhanget?
- Vilka professioner behövs?
- Samverkar vi med relevanta samhällsaktörer?
- Skall vi följa upp arbetet med resultatmått eller processmått)?
- Läger vi vår tid på rätt saker?
- Hur säkrar vi att vårt arbete når dem med sämst hälsa?

Vi behöver en teori för att kunna besvara frågan ”På vilket sätt tror vi att det som vi planerar kommer att vara till nytta?” Folkhälsoenheten vid Angeredens närsjukhus utgår från strategier i Social Cognitive Theory (SCT) och beskriver översiktligt inför varje arrangemang med vilken/vilka av dem vi planerar att arbeta och på vilka sätt. Se kapitel 2.

Steg 3.

Genomför arrangemang, aktivitet/ kurstillfälle eller liknande utifrån planering och med fokus på dialog och delaktighet. Det är viktigt att vara tydlig med vad deltagarna har inflytande på/ över. Alla idéer matchar inte verksamhetens/ aktivitetens syfte, då är det viktigt att förtydliga detta för att undvika känsla av besvikelse och misstro.

Även strategiskt arbete som påverkar strukturer runt befolkningen bör följas upp. Här är det viktigt att synliggöra vilka aktörer som samverkar, hur vi använder varandras kompetenser och hur vi påverkar strukturer för civilsamhället. Bidrar vi till bättre hälsa i området generellt samt för de individer lever där?

Steg 4.

Formuläret kommer i princip vara öppet för alla att läsa. Texten ska således vara formulerad på ett sätt så att ingen, utom de som medverkar utifrån sin profession, kan identifieras. Vid beskrivandet av gruppen eller de funderingar och frågor som gruppen har är det viktigt att skriva så att inget kan uppfattas som osakligt, eller respektlöst gentemot någon av de medverkande.

Dokumentera träffen och de strategier som verkade fungera. Ibland utvecklas aktiviteterna så att de berör andra strategier än de som antogs vid planeringen. Detta kan å ena sidan vara ett tecken på delaktighet från befolkningen och flexibilitet hos personalen, å andra sidan kan det betyda att det finns förändringar som behöver göras för att använda strategierna bättre vid nästa tillfälle. Lyft perspektiv och synpunkter från deltagarna.

Kritisk reflektion sker innan, under och efter varje aktivitet. Frågeställningarna har utvecklats tillsammans med Kunskapscentrum för jämlik vård. Denna del i dokumentationen kan med fördel vara grund för gemensamma diskussioner i arbetsgruppen.

Varje verksamhet avgör vilka kvantitativa data som behöver registreras utifrån behov av att synliggöra vissa målgrupper eller svara på specifika frågeställningar. Vanligt är antal deltagare, genus, ålder. Vilka data behöver beställarna för att ta ställning till fortsatt finansiering, vilka data behöver verksamheten för att styra utvecklingen? I verktyget finns vissa möjligheter till statistisk analys (via Excel) samt åskådliggörande via grafer.

Inkomna idéer handlar om att dokumentera deltagarnas inflytande på verksamhetsutvecklingen, allt från stort till smått.

Att ta med sig till metodutveckling: Detta är ett stöd till den formativa delen av processerna och verkar som en uppsamling utifrån Redogörelse, Kritisk reflektion och Inkomna idéer. Vad behöver vi behålla, förändra och utveckla? Vilka anpassningar behövs längs vägen?

Steg 5.

I allt arbete finns en variation, vid vissa tillfällen fungerar allt perfekt och ibland blir det mindre bra. Det är viktigt att vi tar tillvara våra erfarenheter och använder dem för att bli bättre på att bemöta grupper med sämst hälsa. Ett sätt att göra det på är genom regelbunden uppföljning i form av arbetsplats- eller metodträffar där arbetsgruppen delar erfarenheter av processen utifrån dokumentationen. Detta möjliggör att ta upp svårigheter och dilemman samt leder till professionell utveckling. Vid dessa träffar är det viktigt att alla är med och skapar en gemensam kultur med målgruppens bästa i fokus. I samtalet med arbetsgruppen behöver vi lyssna in, observera och komma med idéer på goda lösningar. Den kritiska reflektionen syftar till att se vilken roll du/ni/ vi spelar för målgruppen. När vi diskuterar detta tillsammans blir vårt arbete mer jämlikt och vi blir bättre på bemötande.

Steg 6.

Planera en ny träff utifrån vunna erfarenheter.

Steg 7.

Deltagande i Helhetsmetodikens nätverk och konferenser som syftar till utbyte och erfarenheter för professionell och vetenskaplig utveckling.

Utvecklingsprocessen synliggör och sätter ord på betydelsen av professionernas arbete och kunskapsproduktion.

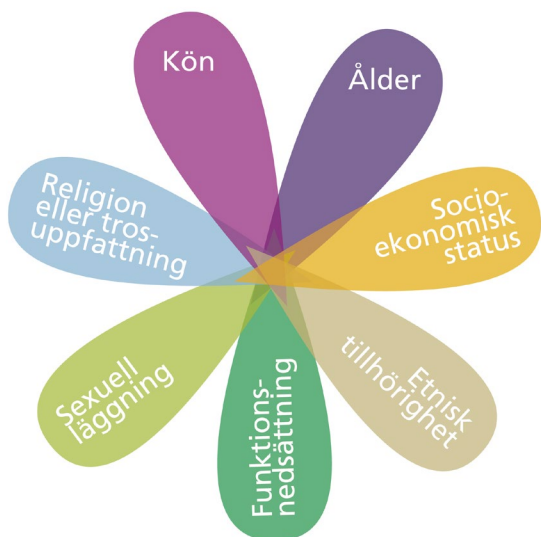
Kapitel 4. Kritisk reflektion

Precis som sjukvård ska det främjande arbetet erbjudas befolkningen på lika villkor. Trots goda intentioner visar forskning och dokumentation, bland annat nationella register, att motsatsen sker tillräckligt ofta för att det skall bidra till den ojämlika hälsan. De som inte uppfyller normen riskerar att behandlas annorlunda, att osynliggöras eller att diskrimineras.

Med kritisk reflektion vill vi synliggöra normer inom vårt arbete som skapar begränsande föreställningar om den andre. Syftet är att kunna erbjuda ett folkhälsoarbete som är så effektivt som möjligt när det gäller att verka för jämlik hälsa. Reflektionsdelen bygger på diskrimineringsgrunderna i svensk lagstiftning. I linje med Kommissionen för jämlik hälsa har vi lagt till socioekonomi som diskrimineringsgrund. Nedan följer en kort introduktion i hur vi ser på begreppen normer, normkritik och kritisk reflektion följt av förslag på övningar att göra tillsammans i arbetsgruppen.

Normer

Människor använder normer för att kategorisera sin omgivning och skapa en förståelse för sin sociala omvärld. Normer består således av föreställningar och regler om vad som är viktigt, värdefullt och önskvärt i ett samhälle. Normer förändras över tid och kan se olika ut i olika grupper, samhällen eller länder. De syns i lagar, regler och samhällsbyggnad. Vad som anses normativt och önskvärt i ett sammanhang kan anses som normbrytande och avvikande i ett annat.



Intersektionalitet. Vi påverkas av olika normer som relaterar till varandra.

Normer existerar alltid i en maktbalans där en individ eller en grups beteende, utseende eller uttryck skattas som positiva, negativa, etiska och oetiska. Normativiteten kan skapa problem för dem som inte tillhör den rådande normen. De som hamnar utanför normen betraktas som avvikande och görs osynliga, glöms bort eller tillskrivs icke önskvärda egenskaper. De som lever i enlighet med normen har däremot privilegiet att deras hudfärg, kön, sexualitet m.m. uppfattas som normala och slipper bli ifrågasatta.

Vi människor påverkas av flera normer samtidigt och de relaterar till varandra. Det kallas för intersektionalitet (se bild). En intersektionell analys kan vara relevant för att synliggöra varför vissa grupper behöver mer stöd eller upplever större svårigheter än andra. Till exempel kan gruppen gravida kvinnor ha olika behov av mödrahälsovården utifrån om kvinnan föder barn för första gången, har behov

av tolk och/eller får sina behov tillgodosedda utifrån funktionsvariation osv. Med ett intersektionellt perspektiv ökar vi förståelsen för att ingen grupp kan vara helt enhetlig.

Normkritik

Begreppet normkritik handlar om att synliggöra och ifrågasätta de rådande normerna. Med normkritik läggs fokus på normernas negativa effekter på samhället, både för dem som omfattas av normen och för dem som exkluderas av dem.

Ett normkritiskt förhållningssätt gör att vi blir normmedvetna och kan välja att förhålla oss på nya sätt i mötet med andra människor.

Kritisk reflektion

Genom kritisk reflektion vill vi öka förståelsen av invanda och yrkesmässiga beteenden som kan hindra vårt arbete för jämlik hälsa. Genom systematiskt skrivande och reflekterande över våra erfarenheter och vår yrkesroll får vi chansen att sätta ord på handlingar, observationer och tankar. Här utvecklas nya tankar, nya idéer och ny kunskap. Vi synliggör vad som fungerar eller inte i praktiken vilket möjliggör för oss att använda de erfarenheterna i verksamhetsutvecklingen. För att nå dit behövs återkommande tillfällen för reflektion.

Reflektionen ska verka som en distansering där vi kan betrakta vårt agerande och vår utveckling samt sätta ord på dem.

Övningarna

När man introducerar kritisk reflektion kan det underlätta att börja med den kunskap som redan finns i rummet. Jämställdhet är ett begrepp som de flesta är bekanta med och som belyser förhållandet mellan kvinnor och män. Uppdelning efter kön är en av våra vanligaste kategoriseringar i samhället och återkommer i de flesta verksamheters statistiska underlag. När gruppen blivit bekant med formen för kritisk reflektion kan man öppna för ett intersektionellt perspektiv. Ett förslag kan vara att föra samma form av diskussion men att växla mellan de olika diskrimineringsgrunderna, eller föra in flera av dem samtidigt.

Diskrimineringsgrunder

Övning: Reflektera över hur diskrimineringsgrunderna, inklusive socioekonomi, ter sig i sociala utrymmen, t.ex. spårvagnen, affären.

Övning: Granska en informationstext i din verksamhet. Använd gärna Skrivhjälp för jämlik text.

[Material – Skrivhjälp för jämlik text \(Kunskapscentrum för jämlik vård\)](#)

Självreflektion

Övning: Kan du komma på situationer när du tillhör majoritetsnormen och kan du komma på situationer när du inte gör det? Hur känns det i de respektive fallen? Turas om att få ta stor respektive liten plats i relation till kropp, mimik och tal.

Övning: Om du bodde i ett annat land, vem skulle du fråga om råd i vissa frågor; läkaren på plats, släktingar hemma, vårdpersonal hemma eller vänner i samma land. Varför?

Övning: Om du tänker dig ett annat kön på den du talar med, förändras ditt bemötande och dina tolkningar av personen då?

Arbetsplatsen

Övning: Fundera över vilka kategoriseringar ni använder er av i er verksamhet och i mötet med befolkningen. Hur kan ni i mötet undvika att projicera era föreställningar på befolkningen men ändå använda den förförståelse ni har, som kan vara till nytta för dem?

Övning: Hur kan problematiska aspekter av våra erfarenheter och vår yrkesroll komma fram vid systematisk reflektion? Hur kan vi diskutera det utan att skuldbelägga oss själva eller varandra?

Kapitel 5. Hur kan Helhetsdata användas?

Genom Helhetsmetodik (Hhm) tillvaratas professionellas reflektioner och praktikgrundade kunskap. Det är till nytta för beställare av hälsofrämjande/preventiv verksamhet, för verksamhetsansvariga och -utvecklare samt för forskare.

Den professionella erfarenhetsbaserade eller ”tysta” kunskapen har under de senaste decennierna värderats allt lägre i de system som ligger till grund för verksamhetsutveckling inom vård, omsorg och utbildning. Den professionellas egen reflektion och professionsbundna kunskapsutveckling får inte plats. Som det heter i vården (på många håll); man skall räkna ”pinnar”(Bornemark).

Kunskap betraktas som något som tas fram i akademiska institutioner för att spridas och dikteras för de yrkesutövande som sedan skall tillämpa den (Schön)⁵. Jonna Bornemark pekar också på orimligheten i detta och skriver bland annat: ”Att vara en bra undersköterska innebär helt enkelt att inte vara en utbytbar kugge om bara följer manualen, utan en levande omdömesgill person med ett reflekterande intellectus som *förhåller* sig till manualen” (s 73).

Folkhälsoforskare lyfter också att kunskapsproduktion kan ske på andra sätt än genom klassisk institutionsbunden forskning. Kommissionen för jämlik hälsa skriver i sitt slutbetänkande: ”Inom skolväsendet, socialtjänst och andra välfärdsområden finns enligt vår mening också ett behov av en närmare koppling mellan praktisknära forskning och utvecklingen av den praktiska verksamheten... försök (måste) som regel genomföras i skarpt läge som en del av ordinarie verksamhet eller inom en avgränsad försöksverksamhet... det grundläggande behovet av att göra utprovnings på ett systematiskt sätt som leder till successivt lärande är detsamma på olika välfärdsområden som inom sjukvården...” (s 276).

Liselott Schäfer Elinder, professor i folkhälsovetenskap, skriver i Evidensbaserat folkhälsoarbete: ”Här (i Sverige) behöver vi ställa oss frågan i vilken utsträckning resurser ska läggas på forskarstyrda modellutvärderingar eller om vi ska gå direkt till verksamhetsbaserade utvärderingar i avvägningen mellan intern och extern validitet och chansen för vidmakthållande och spridning”.⁶ Hhm erbjuder möjligheter att utveckla uppföljning och utvärdering för verksamhetsutveckling, samt för forskning kring frågor som: ”Vilka metoder fungerar, och i vilka sammanhang? Vilka mediatorer är aktuella?”

⁵ SCHÖN, D. A. 1983. The reflective practitioner. How professionals think in action. New York, Routledge.

⁶ SCHÄFER ELINDER, L., KWAK, L., NILSEN, P. & SUNDELL, K. 2014. Utmaningar för det evidensbaserade folkhälsoarbetet. In: SCHÄFER ELINDER, L. & KWAK, L. (eds.) Evidensbaserat folkhälsoarbete. Lund: Studentlitteratur. (s 198)

Även utredningen God och Nära vård lyfter svårigheterna med att mäta effekter på befolkningsnivå av förebyggande insatser och påpekar att ”... de viktigaste insatserna för att förbättra hälsan hos en population inte alltid /är/ de insatser där det finns tillgång till flest högkvalitativa studier.... På de områden där vetenskapliga underlag saknas är det istället viktigt att huvudmännen ger verksamheterna förutsättningar för ett systematiskt kvalitetsarbete på olika nivåer, samt att forskning initieras inom centrala områden.”⁷

Beställare/beslutsfattare

Kvantitativa data – hur många aktiviteter som anordnats, hur många personer som deltagit, åldrar och kön, material som delats ut eller använts – är med Hhm lätt tillgängliga och kan summeras för olika tidsperioder och typer av aktiviteter.

Kvalitativa data – vilka strategier som använts, på vilket sätt de upplevdes fungera eller inte fungera, vilka frågor och synpunkter som kom från deltagarna, om aktiviteterna genomfördes på ett normmedvetet sätt – mynnar (tillsammans med kvantitativa data) ut i Indikationer för metodutveckling. De används direkt i verksamhetsutvecklingen och kan också sammanställas för att ge beställarna en uppfattning om i vilken utsträckning aktiviteterna har förutsättningar att verkligen bidra till de uppsatta målen.

Verksamhetsutveckling

I processbilden för Hhm anges det näst sista steget till Uppföljning. Denna utförs med viss periodicitet. Här används sammanställningen av aktivitetsrapporterna för att värdera hur verksamheten fungerar med avseende på inkludering, delaktighet, samverkan, prioriteringar och om/hur strategierna fungerar. Fokus är relationen till det övergripande målet; att bidra till en utjämning av hälsoklyftorna i samhället. Samordnare/verksamhetsansvarig ansvarar för att implikationer för metodutveckling förs vidare in i nästa period.

Kvantitativa data – hur många kommer på de aktiviteter där vi medverkar?
Sammansättning med avseende på genus, socioekonomi, ålder, språkkunskaper?

Kvalitativa data – vilka faktorer medverkar till lyckad/mindre lyckad inkludering? Vilka kompetenser behöver vi utveckla? Vad behöver förändras i vår samverkan för bättre resultat? Vilka strategier fungerar, hur beskriver vi dem, vilka försöker vi använda men lyckas inte, hur går det till när det lyckas? Hur kan vi utveckla strategierna?

Indikationer för metodutveckling – vilka sådana har dokumenterats och hur kan vi använda den kunskapen?

⁷ SOU 2019:29. God och nära vård. Vård i samverkan. Delbetänkande av Utredningen Samordnad utveckling för god och nära vård. Stockholm: Statens offentliga utredningar. (s 190f)

Samverkan

Hhm beskriver processer vilket belyser i vilka sammanhang kompetenser behöver kompletteras och på vilka punkter vi av andra orsaker behöver utveckla samverkan.

När olika verksamheter använder Hhm kan vi utifrån våra rapporter samverka kring kunskapsutveckling med en gemensam vokabulär och förståelse.

Forskning

Folkhälsovetenskapens frågeställningar bör undersökas utifrån ämnesområdets förutsättningar. För att råda bot på vanliga folksjukdomar (exempelvis fetma, karies, diabetes), försöker man i samhällsbaserade interventioner påverka deras bakgrundsfaktorer. Sådana finns på många plan och i många kombinationer. De inkluderar variabler från vetenskapsområden som genetik, psykologi, sociologi, nutrition, ekonomi och medicin. För att undersöka sammanhang och utveckla metoder måste man dels kombinera olika slags studier (med exempelvis både kvalitativa och kvantitativa ansatser), dels bedöma evidensen på ett sätt som förmår fånga kvaliteter och sammanhang. Skillnaden mellan en lyckad och en misslyckad intervention i en skola kan förvisso bero på skillnader i planeringen av interventionerna, men det kan också vara en skolsköterska med ett gediget nätverk och ett mångårigt evidensinformerat arbete eller en eldsjäl i en föräldragrupp som ligger bakom. En fullständig bedömning av samhällsbaserade interventioner för att påverka levnadsvanor skulle kräva lika hög grad av komplexitet som att heltäckande beskriva människors liv.

Generaliserbarheten av en lyckad intervention måste alltså ifrågasättas. När man å andra sidan finner att en intervention inte nådde framgång bör man vara öppen för att den kunde lyckats under andra förhållanden. Om den exempelvis hade fått längre tid på sig?

Forskningen kan därmed inte begränsas till metoder som utvecklats inom den medicinska vetenskapen där det högst rankade är studier där man slumpvis kan fördela likadana deltagare till olika åtgärder och där allt hålls konstant utom den faktor som man vill undersöka och där den bästa miljön anses vara ett laboratorium. Kritiska röster inom vetenskapssamhället menar att generaliserbarheten av den här typen av studier ofta överskattas även när det rör sig om mindre komplexa frågor, som studiet av ett enskilt läkemedelseffekter. Resultaten är alltid beroende av sammanhanget och av vilka deltagarna är. Hm möjliggör forskning för att utveckla ny evidens inom folkhälsoområdet. Deltagarnas perspektiv, behov och förutsättningar samt de professionellas reflektioner kan studeras, tillsammans med kvantitativa variabler. Detta öppnar för nyanserade bedömningar av komplexiteten i insatser såväl som utfall.



Evidensinformerat folkhälsoarbete. Efter Sackett DL. BMJ. 1996; 312 (7023):71-72

Forskningsfrågor

Processer

Helhetsmetodik tydliggör och systematiserar kunskap som produceras av professionerna i deras praktik.

Vilken typ av åtgärder planerar folkhälsoarbetaren för och med stöd av vilken teori? Hur säkerställer hen kontroll, inflytande och delaktighet? Hur värderar hen om åtgärden lyckades eller inte?

Hur kan man systematisera användandet av dokumentationen för att säkerställa optimal metodutveckling? Hur kan man utveckla dokumentationen så att den blir så precis och tidseffektiv som möjligt?

Effekter

Hur kan man göra hälsofrämjande och förebyggande program/åtgärder tillgängliga även för individer i grupper med den sämsta hälsan?

Hur många/vilka möter vi? Vad säger de på/i våra möten? Hur uppfattas och används det material som vi sprider?

Är det sannolikt att vi genom våra åtgärder lyckas bidra till förbättrade matvanor, minskad tobaksanvändning, ökad fysisk aktivitet, minskad alkoholanvändning och drogbruk?

Hur överförs den akademiska kunskapen till samhället?