

Patientutbildning på internat i Vindeln

En lyckad modell för både låg- och högutbildade

Ann-Brith Karlsson

I Vindeln i Västerbotten bedrevs 1984-1986 en hälsoutbildning på internat för personer med riskfaktorer för hjärt- kärlsjukdomar. Fram till oktober 1995 hade drygt 2500 personer genomgått utbildningen. Bland de nära 400 deltagarna under perioden 1992-1994 har ett urval av 37 mån intervjuats om erfarenheter och effekter av utbildningen. Den kvalitativa studien gav belägg för 5 kategorier av upplevda effekter: ändrat levnadssätt, ny livsåskådning, tillförsikt att själva klara sin situation, insikt om levnadssättets betydelse men också några fall av "inga märkbara upplevda effekter". Resultaten redovisas och kommenteras närmare i följande artikel.

Fil kand Ann-Brith Karlsson är verksam vid socialmedicinska institutionen, Umeå universitet.

Skillnaderna i ohälsa har under senare decennier ökat mellan olika socioekonomiska grupper i vårt land. Ohälsoskillnaderna kan förklaras på tre sätt; 1) att de har samband med olika klassrelaterade faktorer, som kulturbundna beteenden 2) att skillnaderna orsakas av social selektion, dvs att sjukligheten bestämmer den sociala positionen och inte tvärt om och 3) att det är en artefakt som har åstadkommit genom brister i mät- och analysmetoder (1). Det kulturella kapi-

talet innefattar livsstil och regler för hur man uppför sig, intressen och smak, tankar och språk. Högre social- och utbildningsklasser motionerar mer och äter hälsosammare (2,3). Betydligt fler arbetare än tjänstemän har två eller fler av riskfaktorerna rökning, hög alkoholkonsumtion, högt fettintag och ingen motion (4).

När det gäller hjärt- och kärlsjukdomar är skillnaden i ohälsa störst bland män i yrkesverksam ålder (5). Orsaksmonstret till hjärt- och kärlsjukdomar är komplext. Riskfaktorerna kan finnas i individens fysiska, psykiska och sociala miljö. De kan vara nedärvda, förvärvade, interna eller externa, direkta eller indirekta. (6).

Ett mål i WHO:s hälsopolitiska strategi, Hälsa för alla år 2 000, och en av intentionerna med förebyggande hälsovård är att utjämna olikheterna i ohälsa mellan olika samhällsklasser (7). Preventiva insatser påverkar i regel välutbildade personer i högre grad. Interventioner mot hjärt- och kärlsjukdom inriktas ofta mot beteende och levnadsvanor. Två av de mest frekventa fysiska riskfaktorerna vid hjärt- och kärlsjukdomar som i hög grad påverkas av levnadsvanor är förhöjt blodtryck och övervikt.

Huvudindikatorer för hälsoagerande.

Individens hälsobeteende förklaras i ett flertal modeller och teorier. Health Action Model införlivar

Tabell 1. Huvudindikatorer som ger influenser till att agera (efter Tones m fl och Rosenstock 1991).

Health Action Model / Theory of Reasoned Action

- * attityden som har bildats av föreställningar om handlingen
- * föreställningen om hur betydelsefulla personer troligen kommer att reagera på det tänkta agerandet
- * individens vilja att vara följsam till betydelsefulla personer
- * styrkan av den följande intentionen

Health Action Model / Health Belief Model

- * den egna förmågan att fullfölja rekommenderad handling (self-efficacy)
- * egen sårbarhet eller chanserna att drabbas av sjukdom
- * sjukdomens svårighetsgrad
- * den tänkta handlingens effektivitet

Health Belief Model och Theory of Reasoned Action samt är kongruent med andra som Locus of Control (8). De viktigaste indikatorerna som påverkar intentionen att agera i en valsituation finns enligt Health Action Model inom tre psykosociala system; *tros-systemet*, *motivationssystemet* och *det normativa systemet*. Se tabell 1. För att tanke skall leda till handling fordras i regel även vissa *underlättande faktorer* som specifika kunskaper och färdigheter och/eller omgivningsrelaterade faktorer. Kunskaper om hur man snabbt och enkelt komponerar fettsnåla goda måltider är underlättande medan små ekonomiska resurser kan begränsa valmöjligheten (9).

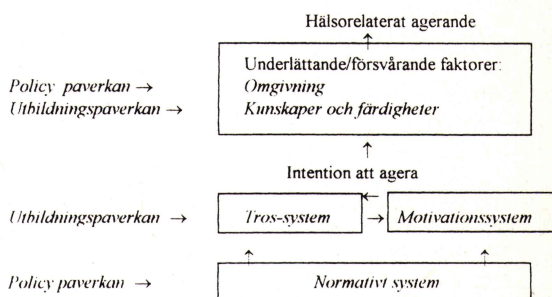
En *tro* eller *föreställning* är enligt Fischbeins definition en trolig bedömning som sammankopplar ett objekt eller begrepp till ett attribut. Till exempel om man tror att dagliga promenader är hälsobefrämjande. Tysta föreställningar har förmodligen större påverkan på hälsoagerandet eftersom de kan vara okända och måste klarifieras för att kunna påverkas.

Motivationssystemet består av en sammansättning emotionellt laddade faktorer, värderingar och attityder, som ger stimulans att agera. "Drifter" som sexualitet, hunger, smärta och begivenhet för droger kan ta över socialt betingade värderingar och attityder. Många känslomässiga föreställningar lärs in genom olika upplevelser i socialisationen. En attityd som bygger på flera värderingar är svårare att ändra. En viktig komponent i motivationssystemet är aktningen för sig själv. Självkänslan består av attityder till oss själva som exempel helhetskänslan för egna karaktäristika, egen kompetens samt sin psykiska, fysiska och sociala person. Om man anser sig kunna styra sitt liv, vara en "coper", är möjligheten att anta ett agerande större än om man anser sig vara styrd av yttre omständigheter, har extern uppfattad Locus of Control.

Individuella normer består av kulturella, subkulturella beteenden samt ageranden i referensgrupper tillsammans med vanor och värderingar som associeras till sådana beteenden. Hit hör både observerbara ageranden (statistiska normer) och värderingar hos den relevanta gruppen (sociala normer). Normer i små grupper kan vara mycket mäktiga om önskan att få

tillhöra gruppen är stark. Theory of Reasoned Action innefattar även råd och anvisningar från betydelsefulla människor och individens önskan att följa eller inte följa deras vilja (8).

Hälsoförebyggande verksamhet riktade mot individen bör således inte bara ge nya kunskaper och färdigheter utan även påverka faktorer inom tros- och motivationssystemet samt underlättande/försvårande faktorer. Se figur 1.



Figur 1. Översikt över Health Action Model.

Studien

I Vindeln sex mil väster om Umeå bedrevs 1984-1996 preventiv verksamhet i form av hälsoutbildning på internat för personer med riskfaktorer för hjärt- kärlsjukdomar. Drygt 2 500 personer hade genomgått utbildningen till oktober 1995. I refererad fallstudie (11) är syftet att belysa och jämföra upplevda effekter samt utfall på blodtryck och kroppsmasseindex (BMI) bland män med kort respektive lång skolutbildning som deltagit i patientutbildningen vid Vindelns Hälsocentrum. För att lättare kunna urskilja olikheter har män med kortast respektive längst utbildning studerats. Faktiska livsstilsförändringar har inte kontrollerats.

Totalt har 37 män, 17 med folkskola och 20 med universitetsutbildning intervjuats. De valdes ut med hjälp av dataprogrammet Statistical Package for Social Sciences bland män med kortast respektive längst utbildning som deltagit i den grundläggande fyra-veckorskursen november 1992 - november 1994 och uppföljningen ett år senare. Se tabell 2. De utbildningskategorier där skillnaden i ohälsa är störst kunde därigenom jämföras. Med tanke på att jag ville undersöka upplevelser valdes grupper som inom ej alltför avlägsen tid deltagit i uppföljningen. Bortfallet efter ett år var 24% eller 94 av 392 deltagare. En person

En viktig komponent i motivationssystemet är aktningen för sig själv

Tabell 2. Urval av intervjupersoner.

Dataprogram SPSS urval	Kriterier	Totalt	Män	Folkskola	Universitet
1) Stratifierat	Deltagare i grundutbildning november 1992	392			
2) Stratifierat	Även deltagare vid 1 års uppföljning	298	130		
3) Stratifierat	Även män med folkskola resp universitet		74	51	23
4) Slump	Samma som föregående			21	21

hade avlidit innan uppföljningen var aktuell. Fyra män med kort utbildning och en akademiker kunde inte nås för intervju eller avstod från att delta. Av dessa var fyra ensamstående vilket gör att denna kategori är något underrepresenterad i intervjumaterialet.

Underlaget för den empiriska studien samlades in med hjälp av semistrukturerade telefonintervjuer och befintliga databaser från provtagning vid interventionen. Intervjuaren hade ingen tidigare anknytning till Vindelns Hälso centrum. Intervjuerna var 20-40 minuter långa och omfattande följande sju teman; värdefulla kunskaper, påverkan av inställning till förändring, förändring av hälsovanor, hälsa och livskvalitet, inlärningsmiljö, anpassning till hemmasituationen samt värde av uppföljning. Anteckningar fördes under intervjuerna. Sjuksköterskan (samma person) hade mätt blodtrycket med en automatisk blodtrycksmätare typ EME 3100 på förmiddagen den andra dagen efter ankomst och därefter vid samma tid på dagen två gånger per vecka. Blodtrycket hade mätts på patientens högra arm i liggande ställning efter fem minuters vila.

I den intervjuade gruppen var medelåldern bland akademiker 52,8 år (SD 7,9) och 55,9 år (SD 6,4) i kategorin med kort utbildning. Alla utom en i den sistnämnda kategorin var gift eller sammanboende. Av högt utbildade var 17/20 gifta/sammanboende. Två män med kort utbildning och nio akademiker hade själva tagit initiativet till vistelsen på Hälso centrum.

Utbildningen vid Vindelns Hälso centrum

Nedanstående beskrivning avser hälsoutbildningen under åren 1992-1995. Den har senare förändrats till vissa delar.

Deltagarna tas emot i grupper på 30 personer efter remiss från läkare p g a föreliggande riskfaktorer för

hjärt- kärlsjukdom, främst hypertoni, diabetes, hyperlipedemi och hjärtinfarkt. Den vanligaste bidaagnosen är obesitas. Grundutbildningen omfattar vardagar 7.00 - 17.00 i fyra veckor med huvudämnena kost, fysisk aktivitet, kroppskänedom och egenvård, som exempelvis stresshantering. På schemat finns även "ett friskare liv" och "positivt tänkande". Efter ett och i tillämpliga fall, fem och tio år görs en repetition på fyra dagar. Utbildningen avser att med varvad teori och praktik ge färdigheter, kunskaper och insikter för att underlätta förbättring av deltagarnas hälsovanor. Deras egna fria val och aktiva engagemang betonas. Deltagarna uppmuntras att när som helst komma med egna inlägg, fråga och ifrågasätta, vilket de också gjorde under föregående fältstudie. Ansatsen är problembaserad inläring. Det "problem" som skall lösas är utformningen av det individuella hemprogrammet som görs i samråd med resurspersonerna i personalen. Vid repetitionerna revideras hemprogrammet. Konkretisering används i hög grad, genom demonstration av modeller och varor, filmvisning och verkliga exempel (ofta ur arbetarmiljö).

Föreläsningar och samlingar leds huvudsakligen av föreståndaren (leg sjuksköterska), tre sjukgymnaster, en dietist och en sjuksköterska, lika många män och kvinnor. Utbildarna har förutom lång erfarenhet av sjukdomsförebyggande arbete god insikt i västerbottnisk arbetarkultur genom upplevelser i sin egen bakgrund. Hela personalstyrkan, inklusive vaktmästare, städ- och kökspersonal, har särskilt utbildats för att aktivt medverka i skapandet av god inlärningsmiljö med trygg och avspänd atmosfär.

Deltagarna praktiserar en hälsobefrämjande livsstil med fysisk aktivitet, avspänning och sund mathållning under vistelsen. Motionen består av timplånga dagliga promenader i individuellt "lätt-anfådd-tem-

Deltagarna i kursen praktiserar en hälsofrämjande livsstil med fysisk aktivitet, avspänning och sund mathållning under vistelsen

po", gymnastik i medelansträngande grad under lika lång tid samt autogen eller progressiv avspänning eller avspänning med målbildsträning en halvtimme varje dag. Maten komponeras efter socialstyrelsens rekommendationer, dvs är salt- och fettreducerad med stort inslag av grönsaker och rotfrukter. Deltagarna medvetandegöres om sin situation och förändringar genom att de besvarar frågeformulär om matvanor och levnadssätt samt genom konditions- och rörlighetstest, mätning av blodtryck, vikt, lipoproteiner, serumglukos, gt-värde etc. Matlagning, matinköp och hushållsskunskap tränas praktiskt i små matlag på 10 personer. I grupper på 6-8 personer med huvudsaklig inriktning på det av områdena diabetes, stress och rökning, som är mest angeläget för den enskilde arbetar man med klarifiering och medvetandegörande av eget beteende samt diskussion och rådgivning av mer personlig karaktär. Samtliga deltagare får även individuell rådgivning och samtal med sjuksköterska, dietist, sjukgymnast och läkare. Vid utskrivningen bestäms hemprogrammet.

Blodtryck och BMI

Vid ankomsten till hälsocentrum hade cirka 1/4 bland de intervjuade i båda utbildningsgrupperna normalt blodtryck utan behandling med blodtryckssänkande mediciner. Män med kort utbildning hade initialt för högt blodtryck i 9 fall av 17, jämfört med 9 fall av 20 bland akademiker. I folkskolegruppen behandlades 12 män med blodtryckssänkande mediciner. Trots medicinerade hade 8 av dem ett diastoliskt blodtryck som översteg 90 mm Hg vid ankomsten. Bland män med lång utbildning medicinerades 8 av 20 mot högt blodtryck.

Efter ett år hade endast en man i folkskolegruppen och fem akademiker ett diastoliskt blodtryck över 90 mm Hg. Blodtryckssänkningen i folkskolegruppen var i genomsnitt 29/16 mm Hg (SD 14/6) systoliskt/diastoliskt efter ett år i de fall blodtrycket initialt var för högt. Sänkningen bland akademiker med samma utgångsläge var 24/13 mm Hg (SD 19/12). Den genomsnittliga sänkningen av blodtrycket efter ett år

bland alla intervjuade med kort utbildning var 13/9 mm Hg systoliskt/diastoliskt (SD 17/10) och 16/10 mm Hg (SD 22/13) i akademikergruppen. Genomsnittlig dygnsdos av blodtryckssänkande medicin var marginellt högre efter ett år i högskolegruppen. Förändring av dygnsdos i folkskolegruppen har inte beskrivits på grund av internt bortfall i fyra fall.

Lågutbildade män som initialt bar på övervikt (BMI > 25) hade 2,1 kg/m² mindre BMI efter ett år (SD 1,8) medan motsvarande kategori med lång utbildning hade minskat 1,7 kg/m² (SD 1,6). Samtliga intervjuade män med folkskoleutbildning var överviktiga vid ankomsten, BMI 31,3 kg/m² (SD 3,1). Detsamma gällde för 18 av 20 intervjuade akademiker, BMI 30,6 kg/m² (SD 4,1).

Vid jämförelse av alla män i de aktuella utbildningskategorierna, 51 respektive 23 fall, var tendensen avseende blodtrycksförändringen densamma som ovan även om skillnaderna var något mindre. Vad gäller mediciner noteras en förskjutning från betablockerare och diuretika mot övriga blodtryckssänkande mediciner samt en liten sänkning totalt bland lågutbildade och ökning bland högutbildade. Internt bortfall där uppgifterna är ofullständiga har inte beaktats vid beräkning av medelvärdet av dygnsdosen. Kraftig övervikt var vanligare och större bland lågutbildade som även hade marginellt större minskning av BMI efter ett år.

Upplevelser och upplevda effekter

Inlärningsmiljön på Hälsocentrum beskrivs som mycket gynnsam och kärleksfull. Samtliga respondenter var mycket nöjda med vistelsen som helhet. Lärarna framhölls som utmärkta ledare och pedagoger, kompetenta och engagerade. *Anpassningen till vardagssituationen* underlättades av att man vid hemkomsten var väl införlivad med nya vanor efter grundutbildningen. Några tyckte sig leva som i ett rus i flera månader. De flesta fortsatte att motionera mer än tidigare (oftast med promenader) och med förbättring av matvanorna (ökat inslag av grönsaker i kosten var vanligast). Vilka svårigheter man stött på var individuellt och ej relaterat till utbildning liksom graden av vidmakthållande av förändringarna. I viss mån tycks så gott som alla ha förändrats. En av

"Vindeln lämnar inte någon obemärkt"

Attityden till förändrade hälsovanor påverkades mer i folkskolegruppen

respondenterna beskrev beröringen med orden: "Vindeln (vistelsen på Hälsocentrum) lämnar inte någon obemärkt.

Hemprogrammet hade endast använts i mindre utsträckning (något mer av akademikerna) trots att de ansågs vara väl anpassat efter individuella förhållanden. Uppföljningsveckan värdesattes högt. Den hade fungerat som en sporre att vidmakthålla förändringarna. Man blev stärkt och uppmuntrad till fortsatt förändringsarbete under uppföljningen. Betydelsen av stödet från gruppen, gemensamhetskänslan och grupptricket betonades av många, flest med kort utbildning. *Värdefull kunskap* som flest associerade fritt till var ökad medvetenhet om betydelsen av egenvård och möjligheterna till ett återupptagande av ett aktivt liv genom egna upplevelser. Folkskoleutbildade associerade i större utsträckning till specifika färdigheter och AHA-upplevelser. Akademikerna associerade även till förstärkning av tidigare kunskaper. *Attityden till att förändra hälsovanor* påverkades mer i folkskolegruppen. En förändring av levnadsvanorna fick större betydelse, motivationen ökade och tron på att kunna genomföra en förändring förstärktes. Intervjupersonerna kände i regel främst egna inre och få yttre krav på sig att försöka och/eller lyckas förbättra sina vanor. Hälsa och livskvalitet påverkades huvudsakligen positivt av utbildningen och inte i något fall negativt. Tre akademiker och en folkskoleutbildad beskrev sin medicinska status som mycket dålig och skäl till utebliven förbättring av hälsan.

Fem kategorier av upplevda effekter

De vid intervjuerna återgivna upplevda effekterna var mycket tydliga i 89% eller 33 fall av 37 och följdes av förändrat hälsobeteende. Effekterna har indelats i fem nedan beskrivna kategorier; ändrat levnadssätt, ny livsåskådning, tillförsikt att själv kunna hantera sin situation, insikt om möjligheter, samband och levnadssättets betydelse samt inga märkbara upplevda effekter.

Åtta personer, varav fem med kort utbildning har helt ändrat levnadssätt som en följd av vistelsen på Hälsocentrum. Aktiv stresshantering och hög grad

av fysisk aktivitet, dagligen - 3 ggr/vecka i 20 min - 2 tim oftast med två-tre olika aktiviteter har påverkat hela levnadssättet radikalt vilket även innebar t ex bättre matvanor. Man har fått nya eller förstärkta kunskaper vid utbildningen och blivit mer medveten om risker. Kunskaperna om *hur* man lever mer hälsosamt har förbättrats. Man vill, måste och kan sköta om sig och känner sig tillfreds med att göra det också. Omställningen har inte varit lätt för alla, men man har ändå haft förmåga att fortsätta. Vissa personer har haft starka känsloupplevelser av vistelsen på Hälsocentrum. En man med kort utbildning beskrev betydelsen av hälsoutbildningen med orden: "en grej som rekryten." De flesta tycks ha ruskats om ordentligt av att ha fått uppleva hur bra de fortfarande kunde må. Andra har skrämts av till exempel filmer om kärleförändringar. Här framgår inga direkt skillnader mellan kort och lång utbildning.

Kategorin "*ny livsåskådning*" omfattar fyra personers upplevda effekter. Två av dem var lågutbildade. Här har man omvärderat sin inställning till vad som är viktigt och börjat uppskatta nya saker. I hälsoutbildningen var det främst stresshanteringen som påverkat deras värderingar och livsåskådning. Livssituationen och andra viktiga händelser uppgavs främst bland högutbildade också ha bidragit till förändringen. Även i denna kategori har man ändrat flera hälsovanor. Alla motionerar genom att promenera 3 - 5 gånger/vecka under 20 minuter - drygt en timme.

Sju respondenter, varav fem akademiker har fått "*tillförsikt till att själv kunna hantera sin situation*". De beskrev att de nu har fått situationen under kontroll, vet vad man kan göra och gör det. Sambanden mellan att må bättre, få bättre värden och aktivt ta hand om sig själv har klarnat. Även om man inte alltid lever "rätt" har man tryggheten och tron att kunna "hålla sig inom gränserna". Ett återfall eller en liten viktuppgång sågs inte som något problem utan mer som något reparerbart. Den här kategorin har också ändrat flera hälsovanor. Akademikerna motionerar 3 - 5 gånger per vecka medan lågutbildade nöjer sig med 2 - 4 gånger per vecka. Förutom att promenera, deltar man i gymnastik, joggar och dansar.

En man beskrev betydelsen av hälsoutbildningen med orden "en grej som rekryten"

Mest frekvent var upplevelser av "insikt om möjligheter, samband och levnadssättets betydelse" som återgivits av fjorton personer, varav åtta med lång utbildning. Man har fått insikt om sin situation, möjligheterna att skydda sig från ohälsa och förbättra hälsan med livsstilen. Man har gjort förändringar på varierande områden. Några kände dåligt samvete för att de inte hade lyckats förändra vissa ohälsosamma vanor (t ex rökning) trots att de gjort andra förbättringar. Övervägande del, tio personer, motionerade mer än tidigare, varav åtta personer 3 - 5 gånger/vecka. Två personer var förhindrade att motionera pga fysiska skador och två var inte intresserade.

Fyra personer, lika många med kort som lång utbildning, tycktes ha varit oemottagliga för influenser för tillfället vilket har kategoriserats som "inga märkbara upplevda effekter". Man uppskattade vistelsen som sådan men tycktes avskärma sig och inte orka eller prioritera ett engagemang för att få till stånd någon förändring av hälsovanor i vardagssituationen. Ingen efterlyser mer stöd eller hjälp. Information om t ex hjärta och kärl, diabetes, riskfaktorer med mera värdesattes i ett fall medan de övriga inte var intresserade eller hade redan tillräckliga kunskaper. Man uppgav sig ändå försöka ändra vanorna något. Till exempel med korta promenader, simning, större inslag av grönsaker i maten eller med bättre frukostvanor.

Diskussion

I forskning om vård och hälsoförebyggande åtgärder efterfrågas alltmer både naturvetenskaplig förklaring och humanistisk förståelse (11). Hur effektivitet mäts beror till stor del på bakomliggande filosofi och ansats. I den självförstärkande modellen, som grundas på Freires filosofi om "self-empowerment" är syftet att förse individen med kunskaper för att kunna fatta egna väl genomtänkta beslut (12). Målet är att individen ska få kunskaper om hälsoeffekterna av vanor och beteenden för att därefter självständigt och kritiskt kunna fatta hälsorelaterade beslut. Värdefulla kunskaper är förmåga att respektera sig själv, kunskaper, övertygelser och förmåga att fatta medvetna beslut samt sociala färdigheter (8). Syftet med utbildningen på Vindelns Hälsocentrum är att förse individen med kunskaper om hur man genom att förändra levnadsvanorna kan förbättra sin hälsa. Detta i kombination med de metoder som användes för att nå syftet med tonvikt på frivillighet kan tolkas som självförstärkande.

Den intensiva perioden på Hälsocentrum gav enligt intervjugrupporna en stark affektiv effekt i den egna upplevelsen

Den intensiva perioden på Hälsocentrum gav enligt intervjugrupporna en stark affektiv effekt i den egna upplevelsen. man kunde inte undgå att bli varse om mätbara förändringar på sig själv eller andra deltagare. Freire menar att den egna upplevelsen tillsammans med kunskaper och färdigheter ger egna valda beteenden efter ett kritiskt ställningstagande vilket krävs för hållbara förändringar (13). Genom integration med människor i liknande situation och dialog med lärarna kunde deltagarna pröva sina föreställningar och finslipa kunskaperna. Genom att komma bort från vardagssituationen och få distans till den gavs deltagarna möjlighet att bättre kunna reflektera över sitt vardagliga hälsobeteende (14). Hälsoutbildningen har positivt påverkat flera, enligt Health Action Model, Health Belief Model och Theory of Reasoned Action, viktiga indikatorer för beteendet, då främst i folkskolegruppen.

Det sociala trycket att återta gamla vanor kan ha varit större bland män med kort utbildning eftersom de i större utsträckning har värdesatt uppföljningsveckan. Motion och hälsobefrämjande matvanor har varit mer avvikande i denna kategori (2,3) samtidigt som högre utbildning i regel medför ökad självständighet och ökat självförtroende. För att åstadkomma en hållbar trend mot ett hälsoinriktat beteende främst i grupper med låg utbildning behövs förmodligen förutom gruppinriktade program även samhällsinriktade insatser för stödjande miljöer och påverkan av det normativa systemet. Det tycks även finnas behov av att förtydliga tekniker för förebyggande av återfall och vidmakthållande i utbildningen. Fortsatt aktivt kamrattstöd mellan deltagarna i gruppen och/eller någon form av kontrakt mellan två deltagare skulle kunna stärka den egna individen.

I Diffusion of Innovation Theory, beräknas ca 16% av en population av olika anledningar sent eller aldrig anta ett nytt beteende (15). I intervjugruppen tycktes 4/37 (10,8%) inte vara emottagliga för influenser, även om de rapporterade vissa förändringar i vanorna. Alla var kraftigt överviktiga (BMI > 30). En person uppgav att han använde sprit nästan dagligen. En

trolig motivationssänkande faktor förutom begivenhet för droger kan vara individens bedömning av svårigheten att anta nya vanor (10). Svårigheten att ändra beteende och behovet av långsiktigt stöd ökar med ökad övervikt (16). Intervjuerna var i samtliga dessa fall korta (20 minuter) med fåordiga svar vilket även skulle kunna tyda på att något störde intervju-personerna.

Ser man bortfallet bland samtliga deltagare vid 1-årsuppföljningen som ett resultat av individuell prioritering skulle utbildningen vara mest tilltalande för något äldre, icke-rökare, överviktiga personer med kort respektive lång utbildning. En tidigare studie av bortfallsproblematiken den aktuella tiden vid Vindelns Hälso centrum omfattande alla kända förhållanden vid ankomsten kunde emellertid inte visa någon signifikant skillnad mellan dem som återkom och ursprungsgruppen (20).

Intervjupersonerna uppgav sig motionera mer och oftare än medelålders män gjorde i LIV-projektet där endast 1/3 uppgav sig vara aktiva regelbundet minst 2 gånger per vecka med snabb promenad eller liknande (2). Beskrivningarna bör läsas med beaktande av den metod som använts och att det finns risk för överskattning av önskade levnadsvanor. Andra metoder eller kombination av metoder som dagboksanteckningar och konditionstest skulle ha krävt betydligt mer resurser samtidigt som risken för bortfall hade ökat.

Det sammantagna utfallet i undersökningen antyder att *hälsoutbildningen i Vindeln i enlighet med hälsomålen bidrar till en utjämning av hälso-klyftorna*. Vad skulle kunna förklara framgången i detta avseende?

Den danske filosofen Sören Kirkegaard menar i dikten "Till eftertanke" att man för att kunna hjälpa en människa måste "finna henne där hon är". Förankringen i arbetarmiljö och västerbottnisk kultur samt könsfördelningen bland undervisande personal bör ha underlättat för dem att finna deltagande män från arbetarklass "där de är" (19). Detta tillsammans med lyhördhet och visad respekt mot deltagarna, samt frihet att inom vissa ramar forma verksamheten, som

Förhållningssättet innebär det befullmäktigande ("empowerment") av personal och patienter som idag förordas

i sin tur bidragit till ett stort engagemang och god laganda, kan ha gjort Vindeln-modellen särskilt lämplig för en grupp som ofta är svår att nå, medelålders män med kort utbildning. Inom forskning och vetenskap har den "tysta kunskapen", praktisk erfarenhet fått större erkännande som en värdefull kunskapskälla. Genom att låta människor med olika kunskaper mötas i en dialog, där vardagskunskap, yrkeskunskap och vetenskaplig kunskap bryts mot varandra, kan man erhålla något kvalitativt nytt, syntesen av den samlade kunskapen (17). Vindeln-modellen har fått utvecklas under liknande former. Förhållningssättet innebär även det befullmäktigande ("empowerment") av personal och patienter som idag förordas. En framtida utveckling av Vindeln-modellen kunde vara att använda IT för att stimulera patienternas egna kunskapssökande, t ex visa hur och var man kan finna tillförlitlig och intressant information via Internet. Det borde även finnas möjlighet att sprida sådan information till en viktig målgrupp med LO:s datorpaket.

REFERENSER

8. Tones K, Tilford S, Robinson Y (1991): Health education - Effectiveness and efficacy. London: Chapman & Hall.
9. Colquhoun D, Tones K, Turner B (1992): Health Education - Politics and Practice. Deakin University.
10. Rosenstock I M (1991): The Health Belief Model: Explaining Health Behavior through Expectancies I: Glanz K, Lewis F M, Rimmer B K (eds): Health Behavior and Health Education, Theory, Research and Practice, San Francisco Jossey-Bass Inc. Publishers.
13. Freire P (1975): Utbildning för befrielse. Stockholm: Gummessons
14. Molander B (1996): Kunskap i handling. Daidalos, Göteborg.

Fullständig referenslista kan fås genom författaren.