

Epidemiologi och folkhälsoarbete

— några erfarenheter från pågående utvärderingsprojekt i två skilda kulturer

Inger Brännström

Stig Wall

I artikeln belyses strategier och metoder för utvärdering av folkhälsoarbete utifrån tre olika perspektiv — ett medborgarperspektiv, ett socialepidemiologiskt perspektiv och ett aktörsperspektiv. Erfarenheter redovisas från två forskningsfält i två helt skilda kulturer, folkhälsoarbete i Norsjö i Västerbottens inland och i två seminomadiska byar i Somalia. Inledningsvis diskuteras premisser för att kunna inta dessa perspektiv — kunskapssynen inom epidemiologin samt det folkliga deltagandet, nyckeln till folkhälsoarbetet.

Inger Brännström är doktorand och Stig Wall professor vid Avdelningen för Epidemiologi och Hälso & Sjukvårdsforskning vid Umeå universitet.

Forskning om folkhälsa har människor och samhälle som utgångspunkt och arbetsplats. Epidemiologin är ett av dess viktigaste verktyg och perspektiv. Vi använder det för att studera *vad* som sker, *varför* och *hur* vi kan påverka det som sker. Karaktären av befolkningsvetenskap gör att vi sällan kan efterlikna laboratorieexperimentets premisser. Vi kan aldrig simulera den verklighet människor lever i men för att kunna betrakta verkligheten behöver vi teoretiska utgångspunkter och hypoteser. Begrepp och värderingar är hörnstenar i teoribildningen. Dessa måste vi klargöra — det är ju verkligheten som är komplex, inte teorierna. Att dra slutsatser från epidemiologiska studier kan inte göras slutgiltigt eller om enskilda individer. Vi kan aldrig räkna oss fram till validitet. Våra slutsatser grundar sig därför inte bara på kvantitativa

storheter utan också på kvalitativ kunskap och metodik. Forskning om folkhälsa är därför med nödvändighet tvärvetenskaplig. Epidemiologin har bla till uppgift att tydliggöra den ojämlika fördelningen av hälsoresurserna, geografiskt, socialt och kulturellt. Denna forskning är inte bara passivt observerande utan måste också aktivt föra ut resultaten i syfte att få dessa omsatta i politisk handling.

Det folkliga deltagandet kan ses som förutsättningen för folkhälsoforskning och som nyckeln till förbättringar i folkhälsan. Det är inte enbart ett passivt "informerat samtycke" "före" utan fastmer en strategi och process som börjar med att upptäcka, erkänna och handla på basis av hälsoproblem. Det folkliga deltagandet är därmed också en fråga om *makt* och där det sättes gränser för hälso- och sjukvårdens förmåga.

Samhällsutveckling och folkhälsa är relaterade. Hälsomått användes också ibland som sociala indikatorer på välfärd även om det inte är självklart för alla samhällssektorer att hälsa är ett övergripande mål. Under infektionssjukdomarnas era kunde, menar Tengvald (21) de sociologiska kunskaperna om samhällsfaktorernas betydelse rymmas inom det paradigm som då förklarade uppkomstmekanismerna eftersom de så tydligt sammanhänge med fattigdom

.....
Det folkliga deltagandet kan ses som förutsättningen för folkhälsoforskning och som nyckeln till förbättringar i folkhälsan.
.....

Det medicinska vetenskapssamhället ger mindre utrymme för den sociala miljön och för de kulturella skillnadernas betydelse för hälsans sociala skiktning.

och ohygieniska förhållanden. För de moderna folksjukdomarna däremot har de medicinska företrädarna svårare att finna de specifika faktorer i samhällets struktur som låter sig tolkas som biologiska mekanismer. Vi har därför fått en slagsida i de förebyggande programmen mot hälsoskadliga levnadsvanor som rökning, felaktig kost och bristande motion eftersom dessa lättare låter sig förstås och mätas i biologiska riskfaktorer som blodtryck och blodfetter. Det medicinska vetenskapssamhället ger mindre utrymme för den sociala miljön och för de kulturella skillnadernas betydelse för hälsans sociala skiktning.

Redan Hippokrates försökte avmystifiera sjukdomsorsaker från det övernaturliga och religiöst lagbundna till att vara produkter av miljön. Den hippokratiska medicinen följdes så av ett "gudomligt" sjukdomsbegrepp baserat på föreställningen att kunskap *emottogs* snarare än skapades och den medeltida medicinen sysslade förhållandevis lite med folkhälsa och kvantitativa observationer (13).

På 1800-talet betraktade man sjukdomsorsaker som antingen "miasmer" eller "kontagier" (22) och det antogs att infektionsämnena utvecklades i och ur den döda materien (luft, mark, vatten) som omger oss. Dessa skulle smitta utifrån, men inte mellan individer. Malaria ansågs länge spridas miasmatiskt genom att vi andades "dålig luft". Andra smittor däremot ansågs kontagiösa mellan individer, som tex vid syfilis. 1840-talets sociologiska skola i Tyskland under Rudolf Virchow sökte motverka de biologiska smittospridningsteorierna genom att i stället betrakta fattigdom och nöd som primära sjukdomsorsaker. Ett viktigt bidrag var Engels analys av den engelska arbetarklassens villkor. Virchow har ofta citerats för sin devis "Medicin är en social vetenskap och politik inget annat än medicin i stor skala". Miasmateorier stöddes länge i England bla av statistikern William Farr som visade att koleradödligheten i London på

1840-talet var omvänt relaterad till höjden över havet (22). Samtidigt gjorde John Snow sin systematiska kartläggning av kolerafallen och kunde, 30 år innan Koch lyckades isolera kolerabacillen, härleda sjukdomens orsaker till infekterat vatten, vilket också kunde bekräftas då den misstänkta Broad Street pumpen stängdes av, en historisk och symbolisk handling för folkhälsan (17).

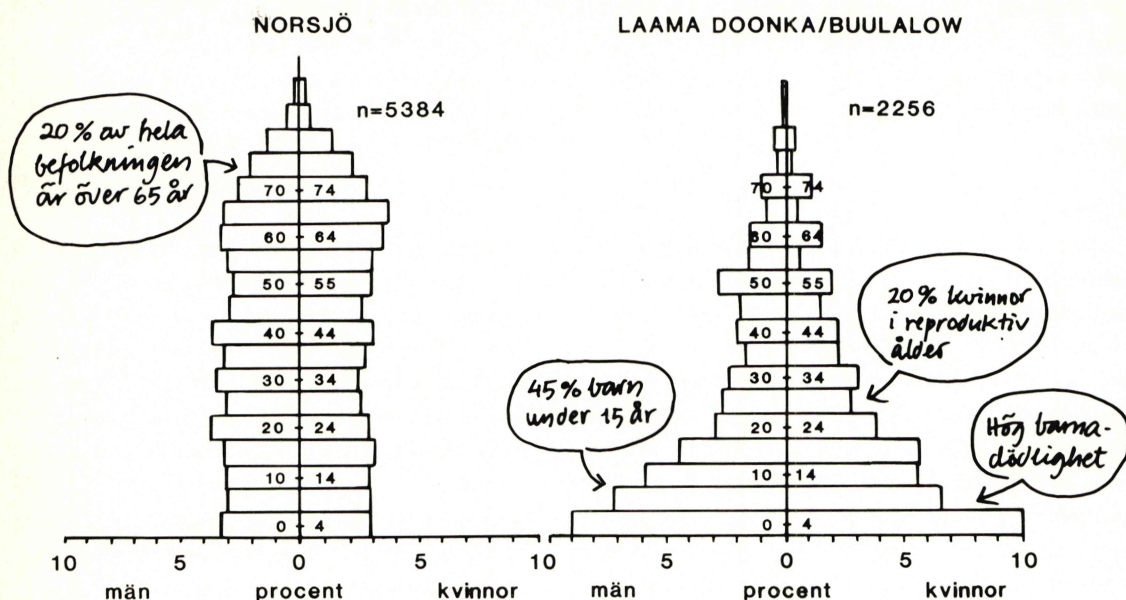
Den hegemoni som bakterieteorin skapade betydde att alla sjukdomar till en början fick den som förklaringsgrund och att man sökte efter den ansvariga organismen bakom alla sjukdomar med dittills ökandegenes. Mikrobiologin blev medicinens viktigaste disciplin och förebyggande av infektionssjukdomarna innebar folkhälsoarbetets "första epidemiologiska revolution".

1940-talets sociala medicin i England markerade slutet på den "andra epidemiologiska revolutionen" med dess kroniska sjukdomsmönster. Denna rörelse var en pånyttfödelse av den sociologiska skolan 100 år tidigare. Hittills hade man undvikit att diskutera politik och moralfrågor som deprivation och resursfördelning. Terris (22) menar att det var medvetenheten om de samhälleliga orsakerna och sociala problemen som skapade det intellektuella klimat som inte bara födde socialmedicinen utan också insikten om förebyggbarheten även av de kroniska sjukdomarna.

Två forskningsfält

Folkligt deltagande i hälsoarbete har blivit ett honnörsbegrepp i den hälsopolitiska debatten såväl i Sverige som internationellt (11, 12, 18, 19). Är folkligt deltagande i hälsoarbete en realistisk utgångspunkt eller enbart en from förhoppning i hälsopolitiska dokument? Det befolkningsinriktade förebyggande arbete mot hjärt- och kärlsjukdom och diabetes som sedan 1985 pågår i Norsjö kommun, Västerbotten, inom den sk Norsjösatsningen utgör utgångspunkt för det ena perspektivet (5, 6). Sedan 1982 pågår också ett forskningssamarbete kring epidemiologi för primärhälsovårdsutveckling mellan vår avdelning och Community Health Department vid medicinska fakulteten i Mogadishu, Somalia (1). Det är dessa två fält i två skilda kulturer som vi här vill ta som utgångspunkt för en diskussion kring utvärdering av preventiva processer.

Figur 1. Befolkningspyramiderna från Norsjö i norra Sverige och Laama doonka/Buulalow i Somalia.



Norsjö kommun är en liten kommun i Västerbottens inland. I Norsjö bor idag ca 5 400 personer. De två semi-nomadiska byarna Laama doonka och Buulalow ligger 40 km syd-väst om Mogadishu i Somalia mellan floderna Shabelle och Juba. I dessa två byar bor ca 2 200 personer. Befolkningspyramiden från Norsjö visar att här bor en stor andel äldre, tjugo procent över 65 år. I Laama doonka och Buulalow ser befolkningspyramiden annorlunda ut. Här är 45 procent av befolkningen under 15 år och 20 procent är kvinnor i reproduktiv ålder (figur 1).

Norsjö är en relativt homogen kommun och representativ för en liten kommun i norrlands inland. Människorna i Norsjö arbetar framför allt inom trä- och gruvindustri eller inom handel och i den offentliga sektorn. Hälso- och sjukvårdsservicen är väl utbyggd. Bybefolkningen i Laama doonka och Buulalow är husbehovsjordbrukare och försörjer sig framför allt på vad skördarna av tex majs, sorghum, bönor och sesam kan ge. En liten del av befolkningen lever ett nomadiserande liv under delar av året och relativt många har också boskap. Människorna bor i hyddor, med jordgolv och utan rinnande vatten, och få hushåll har latriner. Analfabetismen är hög, bland kvinnor 90 procent, hos männen något lägre. Koranskola

finns i vardera byn liksom hälsostation som bybefolkningen själva byggt.

Hälsoproblemen i Norsjö är relaterade till bl a den höga andelen äldre. Hjärt- och kärlsjukdom och diabetes är två stora hälsoproblem i Norsjö både i jämförelse med länet och landet som helhet (6). Mer än 60 procent av den totala dödligheten i Norsjö är relaterad till hjärt- och kärlsjukdom. Kolesterolnivåerna bland befolkningen i Norsjö är bland de högst uppmätta i världen. Hälsoproblemen i Laama doonka och Buulalow är framför allt relaterade till den höga andelen barn under 15 år samt till kvinnorna/mödrarna. Diarrésjukdomar och andra infektionssjukdomar, tuberkulos, felnäringsjukdomar är här vanliga. Kvinnorna har en stor arbetsbörda med tungt jordbruksarbete vid sidan av huvudansvaret för allt hushållsarbete (15).

För fem år sedan (1985) startades Norsjösjönsatsningen i syfte att förebygga hjärt- och kärlsjukdomar och diabetes (5). En lokal samarbetsgrupp leder det praktiska arbetet i huvudsak inom befintliga resursramar och organisationer. Ett brett folkhälsoarbete pågår där många är engagerade; skolor, vårdcentral, daghem, kommun, företagshälsovård, föreningsliv och enskilda. Bybefolkningen i Laama doonka/Buulalow

har varit aktivt med i planering och genomförande av tex vaccinationsprogram och andra hälsoaktiviteter. Otaliga både informella och formella kontakter och träffar har hållits med religiösa ledare, traditionellt läkekunniga samt bykommitté och kvinnogrupper i byarna.

Begreppen

Teorierna kring folkligt deltagande i hälsoarbete är komplexa och mångdimensionella. Först och främst har det folkliga deltagandet sina rötter i de religiösa och kulturella mönster som formar människors vardagsliv (25). För det andra har folkligt deltagande som politisk strategi för bättre hälsa misslyckats i många länder och gett människorna knappast mer än symboliskt deltagande. För det tredje har folkligt deltagande sina rötter i 1950- och 60-talens utvecklingsprogram framför allt inom landsbygdsutveckling i utvecklingsländerna. För det fjärde har folkligt deltagande som strategi och mål många beröringspunkter med de radikala rörelser som växte fram under 60-talet tex fredsrorelsen, kvinnorrorelsen och medborgarrättsrörelsen. Folkligt deltagande blev ett begrepp i hälsopolitiska program världen över efter den internationella konferensen i Alma-Ata 1978 (26), och finns nu manifesterat i WHO's målsättningsdokument "Health for All by the year 2000" (11) liksom i många nationella hälsopolitiska program.

Trots att folkligt deltagande i hälsoarbete har blivit något av ett internationellt honnörsord är dess innebörd bristfälligt definierad i litteraturen. Vad innebär begreppet "folkligt deltagande"? Innefattar det även möjligheter till inflytande? Vem deltar, i vad, när, hur och varför och vem står utanför och varför?

Dessa frågor påminner oss om att det nödvändigtvis inte är de människor som är i störst behov av hälsostöd som deltar mest aktivt. Folkligt deltagande i hälsoarbete, dess teori och praktik, för oss in på statsvetenskapens forskningsfält kring makt, påverkan och inflytandefrågor (8). Tänkvärt är dessutom att "whoever decides what the game is about also decides who gets in the game" (16).

Med folkligt deltagande i hälsoarbete menar vi; en social process i ett definierat geografiskt område där människorna möter hälsoproblemen genom deltagande i den lokala hälsopolitikens praktik och beslut.

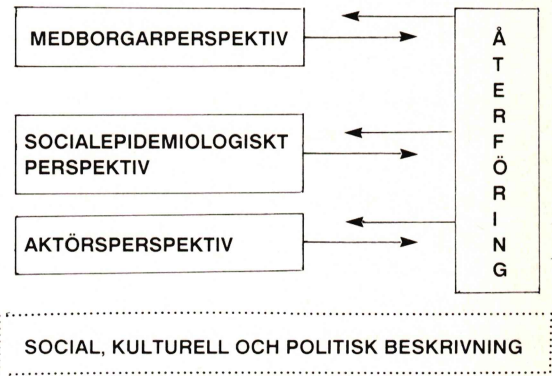
Forskningsstrategier

I traditionell utvärderingsforskning fokuseras intresset på studier före och efter ett program eller ett projekt. Den kritik som bla Altman (2) riktat mot denna "före och efter design" är bla att man på detta sätt inte får svar på frågor som: Vad var det som gjorde det här programmet till vad det blev?

Processutvärdering innebär att man på nära håll och under lång tid följer ett program. Under tiden görs fördjupningsstudier utifrån olika perspektiv där både kvantitativa och kvalitativa metoder kommer till användning (14). Ett tvärvetenskapligt angreppssätt rekommenderas. Vi har valt att för utvärdering av det folkliga deltagandet inom Norsjösatsningen och i utvärderingen av primärhälsovården i Laama doonka/Buulalow använda en processanalytisk forskningsansats, (figur 2). Modellen vi valt är generell till sin uppbyggnad men datainsamlingsmetoderna är naturligtvis anpassade till de lokala förutsättningar som råder i dessa två helt skilda miljöer, (figur 3).

Som ett första steg intar vi ett medborgarperspektiv. Genom befolkningsstudier får vi svar på frågor om vem som deltar i vad, hur, när och vilka som står utanför och varför? Är det de välutbildade och välmotiverade som främst deltar i det förebyggande arbetet? Vad säger de personer som befinner sig i svåra sociala situationer? De metoder som vi använder i Norsjö som underlag för detta medborgarperspektiv är postenkät och typfallsintervjuer. I Somalia görs fokus-

Figur 2. Processanalytisk modell för utvärdering av folkligt deltagande i hälsoprogram



Figur 3. Utvärderingsmetoder av förebyggande hälso-
program på lokal nivå

Norsjö		Lama doonka/ Buulalow	
- postenkät	BEFOLKNINGS- PERSPEKTIV	- focusgrupper	A
- typfalls- intervjuer		- grannskapssamtal	T
		- typfallsintervjuer	
- epidemiologiska metoder	SOCIAL- EPIDEMIOLOGISKT PERSPEKTIV	- epidemio- logiska metoder	E
			R
			F
- djupintervjuer	AKTÖRSPERSPEKTIV	- djupintervjuer	Ö
- innehållsanalys av massmedierna			R
			I
- deltagande observation	SOCIAL, KULTURELL OCH POLITISK BESKRIVNING	- deltagande observation	N
- personliga kontakter		- personliga kontakter	G
- dokument		- dokument	

gruppsdiskussioner, grannskapsdiskussioner och personliga intervjuer med bybefolkningen.

Det *social-epidemiologiska perspektivet* i Norsjö-satsningen kan vi följa genom analys av de årliga hälsoundersökningar av alla 30, 40, 50 och 60-åringar som genomförs vid Norsjö vårdcentral. Som referensmaterial används motsvarande studier som görs i norra Sverige inom den sk Monica-studien där Norrbotten och Västerbotten ingår (24). Syftet med det social-epidemiologiska perspektivet är att belysa Norsjö-satsningens fördelningspolitiska hälsoeffekter. I Somalia är frågan vilka hälsoförbättringar som vaccinationsprogram, utbildning och andra enkla hälsoinsatser kan uppnå.

Vilka roller har aktörerna inom det förebyggande arbetet? Vilka möjligheter och begränsningar ser dessa aktörer i sitt arbete med förebyggande aktiviteter? Vilka svårigheter och konflikter möter man? För att få svar på dessa, ibland svårfångade frågor, intar vi ett *aktörsperspektiv* med djupintervjuer av politiker, administratörer och medicinsk personal på olika nivåer, kommunnivå, direktionnivå, landstingsnivå och nationell nivå. I Norsjö genomförs dessutom en kvantitativ och kvalitativ innehållsanalys av massmediernas bevakning av Norsjö-satsningen under tre år. I Somalia görs på motsvarande sätt som i Norsjö personliga intervjuer med politiker och religiösa ledare, traditionella läkemän och hälsoarbetare.

För att förstå bakomliggande normer och strukturer som formar människornas vardagsliv och beteenden behöver vi en *beskrivning av det sociala, kulturella och politiska livet* i lokalsamhället. Utan denna beskrivning av det sociala landskap som råder i lokalsamhället är det svårt att på ett djupare sätt förstå och tolka övriga data.

Fördelen med en processanalytisk metodansats är att de olika delstudierna kan byggas in i processen och att erfarenheter och resultat successivt kan *återföras* till dem som i första hand berörs.

Norsjö-satsningen – analys av en process

Vi vill här belysa processen i Norsjö under dess första fyra år genom nedslag i några preliminära resultat och intryck. Dessa kommer vi att belysa utifrån de tre redovisade perspektiven, det *social-epidemiologiska*, *medborgarperspektivet* och *aktörsperspektivet*.

Det social-epidemiologiska perspektivet

Under senare år har det framförts att populationsstrategin för förebyggande arbete med inriktning på hjärt-kärlsjukdom är effektivare än högriskstrategin. "Det är bättre om många ändrar sig lite än om några få ändrar sig mycket" (27) är också Västerbottens-projektets devis. De förhoppningar som knyts till förebyggande program i allmänhet präglas dock ofta av otålighet och ibland av brist på teoretiska utgångspunkter.

En grundläggande premis i utvärderingen är antagandet att social skiktning i samhället har avgörande betydelse som sjukdomsorsaker. Social skiktning får också betydelse på konsekvenssidan genom att sjukdom får olika effekter för människor beroende på deras position i samhället och genom det sätt på vilket hälso- och sjukvården agerar för olika grupper av människor. Skulle även det förebyggande arbetets effekter vara socialt betingade är det uppenbart att en förstärkning av ojämlikheten kan bli följden och därmed hälsopolitiskt obekvämt.

Den sociala särbehandlingen ska inte tolkas som medvetet missgynnande av tex olika utbildnings- eller yrkesgrupper utan snarare som konsekvenser av strukturell särbehandling. Grupper, som finns i olika positioner i den sociala strukturen svarar på samhäl-

lets åtgärder på olika sätt, de har olika "kulturellt kapital" (4). Med det kulturella kapitalet följer bl a ett överlägset informationsläge, dvs möjligheter att hålla sig välinformerad om var vinsterna i det sociala spelet främst är att hämta. Sociala skikt med litet kulturellt kapital är ofta för sent ute och missbedömer därmed sina chanser i livet. Effekterna i form av segregation visar sig tex inom skolan, boendet, inom socialvården och på arbetsmarknaden trots att generella samhällsinsatser, som erbjuds alla, syftar till att främst förbättra betingelserna för utsatta grupper. "Lika" behandling kan sålunda återskapa och förstärka de ursprungliga sociala olikheterna genom att vissa skikt bättre förmår tillgodogöra sig samhällets erbjudanden. Detta har särskilt visat sig inom utbildningsområdet. Eftersom sjukdomsförebyggande program har överföring av kunskap och attityder som bärande idé finns här tydliga beröringspunkter.

Strukturella förhållanden förknippas ofta med ekonomiska och politiska villkor som boende, arbete och utbildning. Bachrach och Baratz (3) menar att studier av historisk bakgrund sociala myter och kulturella mönster, som formar människors deltagande resp icke-deltagande i samhällslivet, fördjupar vår kunskap om samhällsstrukturen och dess mekanismer. Söderfeldt (20) drar slutsatsen att en strukturell ansats inom ett materialistiskt perspektiv visar på större hälsoklyftor än inom ett kulturellt beteendevetenskapligt paradigm där mera observerbara sociala fenomen utgör studieobjekt. Beskrivnings- och orsaksperspektivet innebär här att vi vill relatera effektdata till det sociala landskap som Norsjö utgör.

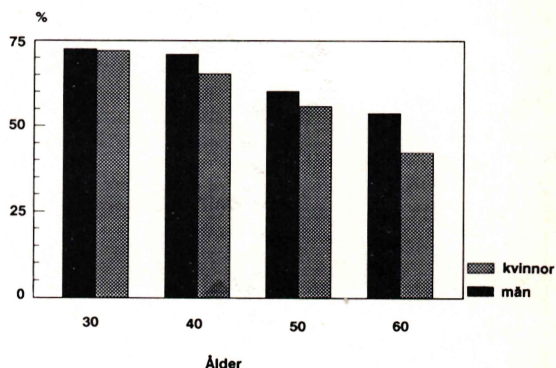
Den svenska Folkhälsorapporten (18) betonar att förebyggande insatser särskilt bör riktas mot och stödja utsatta grupper i samhället tex ensamboende, arbetslösa, invandrare och handikappade. Individ- och samhällsinriktat förebyggande arbete betonas i hälso- och sjukvårdslagen (12) och folkligt deltagande ses som en viktig strategi och process i hälsoarbetet.

Den epidemiologiska analysen av förändringsarbetets effekter i Norsjö erbjuder flera möjliga ansatser. De årliga hälsoundersökningarna utgör upprepade tvärsnitt av hela åldersklasser och belyser på så sätt kohort-effekterna över tid. En jämförelse med MONICA-materialen för Västerbottens län tjänar som referenspunkt. Genom att deltagarna i 1986 års hälso-

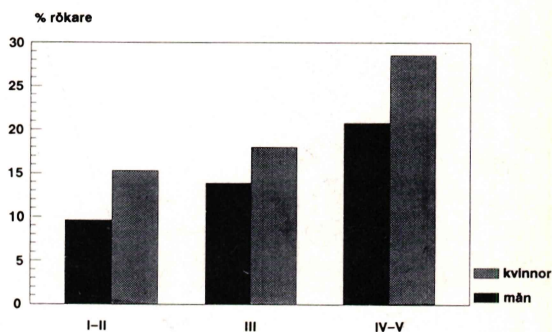
undersökning återundersökts två år senare har också en panelansats initierats.

En första beskrivning av resultaten från fyra års hälsoundersökningar av ca 1 000 Norsjöbor visar att även i detta till synes homogena lokalsamhälle är hälsan ojämnt fördelad. Så tex upplever färre kvinnor än män ett "gott" hälsotillstånd, (figur 4). Ensamstående anser sig också må sämre än jämnåriga, de röker mer och har högre blodfetts- och blodtrycksvärden än gifta och sammanboende. En jämförelse mellan olika sociala klasser ger mindre skillnader vad gäller den upplevda hälsan. Däremot är tex rökvanor tydligt klassrelaterade, (figur 5).

Figur 4. Upplevd god hälsa bland män och kvinnor i olika åldrar i Norsjö kommun



Figur 5. Regelbunden rökning och socialgrupp i Norsjö kommun

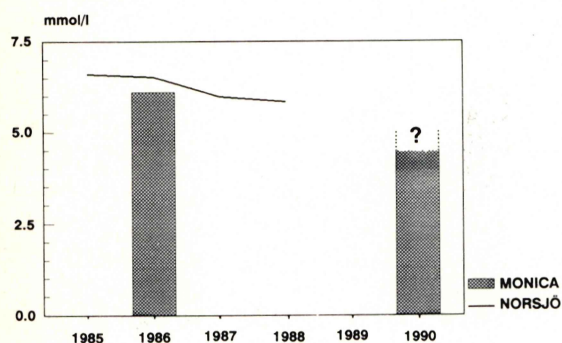


SOCIALKLASS

- I Större företagare, anställda företagsledare, högsta chefstjänstemän
- II Ensamföretagare, jordbrukare, lägre tjänstemän
- III Facklärd arbetare
- IV Ej facklärd arbetare
- V Övriga

Utvecklingen under projektets första 4 år rymmer både positiva och negativa tendenser. De vid projektets start höga blodfettsvärdena har sänkts (figur 6). Detta gäller inom alla sociala skikt. Däremot tycks vad gäller rökvanorna en positiv förändring ännu så länge bara ha skett i högre socialklasser. Det bör därför vara en högsta prioritet och utmaning för folkhälsoarbetet att, utan moralisk stämpling av utsatta grupper, minska dessa klyftor. Förmågan att mobilisera ett fortsatt folkligt deltagande och samverkan mellan sektorer blir här avgörande för vilka avtryck Norsjö som provyta ger till omvärlden.

Figur 6. Utveckling av kolesterolmedelvärdet i Norsjö 1985–88 jämfört med Monica-studien i AC län 1986



Medborgarperspektivet

Medborgarperspektivet innebär att vi söker svar på frågor om vem som deltar i vad, hur, när och vilka som står utanför och varför. Innefattar deltagandet även möjligheter till inflytande? Intervjuer, enkäter och medicinska uppföljningar har riktats till ett urval (44 personer) från 1985 års hälsoundersökningsgrupp i Norsjö. Intervjuerna gjordes dels 1986 med en uppföljning våren 1989. En enkätstudie av samtliga Norsjöbor genomförs dessutom efter fem års interventionsarbete under 1990.

Här ska vi helt kort beröra en enda frågeställning från intervjustudien, nämligen vilka hälsoproblem som de som deltagit i hälsoundersökningen upplever som stora och allvarliga. Hjärt- och kärlsjukdom upplevs av de tillfrågade som ett stort och allvarligt hälsoproblem i kommunen även om det också framskymtar att andra orsaker än de kända riskfaktorerna

tros ligga bakom den höga sjukligheten och dödligheten i hjärt- och kärlsjukdom. "Ja men det är ju hjärt- och kärlsjukdomar, det är ju så hemskt med dom. Jag har grubblat på om det är vattnet. Det är ju många som har det" (Kvinna, 60 år). Inte minst framhåller flera av de intervjuade att man upplever miljöföroringarna som ett hot mot hälsan. "Miljön jag vet inte hur han är, alltså vatten, föroreningar och sådant där. Hjärt- och kärl håller dom ju på att forska i och visst har det blivit en minskning i Norsjö...? Ja, jag vet inte, förra gången sa jag att det finns många i Norsjö som har värk." (Kvinna, 50 år). Förslitningsskador och ryggproblem nämns också som allvarliga hälsoproblem bland norsjöborna, men samtidigt konstaterar man att "ryggen kanske jag inte tvärdör av men de där grejerna är ju mer akuta saker" (Man, 40 år).

Aktörsperspektivet

Den första aktörsstudien är en intervjustudie med 53 aktörer, ledande politiker, chefsadministratörer och medicinsk personal på olika nivåer från kommunal till nationell nivå. Djupintervjuerna har bandats och omfattar ca 1,5 timme per person. Här berör vi en enda frågeställning från intervjuerna nämligen den om aktörernas syn på Socialstyrelsens Folkhälsorapport och slutsatsen att hälsan i Sverige visserligen har blivit bättre men samtidigt mera socialt ojämlik.

Medvetenheten om att klassklyftorna har betydelse för folkhälsan framhålls inte minst från medicinsk personal på lokal nivå i Norsjö. "Det är ju så att det kommer ju alltid att vara en klick som har ett försprång. Och har man ett försprång då har man ju alla möjligheter att ta åt sig nya rön. När en fara hotar då kan man ju välja men är man i skiten så att säga då har man ju inga möjligheter att välja" (Kvinna, lokal nivå). De medicinska cheferna på distrikts- och länsnivå säger sig vara mera tveksamma till den sociala skiktningens betydelse för folkhälsan. "Jag har ju hört det här förut men jag kan väl säga att jag har utifrån min vardagliga yrkesaktivitet knappast något underlag att yttra mig om det" (Man, distrikts nivå). Några chefer på högre nivå avvisar direkt klassklyftornas betydelse i det här sammanhanget. "Det är två ord som jag inte gillar riktigt. Det första är klass. Det kan vi ju definitivt plocka bort, det hör inte hemma egent-

ligen i det samhälle som vi lever idag" (Man, länsnivå).

Den andra aktörsstudien är en innehållsanalys av dagspressens spegling av Norsjösatsningen såsom den presenterats i dagstidningarna. Calltorp (9) har i en nyligen framlagd avhandling om den svenska hälso- och sjukvårdens organisation visat att politiker, administratörer och medicinsk personal är väl medvetna om massmediernas betydelse i opinionsbildningsprocessen. Däremot vet vi betydligt mindre om vilka effekter som uppnås hos publiken (10). Svårigheterna är särskilt stora när det gäller att mäta långsiktiga programeffekter.

Vi tror att studier av massmediernas roll som förmedlare av tex hälsoinformation ger utmärkta möjligheter till en fördjupad kunskap kring hälsopolitikens offentliga ansikte. Massmedierna med sin spegling av hälsoarbetet lyfter fram händelsen på dagordningen och gör det därmed synligt för befolkningen.

Vår dagstidningsstudie "Medierna, makten och hälsan – ett lokalt hälsoarbete i svensk dagspress" (7) har genomförts som en sändarstudie där samtliga svenska dagstidningarnas bevakning av Norsjösatsningen under dess tre första år ingår. Eftersom det folkliga deltagandet inom Norsjösatsningen har ansetts viktigt, har vi också i analysarbetet fokuserat detta problemområde. Den bärande frågan är om tidningarna underlättar eller försvårar ett sådant deltagande? En kompletterande studie av televisionens och radions utbud och bevakning av Norsjösatsningen genomförs för närvarande.

Under Norsjösatsningens tre första år har totalt 257 artiklar publicerats i svenska dagstidningar, varav 196 återfinns i de fyra västerbottniska dagstidningarna. Tidningen Norra Västerbotten som är den största lokala dagstidningen i Norsjö svarar ensam för mer än hälften av de länsproducerade artiklarna. Spridningen till övriga dagstidningar i landet kommer framför allt under det andra studerade året.

Sammanfattningsvis kan sägas att det synliga, det som speglas i pressmaterialet, är maten, medicinen, myndigheterna, männen och medelåldern. Det osynliga, eller det som har liten plats i artikelutbudet, är allmänhetens företrädare särskilt kvinnorna, barnen och de äldre. Alkoholfrågor, rökning och motionsfrågor upptar också jämförelsevis litet utrymme liksom

.....
Vid utvärderingen av folkhälsoarbetet i både Norsjö och Somalia har vi funnit att epidemiologiska data är omöjliga att förstå och tolka utan kulturkompetens och kännedom om det sociala landskapet.
.....

.....
samhällsfrågor i stort t ex miljöfrågor, arbetslöshet, stress och psyko-sociala frågor.

De budskap som förmedlas i dagstidningarna från Norsjösatsningen speglar den vårdideologiska konflikt som ligger i det förebyggande arbetets inriktning och form. Materialet förstärker i viss utsträckning en medikaliserad syn på hälsa och hälsoarbete samtidigt som positiva förebilder ges i form av personporträtt. Detta kan tolkas på minst två sätt. Dagspressen kan ses som en värdefull och aktiv aktör på den hälsopolitiska scenen men kan också ge intrycket av att hälsofrågorna inte tillhör de röstsvaga grupperna eller de som har misslyckats i sina försök att ändra sina levnadsvanor. Tolkningen beror på vilka perspektiv man intar.

Avslutning

Vid utvärderingen av folkhälsoarbetet i både Norsjö och Somalia har vi funnit att epidemiologiska data är omöjliga att förstå och tolka utan kulturkompetens och kännedom om det sociala landskapet. Det har också format valen av utvärderingsstrategier som vi här har försökt illustrera. Hellre än att söka under gatlyktan har vi valt att ge oss ut på en vidare promenad och besökt strategiska ställen.

Epidemiologins frågor om *vem?*, *var?*, *när?*, *varför?* och *hur?* följs alltför sällan upp med den än mer berättigade frågan *än sen?* Det är kanske inte bara putslustigt att en rubrik i ett av de senaste numren av World Health (23) ställer frågan: "Tell me. Doctor, is epidemiology dangerous?" I fallet Semmelweis, säger artikelförfattaren, var risken mycket påtaglig. Exponerad för sina kollegers fientlighet och som inte kunde förlåta honom för att han insisterade på att de skulle tvätta händerna innan de undersökte förlösa- de kvinnor, dog han i misär och galen 1865.

Epidemiologi är varken harmlös, oskyldig eller

utan risker. Att tex ställa diagnosen "HIV-positiv" innebär inte bara krav på absolut säkerhet utan också på ett etiskt förhållningssätt till de människor som frivilligt deltar och ger ifrån sig avtryck av sina liv i form av blodprover, siffror och svar på intervjuer. Vid rapportering av resultaten är det inte bara de vetenskapliga forä som ska få sitt. Vi har också en skyldighet att återföra informationen till uppgiftslämnarna. Att som forskare komma tillbaka till en afrikansk by och meddela att en stor andel av befolkningen bär på HIV-viruset är naturligtvis inte fritt från ångest och frustrationer men att inte ställa de epidemiologiska frågorna är också ett ställningstagande.

REFERENSER

1. Aden, A S, Bergström, B, Brännström, I, Dini, J M, Ibrahim, M M, Omar, H M, Omar, M M, Persson, L Å, Qayad, M G, Wall, S: Epidemiology in the planning for primary health care: Points of departure for a transcultural research collaboration (manuscript).
2. Altman, D G: A framework for evaluating community based heart disease prevention programs. *Soc Sci Med*, 1986; 22:479–87.
3. Bachrach, P, Baratz, M S: Power and poverty: Theory and Practice. London: Oxford university press, 1970.
4. Bourdieu, P: Distinction. A social Critique of the Judgement of Taste. London: Routledge and Kegan Paul, 1984.
5. Brännström, I: Folkhälsoarbete i Norsjö kommun – Befolkningsinriktat förebyggande arbete mot hjärt- och kärlsjukdom och diabetes i Västerbotten. (Spri tryck 142) Stockholm: Spri, 1987.
6. Brännström, I, Rosén, M, Wall, S, Weinehall, L: Local health planning and intervention- the case of a Swedish municipality. *Scand J Prim Health Care* 1988; Suppl 1:57–64.
7. Brännström, I, Lindblad, I B, Johansson, M: Medierna, makten och hälsan – ett lokalt hälsoarbete i svensk dagspress. Avd för Epidemiologi och hälso & sjukvårdsforskning, Umeå universitet, 1989. (Forskningsrapport nr 43)
8. Brännström, I: Folkligt deltagande inom epidemiologi och hälsopolitik. *Socialmedicinsk Tidskrift*, 1988; 5–6: 250–55.
9. Calltorp, J: Prioritering och beslutsprocess i sjukvårdsfrågor. Några drag i de senaste decenniernas svenska hälsopolitik. Uppsala: Uppsala universitet, 1989. Akademisk avhandling.
10. Flay, R F: Mass Media and Smoking Cessation: A Critical Review. *Am J Public Health*, 1987; 77:153–60.
11. Global strategy for health for all by the year 2000. Geneva: World Health Organization, 1981. (Health for all series; 3)
12. Hälso- och sjukvårdslag. Regeringens proposition, 1981/82.
13. Janes, C R, Stall, R, Gifford, S M (eds): Anthropology and epidemiology. Dordrecht: D Riedel Publ Co, 1986.
14. Patton, M Q: Qualitative evaluation methods. Beverly Hills: Sage publ, 1980.
15. Persson, L Å, Bergström, B, Wall, S: Primärvårdsepidemiologi – forskningssamarbete för hälsoplanering i två somaliska byar. *Socialmedicinsk tidskrift*, 1988; 56:215–21.
16. Schattschneider, E E: The Semi-Sovereign people. A realist's view of democracy in America. New York: Holt, Rinehart and Winston, 1960 s 105.
17. Snow, J: Snow on cholera. New York: Hafner, 1965.
18. Socialstyrelsen. Folkhälsorapport. Stockholm: Socialstyrelsen, 1987. (Socialstyrelsen redovisar 1987:15).
19. SOU. Att förebygga hjärt- och kärlsjukdom – ett hälsopolitiskt handlingsprogram. Underlagsstudie. 1984:43.
20. Söderfeldt, B: Inequality in health. A comparative methodological analysis of a new way to measure social classes. Stockholm: Karolinska institutet, 1988. Akademisk avhandling.
21. Tengvald, K: Samhället och folkhälsan. I: Himmelstrand U, Svensson G, Red. Sverige – vardag och struktur. Sociologer beskriver det svenska samhället. Stockholm: Norstedts förlag, 1988:669–96.
22. Terris, M: The changing relationships of epidemiology and society: The Robert Cruishank Lecture. *J Public Health*, 1985:14–36.
23. Thuriaux, M C: Tell me, doctor, is epidemiology dangerous? *World Health*, 1989; 6:4–5.
24. Tuomilehto, J, Kuulasmaa, K, Torppa, J: WHO Monica project: Geographic variation in mortality from cardiovascular diseases. Baseline data on selected population characteristics and cardiovascular mortality. *World Health Statist Quart*. 1987; 40:171–84.
25. Ugalde, A: Ideological dimensions of community participation in Latin American health programs. *Soc Sci Med*; 21:1985:41–53
26. World Health Organization, WHO. Declaration of Alma-Ata (Report on the International Conference on Primary Health Care, Alma-Ata. U.S.S.R. Sept 6–12). Geneva: WHO, 1978.
27. Västerbottens läns landsting. Anteckningar angående planering av "Västerbottensprojektet 1985–1994 – en länsaktion för att förebygga hjärt- och kärlsjukdom och diabetes" 1984-12-17 (Opublicerade anteckningar, 1984).