

Vad är folkhälsovetenskap och folkhälsoarbete?

Från en biomedicinsk till en samhällsmedicinsk modell för hälsa

Gunilla Krantz

Denna volym av Socialmedicinsk Tidskrift ägnas helt åt folkhälsofrågor. Samtliga författare är knutna till Nordiska Hälsovårdshögskolan och därmed kommer detta nummer av Socialmedicinsk Tidskrift även att spegla verksamheten på denna Nordens största utbildningsinstitution i folkhälsovetenskap.

Det finns många synsätt och definitioner på vad folkhälsovetenskap är och detta kapitel gör inte anspråk på att beskriva dem utan vill med hjälp av frågeställningen 'Vad är folkhälsovetenskap' blicka tillbaka i tiden och ge exempel på milstolpar i kunskapsutvecklingen om hälsans bestämningsfaktorer för att på så sätt visa hur förståelsen utvecklats från en biomedicinsk till en samhällsmedicinsk, eller en biopsykosocial, modell för hälsa. Kapitlet avslutas med att diskutera hur folkhälsoarbetet har sett ut i olika tidsepoker och diskuterar vad som kan komma att krävas i framtiden.

Gunilla Krantz, M.D., MPH, PhD
allmänläkar, specialistkompetent även i socialmedicin är universitetslektor på NHV.

kanske största enskilda dödsorsaken så sjunker dödligheten successivt och på 1940-talet utgör inte längre tuberkulos en huvudsaklig dödsorsak i Sverige. Denna nedgång i sjuklighet och dödlighet i tuberkulos illustrerar väl situationen även för övriga infektionssjukdomar såsom lunginflammation, mässling, difteri och andra luftvägsinfektioner. Inte förrän i mitten av 1940-talet identifierades tuberkelbacillen och herefter utvecklades antibiotika samt vaccin mot tuberkulos. Vad var det då som skapade denna gynnsamma utveckling?

Den ökade levnadsstandarden i Västeuropa med förbättrad bostadsstandard och mindre trångboddhet, rent vatten och förbättrade sanitära förhållanden samt näringsriktig kost brukar framhållas som viktiga orsaker till nedgången i infektionssjukdomar. Dessa åtgärder brukar också refereras till som de viktigaste beståndsdelarna i det klassiska folkhälsoarbetet. Vid denna tid, 1850-talet och framåt, var läkarens och sjuksköterskans främsta uppgift att observera förändringar i miljön och förstå samband mel-

Infektionssjukdomepanoramats

I mitten av 1800-talet utgjorde infektionssjukdomar det huvudsakliga hotet mot människors liv och hälsa i Sverige och Västeuropa. Dödlighetsutvecklingen för tuberkulos illustrerar väl detta. Från att ha varit den

I mitten av 1800-talet utgjorde infektionssjukdomar det huvudsakliga hotet mot människors liv och hälsa i Sverige och Västeuropa

Byggandet av en forskningsintensiv och högeffektiv hälso- och sjukvård tog fart i Norden efter andra världskriget

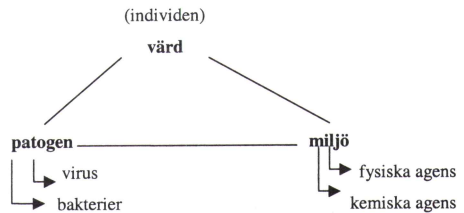
lan miljö och hälsa – en klassisk socialmedicinsk uppgift – och en viktig sådan för folkhälsan. De individinriktade diagnos- och behandlingsmöjligheterna var vid denna tid inte så välutvecklade, men detta kom att förändras i snabb takt från mitten av 1940-talet och framåt. Allteftersom teknologikutvecklingen tog fart kom också synen på vad som bestämmer hälsa i en befolkning att flytta sitt fokus från omgivningsfaktorer till att bli alltmer fokuserad på individen och individens motståndskraft mot väldefinierade patogener (sjukdomsalstrare).

Byggandet av en forskningsintensiv och högeffektiv hälso- och sjukvård tog fart i Norden efter andra världskriget och resultatet blev snabb teknologikutveckling, storsjukhus och avancerad forskning, framför allt i Sverige. I de andra nordiska länderna där kriget satt större spår satsade man mer målmedvetet på tillgänglighet för alla till en adekvat hälso- och sjukvård och resultatet blev flera mindre hälsocentraler utspridda över landet på viss bekostnad storsjukhus. Detta avspeglas fortfarande i en bättre utbyggd primärvård i Norge, Danmark och Finland jämfört med den i Sverige.

Den biomedicinska sjukdomsmodellen

Den biomedicinska sjukdomsmodellen som utvecklats med inspiration ifrån såväl Sokrates och Platon förnyades genom fransmannen René Descartes (1596-1650) och kom att växa sig allt starkare i efterkrigstidens teknologikutveckling. I den biomedicin-

ska modellen är de huvudsakliga sjukdomsalstrarna sådana patogena faktorer som virus och bakterier samt fysiska och kemiska miljögifter. Sambandet mellan värd – patogen – miljö uttryckt i den så kallade 'host resistance' modellen kan tecknas på följande sätt:



Figur 1. Host-resistance modellen eller en biomedicinsk modell för vad som åstadkommer sjukdom i en befolkning

När denna modell tillämpas på vad som skapar sjukdom och hälsa, så saknas viktiga faktorer såsom det psykologiska, sociala och kulturella inflytandet över människors liv och hälsa vilket gör modellen begränsad. Sådana orsaksfaktorer ansågs dock vara orsakade av omständigheter över vilka den biomedicinska modellen inte hade någon kontroll och därmed var de heller inte så viktiga. Denna grundsyn gör modellen stel och kantig i sitt sätt att bemöta och förstå människors olika hälsotillstånd.

Modellen erbjuder inte heller möjligheter för individen att själv på något avgörande sätt påverka sin hälsa, utan den talar mer för att det är en slump vem som drabbas av sjukdom, men trots dessa tillkortakommanden så är modellen fortfarande högst aktuell. Modellen har vunnit terräng genom att den vädjar till en stark teknologikutveckling och därtill anknuten forskning, medan forskning och utvärdering av insatser på det psy-

kosociala området inte är lika populära, då de är svårare att avgränsa och kräver lång tids uppföljning.

I mitten av 1970-talet framförde Cassel en välformulerad kritik mot modellen och exemplifierade modellens tillkortakommanden genom att från flera kohortstudier kunna visa att det förelåg betydligt högre sjuklighet och dödlighet hos människor ifrån lägre socialgrupper än hos dem från högre socialgrupper (1).

Cassels sårbarhetsteori

John Cassel skrev 1976 en uppmärksamrad artikel med titeln 'The contribution of the social environment to host resistance' där han utmanade host-resistance modellen genom att ställa den provocerande frågan om det var en slump att människor i lägre socialgrupper, med sämre ekonomiska förhållanden och sämre arbetsförhållanden hade sämre hälsa och högre dödlighet än människor ifrån högre socialgrupper (1). Cassel presenterade sin sårbarhetsteori som på ett pedagogiskt sätt förklarade hur psykosociala processer, via stress och beroende på individens sårbarhet, framkallar en fysiologisk reaktion hos individen. Cassels förklaringsmodell kan förenklat uttryckas på följande sätt:

Psykosociala processer —> stressorer
—> sårbarhet —> fysiologisk reakt.

Psykosociala processer är sådana levnadsvillkor som arbetslöshet, hot om arbetslöshet, ansträngd ekonomi, relationsproblem eller andra faktorer som hotar balansen hos individen. Sådana faktorer kan av individen uppfattas som stressorer som i sin tur framkallar ett hormonellt svar ifrån

Cassel förklarade hur omgivningens krav kan leda till sjukdomsmanifestation

hypotalamus-hypofys-binjurebarken och resultatet blir en utsvämning av cortisol, och från binjuremärgen utsöndras stresshormonerna adrenalin/noradrenalin. Beroende på individens sårbarhet, som i sin tur beror av genetiska faktorer, tidigare erfarenheter och personliga egenskaper så utvecklas ett fysiologiskt svar hos den enskilda individen. Det fysiologiska svaret, sjukdomsmanifestationen, kan vara blodtryckshöjning, hjärt- och kärl påverkan, immunologisk eller metabol påverkan.

På detta sätt förklarade Cassel hur omgivningens krav kan leda till sjukdomsmanifestation eller annorlunda uttryckt: hur belastande levnadsvillkor, via hormonella mekanismer, framkallar sjukdom hos individen.

Cassel tillade dock att för att få full förståelse för belastande levnadsvilkors betydelse för framkallande av sjukdom så måste hänsyn även tas till skyddsfaktorer, som kan mildra eller helt hindra såväl fysiska som psykiska konsekvenser av en stressande situation. Förekomst av ett starkt socialt nätverk och ett starkt socialt stöd ansåg Cassel vara en av de mest verkningsfulla skyddsfaktorerna mot stress och ohälsa.

Cassel ansåg inte att det skulle vara möjligt att binda vissa specifika sociala faktorer till vissa fysiologiska reaktioner men det har i senare forskning visat sig vara möjligt. Theorell har funnit att kvinnor som innehar förvärvsarbete där hög självrapportering av huvudvärk och trötthet föreligger, har högre risk att insjukna i hjärtinfarkt än kvinnor som inte lider av dessa symtom (2). Likaså

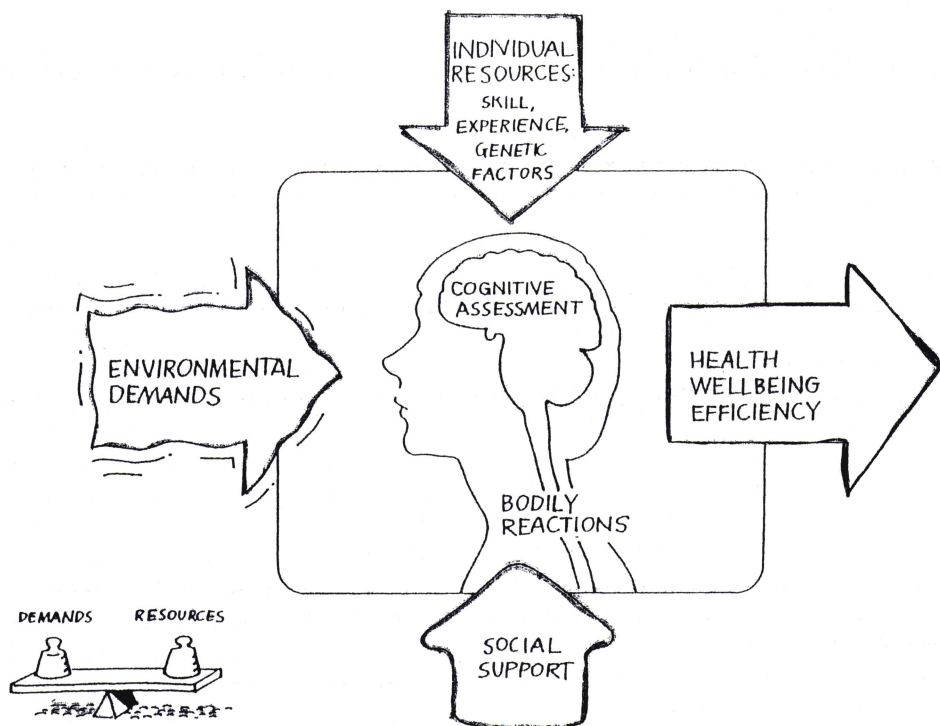
har Theorell visat att kvinnor som har yren där övertidsarbete är vanligt också har högre risk att insjukna i vårdkrävande hjärtinfarkt (2).

En bio-psyko-social modell för stress och hälsa

En framstående stressforskare verksam i Sverige är Marianne Frankenhaeuser. Den av henne beskrivna bio-psyko-sociala modellen för hälsa bygger på kunskap som Selye, Cassel, Lazarus och andra framstående stressforskare beskrivit och på den forskning hon själv bedrivit under 1970-ta-

let och framåt. I den bio-psyko-sociala modellen (3) understryks vikten av den kognitiva upplevelsen, som innebär att man gör en avvägning av hur viktig och hur allvarlig en kravfylld situation är emot sin egen mästringsförmåga (coping), se figur 2.

Under de senaste 20-30 åren har tekniker utvecklats som gjort det möjligt att mäta catecholaminer och cortisol i blodet vilket ger nya kunskaper om stress och hälsa. Dessa hormoner har viktiga adaptiva förmågor, men då de utsöndras i överskott kan de ha skadlig inverkan, särskilt i relation till hjärt-kärlsjukdom.



Figur 2. Den biopsykosociala modellen för stress-hälsa. Frankenhaeuser 1991.

Att mäta dessa hormoner har betydelse för att förstå vilket inflytande en viss situation har för en viss individ, för att se både skyddande och skadliga effekter. Hormonnivåerna ger också en varningssignal för långsiktiga hälsorisker och dessutom så ger detta möjligheter att studera skillnader mellan män och kvinnor, hur de reagerar i pressande situationer och på deras coping mekanismer. Detta sker då skilt från andra mekanismer som kan ha en mildrande eller förstärkande effekt på stress såsom genetiska faktorer, inlärd handlingsmönster, erfarenheter, personlighetsfaktorer samt även socialt nätverk och stöd. Samspelet mellan alla dessa bestämmer sedan en individs hälsa, välmående och effektivitet.

Den bio-psyko-sociala modellen understryker vikten av en individs attityder och värderingar och dessas effekter på kroppens svar på stress. Det betyder i sin tur att könsolikheter i värdering av en stressfaktor kommer att manifesteras i form av psykologiska indikatorer och att förändringar i detta kan avspeglas i fysiologiska manifestationer på stress (3).

Hälsans bestämningsfaktorer

Marc Lalonde, hälsovårdsminister i Canada på 1970-talet, bidrog på ett avgörande sätt till debatten om hälsans bestämningsfaktorer med den rapport han skrev med titeln 'A New Perspective on the Health of Canadians', 1975. Denna rapport har översatts till svenska och refereras oftast till som

Den bio-psyko-sociala modellen understryker vikten av en individs attityder och värderingar och dessas effekter på kroppens svar på stress

Lalonde-rapporten (4). Vad som väckte uppmärksamhet i denna var inte främst de bestämningsfaktorer som Lalonde önskade fästa uppmärksamheten på utan snarare hans bedömning av varje faktors enskilda betydelse för hälsoutvecklingen i en befolkning.

Lalonde lyfte fram miljöfaktorerna, inkluderande fysisk, såväl som psykisk och social miljö, samt hälsobeteende (livsstil), genetiska faktorer och hälso- och sjukvårdens organisation som de viktigaste bestämningsfaktorerna för en befolknings hälsa. Av dessa utpekade han miljöfaktorerna tillsammans med livsstilen som de väsentligaste och menade att dessa tillsammans svarar för fyrafemtedelar av inflytandet på människors hälsa. Hälso- och sjukvårdens organisation där tillgänglighet, både närhet till och kostnad för hälso- och sjukvård, tillsammans med genetiska faktorer inte tillmättes samma betydelse (4). Detta väckte debatt och ledde till en snabb reaktion från Världshälsoorganisationen (WHO), som 1978 sammankallade till den välkända konferensen i Alma Ata. WHO uttryckte då att politiska, ekonomiska och sociala faktorer är minst lika viktiga determinanter för hälsa i en befolkning som de rent medicinska (5). Även om detta sagts redan i WHO:s definition av hälsa från 1946 så fick detta nu större genomslag.

Lalondes huvudbudskap var att för att förbättra hälsan i en befolkning så behövs stödjande miljöer (samhällets ansvar) så att människor ges möjlighet att göra fria val, samt stöd till individen i dennes ansträngningar att välja en sundare livsstil (individens ansvar). Detta, menade Lalonde, skulle leda till betydande nedgång i sjuklighet och för tidig död i en befolkning. Lalonde syfte

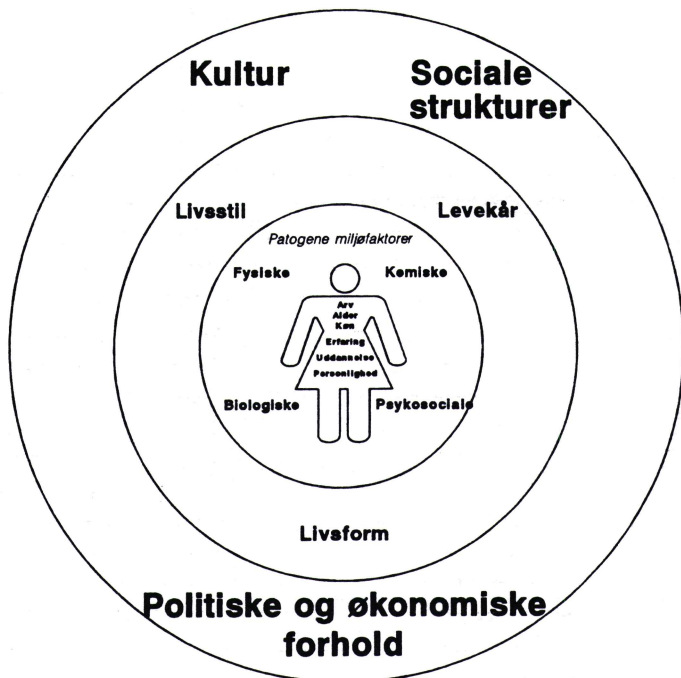
var att fästa uppmärksamheten på de sociala faktorernas betydelse för hälsa och sjukdom och något komma bort från det mer traditionella biomedicinska tänkandet genom att understryka vikten av strukturella åtgärder likaväl som individriktade för att få förbättrad hälsa i befolkningen (4).

Lalonde-rapporten väckte debatt och Världshälsoorganisationen har, genom att avhålla konsensuskonferenser på olika teman för att definiera begrepp och slå fast nya synsätt och arbetsmodeller, fortsatt att utveckla sitt folkhälsotänkande. Viktiga milstolpar var WHO:s möten om hälsofrämjande arbete i Ottawa 1986 och stödjande miljöer i Sundsvall 1991(6, 7).

En samhällsmedicinsk modell för hälsa

Dessa nämnda och många fler viktiga insatser av olika forskare och praktiker har lett fram till modeller som inkluderar också de sociala faktorerna för att förklara det komplicerade sambandet mellan individ och samhälle som påverkar hälsan i en befolkning. Dansk institutt för klinisk epidemiologi (DIKE, numera Statens institutt för Folkesundhed) sammanfattar väl hälsans bestämningsfaktorer, se figur 3.

Denna figur sätter individen i centrum bärande på sina personliga egenskaper och förmågor omgiven av fysiska, kemiska, biologiska och psykosociala faktorer i närmiljön



Figur 3. En samhällsmedicinsk modell för hälsans bestämningsfaktorer. DIKE 1994.

(8). I nästa led finner man sådana faktorer som egen livsstil, livsvillkor (arbete, boende, ekonomi etc) och livsform (karriärist, lönearbetare, medhjälpare, balanserad livsform). I det yttersta lagret återfinns politiskt och ekonomiskt system samt sociala välfärdsstrukturer (sjukförsäkring, familjeförsäkring, arbetslöshetsförsäkring etc.) och kultur. Med kultur menas här de oskrivna lagar och regler som råder i ett samhälle. En tydlig sådan faktor är genus, den sociala könsrollen eller könspositionen, det vill säga den roll eller 'position' i samhället som kvinnor respektive män får i kraft av sitt biologiska kön. Det betyder att män och kvinnor tillskrivs olika egenskaper och förmågor, och därmed är också förväntningarna olika på kvinnor och män, men dessa egenskaper och förmågor är inte statiska utan föränderliga över tid och ser olika ut i olika kulturer. I praktiken har det betydtt att kvinnor och män, trots att de levt i samma samhälle, har och har haft olika livsvillkor. En annan artikel i detta nummer belyser detta ämnesområde närmare.

Vad är folkhälsovetenskap och folkhälsoarbete

Folkhälsovetenskap är den vetenskap som studerar hur omgivningsfaktorer påverkar befolkningens hälsa och välbefinnande. För att göra detta behövs olika forskningsmetoder. Epidemiologi, läran om sjukdomars utbredning i befolkningen, använder statistiska metoder för att visa på samband och analyserar risker för sjukdom i stora befolk-

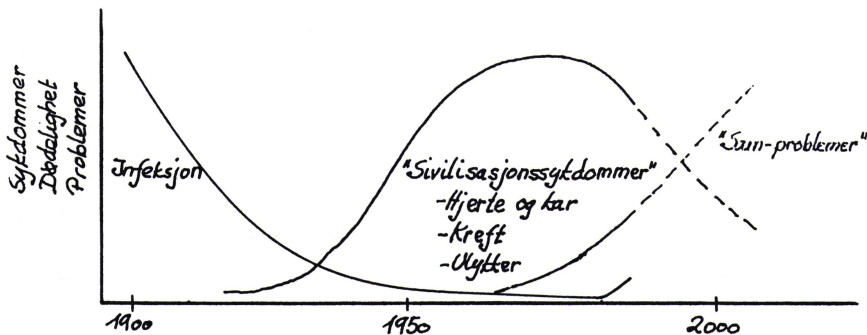
Folkhälsovetenskap är den vetenskap som studerar hur omgivningsfaktorer påverkar befolkningens hälsa och välbefinnande

ningsgrupper. Kvalitativa metoder, där datainsamling sker medelst intervju, kan ge kunskap och insikt om nya möjliga sjukdomsalstrande faktorer eller med andra ord kan generera nya hypoteser som sedan kan testas i större epidemiologiska studier.

Inom folkhälsovetenskapen är det viktigt att inte bara konstatera att sjukdomsrisk föreligger utan att även föreslå åtgärder i syfte att förbättra folkhälsan. Detta sista är inte minst viktigt – folkhälsovetenskapen slår fast samband och föreslår åtgärder som det praktiskt orienterade folkhälsoarbetet får ta itu med! Det praktiska folkhälsoarbetet handlar om att arbeta förebyggande orienterat mot populationer snarare än mot individer och det innefattar politiska och sociala åtgärder lika mycket som medicinska i syfte att skydda befolkningen mot ohälsa. Vad folkhälsoarbete är och hur det utvecklas över tid illustreras väl med hjälp av Peter Hjorts bild som illustrerar hur olika sjukdomsgrupper avlöst varandra över en tidsperiod av cirka 150 år (9).

Folkhälsoarbetets utveckling

Peter Hjort, välkänd norsk folkhälsofriskare har beskrivit sjukdomspanoramats utveckling över tid i sin figur som brukar refereras till som de tre "bölger" (vågorna) och med hjälp av denna kan även folkhälsoarbetets utveckling och insatser i olika tider beskrivas. Denna figur illustrerar vad som även brukar kallas den epidemiologiska transitionen och är på så sätt en beskrivning av hur utvecklingen gått från ett infektions-sjukdomspanorama till ett så kallat modernt sjukdomspanorama (icke smittsamma sjukdomar). I Peter Hjorts utformning är denna giltig för västerländska industrialiserade länder då utvecklingen i övriga delar av



Figur 4. Peter Hjorts illustration De tre "bølgerne" – sjukdomspanoramats utveckling över tid i västliga industrialiserade länder.

världen ser mycket annorlunda ut, se figur 4.

Bilden visar hur utvecklingen gått från mitten av 1800-talet med infektionssjukdomar som huvudsaklig dödsorsak till en situation då dessa inte längre utgör något hot mot folkhälsan (9). Orsaken till den goda utvecklingen var ett framväxande välfärds-samhälle med ekonomisk tillväxt, socialdemokratisk välfärdspolitik och medicinska framsteg, som lett till ökad levnadsstandard för alla. På 1950-60 talet blev det istället alltmer uppenbart att andra sjukdomar kommit att dominera som dödsorsaker, nämligen de av Peter Hjort kallade välfärdssjukdomarna, den andra "bølgen". Dessa representeras främst av hjärt- och kärlsjukdomar, cancer och olyckor och nådde sin topp i mitten av 1970-talet. Med stora forskningsinsatser har man funnit nya diagnostiska möjligheter, effektiv behandling och så småningom även preventiva åtgärder och dödligheten har också minskat något (9).

Den sista "bølgen" representerar de så kallade samsjukdomarna, då de anses bero av samhälle, samvaro, samliv, samarbete. De växer fram i en period som karakteriseras av

satsning på ekonomisk tillväxt, marknadskrafter och konkurrenstänkande och manifesteras som långdragna tillstånd förenat med lidande men ej med omedelbar dödlighet såsom kronisk smärta, oro, ångest, sömnsvårigheter, depressiva tendenser, trötthet, svårighet att klara livets vardag och andra psykosomatiska tillstånd (9).

Peter Hjort framförde redan i slutet av 1970-talet att dessa samsjukdomar inte var något som hälso- och sjukvården ensamt kunde klara att bota utan menade att tvärsektorielt samarbete var påkallat. För att få bättre kunskap och förståelse för uppkomstmekanismer, behandling och förhoppningsvis även finna förebyggande strategier behövde samverkan komma till stånd mellan discipliner som beteendevetenskap, psykologi, sociologi, hälsofrämjande arbete (9).

Vilken typ av folkhälsoarbete har då varit avgörande för den utveckling vi i den västliga industrialiserade delen av världen gått till mötes under de olika perioderna representerade av de tre "bølgerne"?

Under infektionssjukdomsperioden hade det så kallade klassiska folkhälsoarbetet stor betydelse för den gynnsamma utveck-

Utmaningen som man i folkhälsoarbetet nu står inför handlar om att finna metoder för att stödja individer i att ta alla stegen från kunskapsstadiet till förändrad praktik

lingen, alltså tillgång till rent vatten, goda sanitära förhållanden, bra bostäder och näringsriktig kost. Men med tiden förändras sjukdomspanoramats och för att råda bot på välfärdssjukdomar räcker dessa faktorer inte till. Under perioden, sträckande sig från 1950-talet och framåt, har folkhälsoarbetet till stor del bestått av hälsouppllysning, framför allt inriktad på alkohol, tobak, kost och motion. Hälsouppllysningen byggde på kunskapsöverföring vilket visat sig inte alltid vara tillräckligt. För att få människor att ändra sin livsstil behövs mer än kunskap – en förändring av attityder och övertygelse är också nödvändiga om en individ ska förändra sin praktik. Utmaningen som man i folkhälsoarbetet nu står inför handlar om att finna metoder för att stödja individer i att ta alla stegen från kunskapsstadiet till förändrad praktik.

Den tredje "bölgen", de så kallade sam- sjukdomarna, kräver ytterligare andra insatser i folkhälsoarbetet. Stress och psykosociala orsaksfaktorer utgör idag en stor del av det läkare och sjuksköterskor möter i hälso- och sjukvården, framför allt i primärvården. Hur ska man i folkhälsoarbetet bemöta människors oro för arbetslöshet, för ökande krav i arbetet, för växande ekonomiska svårigheter, för bostadsbrist och varför bor människor som invandrat från andra länder i egna bostadsområden?

De samhälleliga orsakerna till ohälsa är

många och varken det klassiska folkhälsoarbetet eller hälsouppllysning kan råda bot på detta. Nya kunskaper och insatser behövs, som inte hälso- och sjukvården ensamt kan stå för. Världshälsoorganisationen talar om vikten av stödjande miljöer, om att utveckla ett hälsotänkande i offentliga organisationer och på arbetsplatser, om medborgarinflytande, om att människor måste få större möjligheter att utveckla sina personliga färdigheter och ges större valmöjligheter och menar dessutom att hälso- och sjukvården behöver omorienteras för att kunna möta nya problemställningar och ingå i nätverk för tvärsektorielt samarbete (10). Detta det nya folkhälsoarbetet bjuder på stora utmaningar inte bara för hälso- och sjukvården och socialsektorn utan involvera regioner, landsting och kommuner, privata och offentliga arbetsgivare, arbetsförmedlingar och försäkringskassor, frivilligorganisationer, intresseföreningar och många fler (10)!

Det nya folkhälsoarbetet bjuder på utmaning – samtidigt som de andra två aldrig får glömmas bort. Hela tiden måste folkhälsoarbetet vila på sin klassiska grund och samtidigt utvecklas i takt med sjukdomspanoramats förändring.

REFERENSER

1. Cassel J. The contribution of the social environment to host resistance. *Am J Epidemiol* 1976;104:107-23.
2. Theorell T. On cardiovascular health in women. Results from epidemiological and psychological studies in Sweden. In: Frankenhaeuser M, Lundberg U, Chesney M, editors. *Women, work and health – stress and opportunities*. London: Plenum Press, 1991;187-204.
3. Frankenhaeuser M. The psychophysiology of sex differences as related to occupational status. In: Frankenhaeuser M, Lundberg U, Chesney

- M, editors. Women, work and health: stress and opportunities. New York: Plenum Press, 1991:39-61.
4. Lalonde M. A new perspective on the health of Canadians. Ottawa: Information Canada, 1974.
 5. World Health Organisation. The international conference on primary health care, Alma Ata 1978 (Resolution WHA 32.30, May 1979). Geneva: WHO, 1978.
 6. World Health Organisation. The Ottawa charter for health promotion. Geneva: WHO, 1986.
 7. World Health Organisation. Sundsvall Statement on Supportive Environments for Health. Third International Conference on Health Promotion, Sundsvall, June 1991 WHO/HPR/HEP/95.3
 8. Middellevetid og dødelighed. Forskningsrapport DIKE. Sundhedsministeriet, 1994.
 9. Hjort PF. Sykdom, helse og forebyggende arbeid. I: Hjort PF. Helse for alle. Foredrag og artikler 1974-93. Oslo: Department of community health, Report No U1, 1994:70-96.
 10. World Health Organisation. The Health-For-All policy for the twentieth century. Geneva: WHO 51.7, 1998.

Forskning inom

Ungdoms- och missbrukarvård

Ansökningstillfälle den 1 mars 2002
vid Statens institutionsstyrelse

Statens institutionsstyrelse svarar för planering, ledning och drift av de särskilda ungdomshemmen och LVM-hemmen. En viktig uppgift för SiS är att bedriva metodutveckling och utvecklingsarbete samt att initiera och stödja forskning inom ungdoms- och missbrukarvården i syfte att öka kunskaper om vården och dess effekter.

Särskilda forskningsprogram har utarbetats om vård och behandling av utsatta ungdomar och om missbrukare och vården, särskilt tvångsvården

Forskare är välkomna att inkomma med forskningsansökningar, som tar sin utgångspunkt i forskningsprogrammen.

Ansökningarna behandlas i två steg.

Senast den 1 mars 2002, kl 16.00 skall projektskisser ha kommit in till Statens institutionsstyrelse för anslag som avses löpa fr o m 2003-01-01.

*Forskningsprogram, ansökningshandlingar och anvisningar till anslagssökande kan hämtas från SiS hemsida, www.stat-inst.se eller rekvireras från Statens institutionsstyrelse, FoU, Britt Holmqvist, Box 16363, 103 26 Sthlm
Telefon: 08-453 40 67
Fax: 08-453 40 50*

För ytterligare information, kontakta forskningssekr. Tarja-Liisa Leiniö, tel 08-453 40 20

Statens
institutions
styrelse SiS

