

Den här rapporten innehåller en utvärdering och dokumentation av fyra Hälsocenter i Västmanland som drivs i Lands-
tingets regi. På Hälsocenter coachar hälsovägledare personer som önskar hjälp med att förändra sina levnadsvanor för att må bättre.

UTVÄRDERING OCH DOKUMENTATION AV FYRA HÄLSOCENTER I VÄSTMANLAND

BENGT STARRIN är professor emeritus och krönikör. Han har givet ut ett 30-tal böcker inom det samhälls- och folkhälsovetenskapliga området

LENA STEFFNER STARRIN är fysioterapeut och har tillsammans med Bengt Starrin skrivit boken Sverige Dansar

Bengt Starrin

Lena Steffner Starrin

Innehållsförteckning

Förord 7

1. Fyra Hälsocenter 9

Utsatta grupper i fokus 10

Vårt uppdrag 10

Rapportens disposition 11

2. Utvärderingens genomförande 13

Primärdata 13

Uppföljningsenkät 13

Urval och datainsamling 13

Innehållet i uppföljningsenkäten 14

Deltagande i gruppaktiviteter 15

Fokusgruppintervjuer med personal 15

Hälsocenter i media 15

Intervjuer med deltagare 16

Sekundärdata 16

Det länkade materialet 16

Bortfall och representativitet i länkade data 17

Statistisk bearbetning 21

3. Lösningssfokus – metod och förhållningssätt 23

Problemfokuserat och lösningssfokuserat

förhållningssätt – några skillnader 24

Respekt och värdighet 26

Lösningssfokus och empowerment 27

Lösningssfokus och evidensbaserad praktik 29

4. Deltagarnas sociala bakgrund och aktiviteter 33

Foto: Bengt Starrin sid 81, 82, 91, 99, 103

Citatbilder från Vestmanlands Läns Tidning sid 108, 109, 110, 111

Kontakten med Hälsocenter	34
Aktiviteter på Hälsocenter	36
5. Hälsa, välbefinnande och förändrade levnadsvanor	39
Förändringar från inskrivning till uppföljning	39
Sociala bakgrundsfaktorer och hälsa	41
Fördjupad analys	43
Förändringar i hälsa och välbefinnande vid uppföljning	46
Betydelsen av hälsosamtal	48
Hälsosamtal med egna ord	49
Levnadsvanor	51
Fysisk aktivitet och kostvanor vid inskrivning, utskrivning och uppföljning	51
Förändringar i kostvanor vid uppföljning	54
Förändringar i rök-, snus- alkohol- och motionsvanor vid uppföljning	55
Stress och sömn vid inskrivning, utskrivning och uppföljning	56
Förändringar i hälsorelaterade beteenden	58
Betydelsen av Hälsocenter	60
Hälsocenter med egna ord	61
Hälsans ojämlika fördelning	63
Jämlikare samhällen är mer hälsosamma	64
Utmaningar	65
Socio-ekonomiska förhållanden och hälsa	66
6. Fokus på vikt- och mindfulnessgrupper	69
Deltagandet i viktgrupper	69
Inramningen	69
Viktgrupp 1. Vad har gått bra sedan sist?	70
Viktgrupp 2. Varierande förväntningar	72

Vad känns viktigt just nu?	74
Vad har gått bra?	75
Kika på vanorna	77
Träningspass och fokusgrupp	78
Sista träffen	79
Viktgrupp för män	81
Återträff	84
Viktminskning i siffror	85
Viktminskning och hälsa	86
Mindfulnessgruppen – behaglig inramning	88
Kunna säga nej	88
Russinövning och kroppsskanning	90
Sittande meditation	90
Gjort förändringar i sina liv	92
Vilken betydelse har deltagandet haft?	95
Avhoppare i vikt- och mindfulnessgrupperna	96
7. Samtal med personalen	99
Välutbildad personal	100
Inga journaler	100
Vilka söker sig till Hälsocenter?	100
Inskriven i sex månader	101
8. Hälsocenter i media	105
Hälsocenterverksamheten debatteras	105
Reportage	108
Information och hälsoupplysning	109
Bilderna av Hälsocenter i media	112
Hälsocenter på Facebook	113
9. Samtal med deltagare	115
Såg en annons	116

	Jag känner mig respekterad	117
	Jag har lärt mig sätta ned foten	119
	På väg framåt	119
10.	Sammanfattning och diskussion	121
	Sammanfattning	121
	Utvärderingens frågor	121
	Bättra hälsa	122
	Förändrade levnadsvanor	122
	Socio-ekonomiskt utsatta grupper	123
	Kontakten med människohjälpan-	
	organisationer	123
	Information om Hälsocenter	124
	Hälsocenter i media	124
	Metodologiska begränsningar	124
	Diskussion	125
	Utsatthetens stress	126
	Om socialt erkännande, respekt och den	
	lösningfokuserade metoden	128
	Att utjämna hälsoskillnader	129
	Utvecklingsmöjligheter – några förslag	132
11.	Notförteckning	135
12.	Litteraturförteckning	141
	Vetenskaplig litteratur	141
	Artiklar/inslag om Hälsocenter i dagspress,	
	radio och TV	144
13.	Författar- och sakregister	145

Förord

Vi fick en förfrågan från Kompetenscentrum för hälsa om att utvärdera och dokumentera verksamheten vid Hälsocenter Västmanland. Uppdraget verkade intressant och spännande så vi tog oss an uppgiften.

Det är många som vi vill tacka:

Ett stort tack till Mats Hellstrand, Sevek Engström, Sussan Öster och Anu Molarius på Kompetenscentrum för hälsa och Kristina Bucht, Hälsocentrum, för uppbackning och värdefulla synpunkter under arbetets gång.

Till Josefin Näs, Anna Meissner och Robert Broström vill vi rikta ett stort tack för att ni lät oss delta som observatörer i era gruppaktiviteter. Josefin och Robert har också kommit med värdefulla kommentarer på ett rapportutkast. Det har även Marie Gustafsson, Pernilla Skoog, Annika Rydelius Jansson och Emelie Löf gjort. Ett stort tack till er alla.

Personalen på de fyra Hälsocentren har i fokusgrupper bidragit med sina erfarenheter – ett stort tack.

Vi vill också på det varmaste tacka deltagarna i mindfulness- och viktgrupperna för att ni så generöst delat med er av era upplevelser.

Karlstad den 7 februari 2016

Bengt Starrin och Lena Steffner Starrin

1. Fyra Hälsocenter

Det finns fyra Hälsocenter i Västmanland som drivs i Landstingets regi. De är Hälsocentren i Fagersta, Köping, Sala och Västerås. Hälsocenter är landstingets resurs för att vägleda och motivera individer och grupper till livsstilsförändringar.

Hälsocenter satsar på samverkan med Arbetsförmedlingen, Försäkringskassan, socialtjänsten och kommunerna men också givetvis med hälso- och sjukvården för att nå socio-ekonomiskt utsatta grupper i Västmanlands län. Det krävs ingen remiss för att komma till Hälsocenter.

På Hälsocenter vägleder, coachar och stöttar man personer som önskar hjälp med att göra förändringar i sin livsstil för att må bättre och det kostar ingenting. Om man behöver hjälp att sluta röka är det dock den vanliga patientavgiften som gäller.

Det är inte meningen att man ska vara på Hälsocenter någon längre tid, utan det är tänkt att personer ska få hjälp att komma igång, bli motiverade och på sikt hitta lösningarna själva.

Det erbjuds aktiviteter av olika slag på Hälsocenter. Man arbetar kring ämnena kost, motion, sömn, stresshantering samt tobak. Exempel på aktiviteter är hälsosamtal, föreläsningar och gruppaktiviteter inom bland annat stresshantering, vikt, träning och mindfulness.

Verksamheten bygger huvudsakligen på den lösningsfokuserade metoden (Lösningsfokus) och som alla är utbildade i. Flera i personalen är även utbildade i motiverande samtal (MI) och mindfulness.

Personalen på de fyra Hälsocentren, som endera har titeln hälsovägledare eller beteendevetare, har akademisk examen

med inriktning mot hälsopedagogik, beteendevetenskap eller hälsovetenskap.

Hälsocenter startade som ett pilotprojekt i september 2007 på Bergslagssjukhuset i Fagersta och följdes av ett annat pilotprojekt i Västerås året därpå. Dessa båda blev permanenta verksamheter 2012.

Ett år senare – 2013 – tillkom Hälsocenter i Sala och Köping. Vid den här tiden skrevs det flera artiklar i ortspressen om Hälsocentrens etablering som en del i satsningen på förebyggande hälsoarbete (i kapitel 8 tar vi upp detta).

Utsatta grupper i fokus

Hälsocentren är öppna för alla över 16 år. Man vänder till personer med behov av och motivation till levnadsvaneförändring. Särskilt vill man uppmärksamma socio-ekonomiskt utsatta grupper som arbetslösa och långtidssjukskrivna och framförallt då unga vuxna över 16 år.

Till Hälsocenter kan man komma på eget initiativ eller bli hänvisad från till exempel sjukvården, Arbetsförmedlingen, Försäkringskassan eller socialtjänsten.

Hälsocenter samarbetar med handläggare från Arbetsförmedling, Försäkringskassa, kommunernas socialtjänst och arbetsmarknadsenheter. Detta sker ofta inom ramen för samordningsförbundens samordnade arbetslivsinriktade rehabiliteringsinsatser till exempel genom samarbete med länets samordningsteam.

Vårt uppdrag

Av och till har frågan kommit upp om att verksamheten vid Hälsocenter bör utvärderas. Visserligen har den löpande följts upp, bland annat genom uppgifter som samlas in vid

inskrivning och vid utskrivning. När deltagarna skrivs in besvarar de ett formulär som också besvaras när de skrivs ut och då längst efter sex månader. Dessa har varit viktiga och ger värdefull kunskap om verksamheten. Men bedömningen var att de fortlöpande uppföljningarna behövde kompletteras med extern utvärdering och ”lotten” föll på oss att ta oss an en sådan.

Den övergripande frågan för vår utvärdering är: Fungerar verksamheten vid Hälsocenter som det är tänkt? Den mynnar i sin tur ut i tre centrala frågeställningar:

1. Bidrar Hälsocenter till att förbättra hälsa och välbefinnande?
2. Bidrar Hälsocenter till förändrade levnadsvanor?
3. När Hälsocenter socio-ekonomiskt utsatta grupper med sin verksamhet och bidrar verksamheten till att minska ojämlikheten i hälsa i befolkningen?

Utöver dessa tre centrala frågor är vi intresserade av mediabilden av Hälsocenter därför att studier har visat att medias bild av en verksamhet påverkar både yrkesrollen och allmänhetens attityd.¹

Rapportens disposition

Vi har i vår utvärdering ”triangulerat” vilket innebär att vi hållit ögon och öron öppna inför möjliga sätt att samla fakta om Hälsocentren. Det redogör vi för i *kapitel 2* och i det berättar vi om hur vi tagit oss an uppdraget.

För personalen på Hälsocentren är det så kallade lösningsfokuserade förhållningssättet centralt. Och vad det handlar om skriver vi om i *kapitel 3*.

I utvärderingen ingår en uppföljningsenkät till personer som deltagit i Hälsocenters verksamhet. Deras bakgrund och de aktiviteter som de deltagit tar vi upp i *kapitel 4*.

Kapitel 5 handlar om hälsa, välbefinnande och levnadsvanor hos deltagarna. Vi ställer frågan: Har hälsan blivit bättre? Har man förändrat sina levnadsvanor?

För att få kunskap om hur lösningsfokuserat arbete går till i praktiken har vi deltagit som observatörer i vikt- och mindfulnessgrupper. Vi har antecknat, samtalat och intervjuat. Om det skriver vi i *kapitel 6*.

I *kapitel 7* vänder vi oss till personalen som får berätta om sitt arbete.

Och i *kapitel 8* är det bilden av Hälsocentren i media som vi är intresserade av. Vad skriver man om?

I *kapitel 9* fördjupar vi oss i några av deltagarna i verksamheten vid Hälsocenter och som berättar om varför de vänt sig till Hälsocenter och vad det betytt för dem.

Slutligen, i *kapitel 10*, sammanfattar vi och diskuterar resultaten.

2. Utvärderingens genomförande

Vid utvärderingen och dokumentationen av hälsocenterverksamheten i Västmanland har vi använt oss av dels primärdata; data som vi själva samlat in och dels sekundärdata; data som redan insamlats inom ramen för årliga utvärderingar av verksamheten vid de fyra centren.

Vi har använt oss av flera metoder och datakällor som i litteraturen benämns triangulering och som anses ha en rad förtjänster.

Triangulering breddar, fördjupar och förtydligar analysen, gör den mer komplett, mer begriplig och ger möjlighet att blanda abstrakta framställningar med illustrativa.²

Primärdata

Primärdata består av en uppföljningsenkät, observationer av gruppaktiviteter, fokusgruppintervjuer, personliga intervjuer och dokumentation av vad media skrivit om verksamheten vid de fyra Hälsocentren.

Uppföljningsenkät

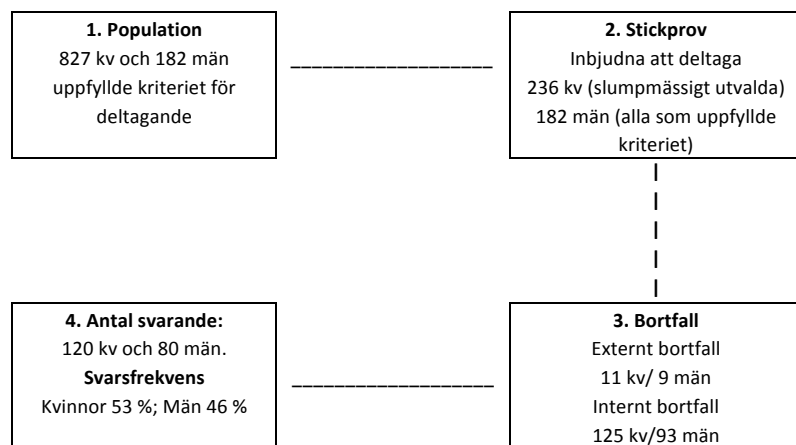
Urval och datainsamling

I slutet av april 2016 skickades en enkät ut till en grupp kvinnor och män som deltagit i verksamheten vid Hälsocenter under perioden januari 2014 till och med juni 2015. De har besvarat en inskrivningsenkät samt deltagit i minst två aktiviteter och/eller ett hälsosamtal och minst en så kallad ”prova-på” aktivitet.

Åttahundratjugosju (827) kvinnor uppfyllde kriterierna ovan. Ett slumpmässigt urval av 236 kvinnor gjordes. Av dessa var det 11 som inte kunde nås på angiven adress.

Återstod 225 personer. Av dessa besvarades enkäten av 120, vilket innebar en svarsfrekvens på 53 procent.

Av männen var det 182 som uppfyllde kriterierna och alla dessa inbjöds att delta i undersökningen. Nio av männen gick inte att nå vilket resulterade i en population på 173 personer. Åttio män besvarade enkäten vilket gav en svarsfrekvens på 46 procent (se figur 1).



Figur 1. Uppföljningsenkätens genomförande, population, stickprov, bortfall, antal svarande och svarsfrekvens.

Innehållet i uppföljningsenkäten

Förutom frågor om deltagarnas sociala bakgrund innehöll enkäten frågor om hälsa, välbefinnande och levnadsvanor. Flera av frågorna handlade om hur saker och ting var nu för tiden, till exempel hur hälsan och levnadsvanorna var och dels om man bedömde att det skett några förändringar sedan man började på Hälsocenter.

För att möjliggöra jämförelser innehöll uppföljningsenkäten en rad frågor som ställdes vid inskrivnings- och utskrivningstillfället. Genom att länka enskilda individers svar till varandra vid de tre tillfällena – inskrivning, utskrivning och uppföljning ges möjlighet att göra jämförelser på såväl individnivå som gruppnivå.

Uppföljningsenkäten innehöll även några öppna frågor där deltagarna med egna ord berättade om sina erfarenheter och hade möjlighet att uttrycka sin åsikt.

Resultaten från uppföljningsenkäten presenteras i kapitel 4 och 5.

Deltagande i gruppaktiviteter

För att få en fördjupad bild av vad man gör och hur man arbetar lösningsfokuserat på Hälsocenter har vi deltagit som observatörer i tre viktgrupper och i en mindfulnessgrupp. Vad vi sett och hört redovisas i kapitel 6.

Fokusgruppintervjuer med personal

Vid två tillfällen har vi samtalat med personalen – ena gången i Fagersta mars 2016 och den andra i Västerås några veckor senare. Vad som där framkommit tar vi upp i kapitel 7.

Hälsocenter i media

Vad som står i dagspress om hälsocenterverksamheten och vad som tas upp i andra media kan antas ha betydelse för hur den uppfattas. Vi har läst och sorterat tidningsurklipp och lyssnat på radioinslag. Den huvudsakliga källan har varit databasen "Mediearkivet". I kapitel 8 redogör vi för vad vi kommit fram till.

Intervjuer med deltagare

Förutom att vi småpratade och samtalade med 20-tal deltagare när tillfälle getts, till exempel i väntrum och i samband med deltagandet i vikt- och mindfulgrupperna, har vi genomfört längre intervjuer med tre personer. Det tar vi upp i kapitel 9.

Sekundärdata

Sekundärdata utgörs av oidentifierade inskrivnings- och utskrivningsdata som insamlats i samband med inskrivning respektive utskrivning av deltagare. Vi har använt två sample. Det ena är ett "mindre" – som är den huvudsakliga källan – och som länkats till uppföljningsenkäten. Det andra är ett "större" som består av alla ($n=2370$) som under perioden 2013 till hösten 2016 skrivits in vid något av Hälsoentren.

Det länkade materialet

Det länkade datamaterialet består endast av personer som besvarat inskrivnings-, utskrivnings- och uppföljningsenkäten. Det har möjliggjort jämförelser på såväl individ- som grupp nivå.

Vad beträffar den individuella nivån har vi undersökt om det skett förändringar över tid – från inskrivning till utskrivning och från utskrivning till uppföljning – vad gäller hälsa, välbefinnande och levnadsvanor (se avsnittet Statistisk bearbetning).

Vi har också undersökt förändringar genom att studera hur de som svarade fördelar sig på en specifik fråga över tid som till exempel hur man bedömer sin hälsa.

Bortfall och representativitet i länkade data

I tabell 1 redovisas socio-demografisk sammansättning och hälsa i fyra populationer. Alla siffror i de fyra populationerna avser svar på inskrivningsenkäten.

Inskrivningspopulationen (INGRUPP) utgörs av dem som inbjudits att besvara uppföljningsformuläret och bestod av 418 personer, 236 kvinnor och 182 män. Av dessa 418 personer har 271 (UTGRUPP) besvarat ett utskrivningsformulär efter avslutat deltagande.

Kolumn 3 består av dem som besvarat inskrivningsenkät och uppföljningsenkät men inte enkäten vid utskrivning (IN-UPPFGRUPP).

Kolumn 4 består av dem som besvarat såväl inskrivnings-, utskrivnings- som uppföljningsenkäten (IN-UT-UPPFGRUPP).

Som framgår av tabell 1 skiljer populationerna sig åt i vissa avseenden. Från inskrivning till utskrivning faller det bort 147 personer eller 35 procent.

Skillnaderna mellan INGRUPP och IN-UTGRUPP rör framförallt ålderssammansättningen bland män. Andelen under 35 år minskar från 14 till åtta procentenheter och andelen 65 år och äldre ökar med sju procentenheter. Andelen med dålig hälsa minskar med sex procentenheter och andelen med bra hälsa ökar med sex procentenheter.

Bland kvinnor märks en liten ökning av andelen med högskoleutbildning.

Från INGRUPP till IN-UPPFGRUPP sker det en tydlig förändring i ålderssammansättningen för män. Andelen 65 år och äldre ökar kraftigt, från 27 till 44 procent. Ökningen är också tydlig när det gäller andelen med högskoleutbildning som går från 17 till 24 procentenheter.

Bland kvinnor fortsätter andelen med högskoleutbildning att öka. En stor del av dem som vid inskrivningen var arbetslösa har fallit bort. Andelen minskar med sex procentenheter från 15 till nio procent vilket betyder att endast 40 procent av de arbetslösa är kvar.

Tabell 1. Populationens sammansättning med avseende på socio-demografiska faktorer och hälsa i fyra datasample, procent.

	Länkade data			
	INGRUPP Inskrivnings- population (n=418)	IN-UTGRUPP Utskrivnings- population vid inskrivning (n=271)	IN-UPPFGRUPP Inskrivnings- och uppföljnings- population vid inskrivning (n=197)	IN-UT- UPPFGRUPP Inskrivnings-, utskrivnings-, uppföljnings- population vid inskrivning (n=138)
	kolumn 1 %	kolumn 2 %	kolumn 3 %	kolumn 4 %
<i>Kvinnor</i>				
Grundskola	15	14	13	9
Högskola	27	30	33	37
Under 35 år	23	22	22	22
65 år –	14	15	20	20
Arbetslösa	15	13	9	9
Sjukskrivna	15	14	17	17
Dålig hälsa	39	37	37	36
Bra hälsa	25	26	25	29
<i>Män</i>				
Grundskola	22	22	20	19
Högskola	17	18	24	23
Under 35 år	14	8	9	5
65 år –	27	34	44	48
Arbetslösa	14	12	12	11
Sjukskrivna	12	12	12	8
Dålig hälsa	28	22	25	19
Bra hälsa	29	35	33	36

IN-UT-UPPFGRUPP som består av 138 personer är de som återstår och som uppfyller kriteriet att ha besvarat alla tre enkäterna – vid inskrivning, vid utskrivning och vid uppföljning.

För män gäller att andelen 65 år och äldre fortsätter att öka och utgör 48 procent. Andelen 35 år eller yngre har minskat från 14 procent vid inskrivning till fem procent. Det betyder att av dem som vid inskrivningen var 35 år eller yngre har 2/3 fallit bort. Andelen arbetslösa minskar och likaså andelen sjukskrivna. Andelen med dålig hälsa (mycket dålig eller dålig) minskar till 19 procent jämfört med ursprungspopulationens 28 procent.

Bland kvinnor fortsätter ökningen av andelen högskoleutbildade och äldre.

På det hela taget är skillnaderna i INGRUPP som består ursprungligen av 418 deltagare – 236 kvinnor och 182 män – betydligt större bland män än bland kvinnor. Men för båda grupperna gäller att andelen lågutbildade minskar och andelen högutbildade ökar (framförallt bland kvinnor), andelen äldre ökar (framförallt bland män) och andelen arbetslösa minskar (framförallt bland kvinnor). Dessutom gäller för både kvinnor och framförallt bland män att andelen med dålig hälsa minskar och andelen med bra hälsa (mycket bra eller bra hälsa) ökar.

Sammanfattningsvis innebär det att IN-UT-UPPFGRUPP är klart överrepresenterad vad gäller andelen med hög utbildning och andelen äldre i jämförelse med INGRUPP som är ursprungspopulation. IN-UT-UPPFGRUPP är underrepresenterad vad gäller utsatta grupper som arbetslösa (gäller kvinnor) och sjukskrivna (gäller män). Frågan är vad det betyder?

För att närma oss den saken har vi använt oss av två frågor i uppföljningsformuläret. Den ena var att ta ställning till om den psykiska hälsan blivit bättre och den andra om den fysiska hälsan blivit bättre jämfört med hur det var strax innan de började på Hälsocenter (tabell 2).

Två grupper – högskoleutbildade och äldre – är klart överrepresenterade och tre grupper – arbetslösa, sjukskrivna och yngre – är underrepresenterade i den population om 138 individer som besvarat alla tre enkäterna.

I runda tal 2/3 bedömer att den psykiska och fysiska hälsan blivit bättre.

Vad beträffar den psykiska hälsan är andelen som uppger förbättringar något större bland högutbildade men betydligt lägre bland de äldre.

När det gäller de underrepresenterade grupperna gäller att bland arbetslösa, sjukskrivna (män) och yngre (män) är andelen som förbättrat sin psykiska hälsa klart större än snittet.

Tabell 2. Andelen som bedömer att den psykiska hälsan respektive den fysiska hälsan blivit bättre jämfört med hur de var strax innan de började på Hälsocenter, procent, n=138.

	Bättre psykisk hälsa %	Bättre fysisk hälsa %
Totalt	65	63
Grundskola	67	67
Högskola	69	62
Under 35 år	70	70
65 år –	57	55
Arbetslösa	71	50
Sjukskrivna	78	67

Vad beträffar den fysiska hälsan är det enbart äldre (som överrepresenterad grupp) som sticker ut genom att det i den är en betydligt mindre andel som anger förbättringar.

Bland de underrepresenterade grupperna är det framförallt yngre och arbetslösa som avviker. Yngre genom att i högre grad ange förbättringar och arbetslösa genom att i mindre grad ange förbättringar.

Det förefaller inte, med hänvisning till socio-demografiska data, finnas något som klart talar för att bortfallet, som framförallt består av yngre, utsatta och lågutbildade, skulle inverka på ett sådant sätt att det skulle ge en missvisande bild av de eventuella hälsovinster som deltagandet i verksamheten vid Hälsocenter kan innebära.

Men det går naturligtvis inte att utesluta att det förekommer en viss selektion av individer med gynnsamma möjligheter och förutsättningar att dra nytta av Hälsocenters verksamhet från inskrivning till uppföljning.

Statistisk bearbetning

Vid bearbetning av kvantitativa data har vi använt oss av statistikprogrammet SPSS. Wilcoxon's Rang Test har använts för att undersöka förändringar i hälsa och levnadsvanor före och efter deltagandet i Hälsocenters verksamhet. Testet anger om förändringar ägt rum och i så fall om de är signifikanta.

Den signifikansnivå som vi använder oss av är $p < 0.05$ vilket betyder att förändringen mellan två tillfällen är signifikanta.

Testet anger också om och hur respondenterna förflyttat sig med avseende på en aktuell fråga, från det ena tillfället till det andra. Till exempel anges hur många som vid det

ena tillfället angivit mycket dåligt och vid det andra angivet samma alternativ eller något av de andra svarsalternativen.

I rapporten använder vi oss av termen hälsovinster när det gäller förbättringar i den självrapporterade hälsan från ett tillfälle till en annan. Om man till exempel vid inskrivning besvarat frågan "Hur bedömer Du Ditt allmänna hälsotillstånd?" som har fem svarsalternativ med alternativet "Dåligt" och vid utskrivning med alternativet "Bra" har man gjort hälsovinst. Förbättring av hälsan från inskrivning till utskrivning kan ske på tio olika sätt.³

3. Lösningssfokus – metod och förhållningssätt

Hälsovägledarna på Hälsocenter Västmanland använder sig av det lösningssfokuserade arbetssättet som har en lång och bred tradition i Västmanland. Personalen på Hälsocenter erbjuds inom ramen för sitt arbete kontinuerligt vidareutbildning i lösningssfokus.

Lösningssfokuserat förhållningssätt är i första hand ett sätt att hjälpa individer att själva finna lösningar på sina problem.⁴ Men problemen som sådana och dess orsaker är inte det viktigaste. Däremot är det av stor betydelse att identifiera situationer och beteenden där problemen inte gör sig gällande för att därefter uppmuntra klienterna eller deltagarna att göra mer av det som fungerar. Det är därför viktigt att identifiera de stunder när det upplevda problemet inte uppstår. Till exempel de situationer när ett barn som vanligtvis får vredesutbrott vid matbordet inte får det.

Lösningssfokuserat förhållningssätt är inriktat mot en för deltagarna önskvärd framtid som de själva formulerat och inte bestämts av "experten" som till exempel doktorn, psykologen eller socialsekreteraren. Handledarens roll är att hjälpa klienten att formulera en realistisk framtid och hur vägen dit kan se ut. Detta görs bland annat genom att ställa förändringsorienterade frågor. En vanlig fråga är den så kallade "mirakelfrågan" som lyder ungefär så här:

– Anta att det sker ett mirakel och dina problem är lösta. Vad kommer du att lägga märke till som är annorlunda och visar att ett mirakel har ägt rum?

Den bild av "miraklet" som klienten beskriver används sedan för att finna ut vad klienten önskar sig och för att

hjälpa denne att identifiera vad som kan göras för att åstadkomma de önskade förändringarna.

Lösningssfokuserat förhållningssätt kräver en humanistisk attityd hos personalen. Att i ord och handling vara närvarande och visa klienten respekt är ett krav. Klientens perspektiv måste oavsett allt annat stå i centrum. Handledarens uppgift är därför att hjälpa denne att komma på lösningar och att skapa en bild av hur framtiden kan se ut. Det skiljer sig i viktiga avseenden från det traditionella paternalistiska sättet som innebär att "experten" anser sig veta vad som är bäst för klienten och att klienten förväntas vara följsam och göra som experten vill.⁵

Problemfokuserat och lösningssfokuserat förhållningssätt – några skillnader

Det lösningssfokuserade förhållningssättet skiljer sig från det problemfokuserade på en rad viktiga punkter.

När man inriktar sig på problemen handlar det om att ta reda på vad som håller problemet vid liv, när och var det förekommer, varför det har fortsatt att vara ett problem och hur deltagarna skulle kunna anstränga sig mer för att lösa problemet. Det handlar om att hjälpa klienten att lära sig så mycket som möjligt om problemet och sedan förmå denne att eliminera det.

Det lösningssfokuserade förhållningssättet ignorerar inte det problem som klienten presenterar men lägger tonvikten vid att skapa en grund för att hen själv ska kunna finna ut lösningarna. Det innebär för det första att man inriktar sig på att få fram vad klienten vill ha för lösning. För det andra att man koncentrerar sig på det som fungerar för klienten istället för det som inte fungerar. För det tredje handlar det

om att inrikta sig på vad klienten redan gör som fungerar och på klientens styrkor. För det fjärde inriktas arbetet på att hjälpa klienten att göra någonting annorlunda istället för att lägga energi på att göra det som inte fungerar.

Att arbeta lösningssfokuserat innebär således att ta reda på när och var som problemet inte gör sig gällande och varför det inte uppstår och hur livet då ser ut för klienten.

De amerikanska forskarna Simon Priest och Michael Gass ger ett illustrativt exempel på hur olika problemfokuserade och lösningssfokuserade handledare arbetar.⁶ De exemplifierar med en grupp som fått i uppgift att utvärdera hur kommunikationen mellan dem fungerat på en skala från 0 till 10 där 0 är en helt misslyckad kommunikation och 10 en helt lyckad.

Anta att gruppen skattar kommunikationen i gruppen som en "5:a". Följer man det problemfokuserade förhållningssättet skulle handledaren be klienterna att finna och eliminera de faktorer som hindrade gruppen att värdera kommunikationen som en "6:a", "7:a" eller högre.

Den lösningssfokuserade handledaren skulle angripa saken på ett annat sätt. Hen skulle be gruppen att fundera över de positiva faktorer som gjorde att de gav en "5:a" och inte en "4:a", "3:a" eller lägre. Hen skulle säga något i stil med:

– Bra jobbat! Vad var det som gjorde att ni gav en femma och inte en fyra eller trea?

Handledaren kan också komma att be gruppen fundera över vad de skulle kunna göra annorlunda för att få en sexa eller sju.

– Vad kommer ni att göra annorlunda när gruppen når en sexa eller sju?

Hur saker och ting sägs är av fundamental betydelse för att skapa den samklang i relationen mellan hälsovägledare och deltagare.

Vad handledaren gör är att fästa uppmärksamheten på gruppens förtjänster och tona ned eventuella brister.

Skillnaderna mellan problemfokuserat och lösningsfokuserat förhållningssätt sammanfattas i figur 1 (fritt efter Priest och Gass).

Problemfokuserat förhållningssätt	Lösningsfokuserat förhållningssätt
Inriktar sig på att reducera "problemet"	Inriktar sig på att få till stånd en lösning
Fokuserar vad klienten gör för fel, vad denne brister i	Inriktar sig på vad klienten gör som fungerar
Betonar vad klienten inte vill	Betonar vad klienten vill och önskar sig
Betonar vad som kan göras bättre	Uppmärksammar vad som redan fungerar bra
Inriktar sig på att eliminera svagheter hos klienten	Betonar positiva sidor hos klienten och dennes förtjänster och styrkor
Intresserad av varför problemen uppstår och upprätthålls	Intresserar av när problemen inte gör sig gällande eller uppstår

Figur 1. Skillnader mellan problemfokuserat och lösningsfokuserat förhållningssätt (fritt efter Priest och Gass).

Respekt och värdighet

Lösningsfokuserat förhållningssätt vilar på en humanistisk värdegrund med nyckelord som värdighet, respekt och tron på människans egen förmåga. Det innebär i praktiken att det lösningsfokuserade arbetet i grunden är ett värdiggörande arbete som syftar till att bidra till att klienten kan finna vägar för återupprätta och återerövra sin värdighet och ett

skadat självförtroende. Det var också det som var centralt i Sussan Östers studie av socialsekreterare som arbetade med försörjningsfrågor.⁷

Lösningsfokus är därför långtifrån enbart en teknik utan i grunden ett förhållningssätt som kräver att klienten bemöts med respekt och värdighet. Av stor betydelse är inte bara *vad* som kommuniceras utan *hur* coachen kommunicerar. Och frågan om *hur* har en fundamental betydelse för skapandet av samklang och trygghet i relationen.

Tillhör man en socialt utsatt grupp är risken stor att självförtroendet och självkänslan tagit skada. Sjukdom, arbetslöshet, fattigdom hotar människans värdighet.⁸

Utsatta grupper riskerar att blir föremål för det som den amerikanske forskaren och debattören Robert Fuller benämner "rankism" eller rangövergrepp. Rangövergrepp är när någon som har högre ställning och ser sig för mer än andra beter sig stöddigt, malligt, överlägset, drygt och ovärdigt mot personer i lägre ställning. Det är i längden förenat med stora psykiska och fysiska hälsorisker att vara föremål för rangövergrepp.⁹

Lösningsfokus och empowerment

Det lösningsfokuserade förhållningssättet tillhör den empowermentorienterade "familjen" som sätter brukarnas eller klienternas egna resurser och intressen i förgrunden. Utgångspunkten är att de har rätten och kunskapen att definiera sina egna problem men också är de som ofta sitter inne med svaren och lösningarna. Empowerment innebär att det finns en tro på människors förmågor och att människor i allmänhet är kompetenta och rationella.¹⁰

Empowerment ingår som en central del i den målsättning för socialt arbete som den internationella organisationen för socialt arbete formulerat. I den står att det sociala arbetets kärnuppdrag är att främja social förändring, social utveckling och social sammanhållning samt att verka för empowerment och frigörelse av människors resurser.¹¹

Empowerment skiljer sig således från det som brukar benämnas paternalism och som utgår ifrån att det finns de som vet bäst vad andra behöver och att människor i allmänhet inte vet sitt eget bästa. Därför ges de heller inte möjligheter att hitta lösningar på sina egna problem utan detta blir en fråga för "experten" vars omdöme klienten/individens får lita till.

Människor med olika funktionsnedsättningar har historiskt blivit, och är fortfarande, paternalistiskt behandlade av samhället, stat och hjälpinsatser med just motivet att de inte vet sitt eget bästa och inte kan ta hand om sig på det sätt som experterna har tänkt sig.¹²

Den franske filosofen Michel Foucault beskriver denna maktteknik på liknande sätt och kallar den pastoralmakt som bygger på "herdens" uppgift att skydda sin flock från faror genom ett självklart utnyttjande och en kärleksfull omsorg.¹³

Pastoralmakten upprätthålls idag av olika yrkesgrupper inom hälso- och socialsektorn och som gör anspråk på att ha den sanna och objektiva kunskapen om ett visst välfärdsområde och därför betraktar sig som experter. Dessa experter ska tillförsäkra medborgarna hälsa, välmående, livskvalitet, trygghet och säkerhet. Den pastoralmakten beskrivs som en vilja att hjälpa men där hjälpen istället

övergått i en kontroll vilken innebär begränsningar för individen.¹⁴

Ett viktigt drag i den språkliga kod som kännetecknar det empowermentorienterade förhållningssättet till människor i allmänhet och utsatta grupper i synnerhet är att språket är sammanbindande till skillnad från det separerande språk som kännetecknar det paternalistiska förhållningssättet.

Kännetecknande drag i det sammanbindande språket är att man känner att det finns en samklang. Det är uppmuntrande: – Vad intressant kan du berätta mer ... Vad roligt att du gillade praktikplatsen. Det är medkännande: – Jag förstår hur svårt det kan vara för dig i den här situationen. Det är bekräftande: – Jag tycker att du gjorde rätt som protesterade mot detta.

Av fundamental betydelse är att man visar respekt och att man menar allvar med det man säger. Det sammanbindande språket skapar ömsesidig trygghet och förstärker den enskildes självkänsla. Att bli sedd, bli hörd, tagen på allvar och respekterad är viktiga ingredienser för självkänslan.

Den tankefigur som präglar mycket av tänkandet om empowerment betonar de horisontella relationerna mellan människorna. Man tar avstånd från över- och underordning till förmån för människors lika värde och betydelsen av att stå sida vid sida i kampen för människovärde och respekt.

Lösningssfokus och evidensbaserad praktik

Flera genomgångar av forskningen om effekterna av lösningssfokuserad terapi och arbete har gjorts. Larsson Tholéns granskning visar att lösningssfokus jämfört med annan intervention är en mer effektiv metod än annan intervention eller ingen intervention alls vad gäller ångestrelaterade pro-

blem, depression, självkänsla och upplevelse av egen förmåga.¹⁵

Johanna Gustafsson drar i en forskningsöversikt slutsatsen att lösningssfokus vid en jämförelse med annan terapi varken är bättre eller sämre. Dock ger den en bättre effekt än ingen behandling alls eller enbart medicinsk behandling.¹⁶

När det gäller fysiska sjukdomar är hennes slutsats att lösningssfokus verkar vara effektivt som del i behandlingen. Ingen av studierna har emellertid jämfört lösningssfokus med annan behandling.

Hennes genomgång visar även att lösningssfokus kan vara effektivt för att öka föräldrars copingförmåga samt minska återfall vid incidenter av våld i hemmet. Men hon gör en reservation nämligen att dessa studier ofta bygger på små undersökningsgrupper vilket gör det svårt att uttala sig om generaliserbarhet.

Hennes genomgång av forskningen vad gäller barn och ungdomar är att lösningssfokus kan vara effektivt vid beteendeproblem och att jämförelser visar på likvärdiga eller något bättre effekter av lösningssfokus än andra behandlingsformer. I fråga om att förbättra akademiska prestationer hos skolbarn verkar lösningssfokus fungera bra. Lösningssfokus kan också förbättra psykologiska funktioner hos barn och ungdomar, speciellt vad gäller tilltro till egen förmåga.

Lösningssfokus har även använts inom arbetslivsinriktad rehabilitering och sammanfattningsvis visar Gustafssons genomgång att metoden kan vara bra för att öka återgång till arbetslivet vid sjukskrivning. Lösningssfokus är i detta avseende jämförbart med andra behandlingar och bättre än ingen behandling alls. I fråga om att förbättra psykologiska

funktioner kan lösningssfokus vara mer effektivt än andra behandlingar, speciellt i fråga om depressiva symptom och ångest. Lösningssfokus verkar också vara effektivt för att öka andra psykologiska funktioner såsom exempelvis copingförmåga jämfört med att inte få behandling alls. Det finns dock en studie som visar på att lösningssfokus inte gör skillnad för långtidsarbetslösa.

Lösningssfokus har även undersökts i förhållande till andra arbetsrelaterade faktorer och lösningssfokuserad coaching på arbetsplatser visar positiv effekt vad gäller välbefinnande.

Gustafsson har även gått igenom studier om hur professionella yrkesgrupper ser på och använder sig av lösningssfokus. Den genomgången visar att lösningssfokuserat arbetssätt förändrar professionellas sätt att samspela med klienter. Det som främst förändrades var kommunikationen och samarbetet. I flera fall gav det en högre arbetstillfredsställelse. Men det var inte helt lätt att lära sig och tillämpa ett arbetssätt som de inte var vana vid. Lösningssfokus upplevdes visserligen som utmanande. Men det kunde ibland uppstå konflikter mellan det nya och det gamla arbetssättet som de var vana vid.

Efter en genomgång av forskningen om hur klienterna ser på lösningssfokus som metod och vad det är i metoden som hjälper dem är slutsatsen den att de i allmänhet är nöjda med lösningssfokus. Och att flera delar i metoden hjälper dem att finna lösningar. Det som var mest effektivt för dem var fokus på det som fungerade bra i deras vardag samt att få stöd i att identifiera alternativ och nya riktningar för det som kan förändras.

Gustafsson avslutar med att mana till försiktighet när det gäller att dra slutsatser. Visserligen visar genomgången på att lösningsfokus har en positiv effekt. Men det finns osäkerhetsfaktorer som gör att det inte med säkerhet går att svara på om lösningsfokus kan utgöra en evidensbaserad praktik. För det behövs flera studier. Det behövs också mer studier som kan svara på vad som är verksamt i lösningsfokus sett i ljuset av att de studier som gjorts inte använder sig av alla tillgängliga tekniker. Hon tillägger att det skulle behövas mer forskning om vad klienter anser vara effektivt, vad i lösningsfokus som upplevs som verksamt och varför det är verksamt.

Lösningsfokuserat arbete handlar i grunden om kommunikation och frågan om den lösningsfokuserade metoden visar sig vara effektiv eller har evidens sätter frågan om mänsklig kommunikation kan standardiseras i betydelsen att behandlarna eller coacherna gör exakt likadant, frågar samma sak och på samma sätt. Mycket talar för att mänsklig kommunikation inte låter sig så enkelt standardiseras i betydelsen "att göra likadant".

Den lösningsfokuserade metoden är inte standardiserad. Det finns i strikt mening inte någon manual som säger "gör så" och "gör så". Istället betonas färdigheter som kan användas flexibelt. En central färdighet handlar om förmåga att samtala och förmåga att upprätthålla en allians. Och inte minst förmåga att lyssna på klienten, vad denne säger och vill.¹⁷

4. Deltagarnas sociala bakgrund och aktiviteter

Av de som deltagit i uppföljningsundersökningen är sex av tio kvinnor och fyra av tio män. Var tredje (33 procent) har akademisk utbildning från universitet eller högskola. Cirka hälften har tvåårig eller treårig gymnasieutbildning och var sjätte (16 procent) grundskola, folkskola, realskola eller motsvarande som högsta utbildning. Skillnaderna i utbildning mellan män och kvinnor är betydande. Kvinnor har en högre utbildning än män. Fyra av tio (41 procent) kvinnor har utbildning från universitet eller högskola medan motsvarande för män är 20 procent.

I runda tal fyra av tio (39 procent) förvärvsarbetar som anställd och nästan tre av tio (29 procent) är ålderspensionärer. Åtta procent är arbetslösa, sju procent har sjuk- eller aktivitetsersättning. Sex procent är långtidssjukskrivna. Fem procent är egenföretagare. Men kvinnorna avviker från männen. De både förvärvsarbetar och är arbetslösa i större utsträckning än männen och det har att göra med att män i betydligt större utsträckning är ålderspensionärer.

Drygt 31 procent är 65 år eller äldre. Fyra av tio är i åldersintervallet 45-64 år. Fem procent är under 25 år. Men det är i vissa avseenden stora skillnader mellan könen. Medan nästan var femte kvinna är under 35 år är motsvarande siffra för män sex procent. Stora skillnader finns också bland äldre. Fyrtiotvå procent av männen är 65 år eller äldre medan siffran för kvinnor är 24 procent.

Två av tre är gifta eller samboende.

På de fyra Hälsocenter har drygt fyra av tio (43 procent) deltagit i aktiviteter i Västerås och tre av tio i Köping (32 procent). Elva procent har deltagit i Fagersta och 14 i Sala.

De som inte besvarat uppföljningsenkäten och således utgör bortfall skiljer sig i några avseenden från dem som ingår i undersökningen. De är något yngre, har kortare utbildning och är i större grad arbetslösa (se kapitel 2).

Kontakten med Hälsocenter

Vid inskrivning frågas det om man kontaktat Hälsocenter på eget initiativ eller om man blivit hänvisad av någon institution.

Som framgår av tabell 1 är det mest vanliga att man på eget initiativ kontaktat Hälsocenter. Det har 53 procent av männen och 58 procent av kvinnorna gjort. En fjärdedel av kvinnorna och nästan var femte man har blivit hänvisade av vårdcentral och sju procent av sjukhusklinik.

Tabell 1. Hänvisad till Hälsocenter eller eget initiativ, procent, n=2370.

På vems initiativ	Kön		Sysselsättningsförhållanden				
	Kv	Män	Arbe- tare/ Företa- gare	Ar- bets- lös	Sjuk- skri- ven	För- tids- pen- sionär	Ålders- pen- sionär
	%	%	%	%	%	%	%
Eget initiativ	53	58	57	39	37	57	52
Socialförvaltning	3	7	1	12	2	2	3
Försäkringskassa	3	0.3	2	2	7	0	2
Arbetsförmedling	4	3	1	17	6	0	4
Vårdcentral	25	19	28	15	27	22	26
Sjukhusklinik	7	7	7	6	15	14	9
Annat	5	5	3	11	7	5	5

Arbetslösa och sjukskrivna är de som i minst utsträckning kommit till Hälsocenter på eget initiativ.

Fyrtiotvå procent av de sjukskrivna, 36 procent av de för-tidspensionerade och 35 procent av de som arbetar/före-tagare har endera hänvisats av vårdcentral eller sjukhus-klinik. Bland pensionärer är det också 35 procent som hän-visats av vårdcentral eller sjukhusklinik. Sjutton procent av de arbetslösa har hänvisats av Arbetsförmedlingen.

En fråga ställdes om hur man fått reda på att Hälsocenter finns. Det mest vanliga är via hänvisning. Sexton procent av kvinnorna har fått information via annons och 17 procent via vänner. Motsvarande för män är 24 respektive 13 procent.

Tabell 2. Information om Hälsocenter, kön och sysselsättningsförhållanden, procent, n=2370.

	Kön		Sysselsättningsförhållanden				
	Kv	Män	Arbe- tare/ Före- tagare	Ar- bets- lös	Sjuk- skri- ven	För- tids- pensio- när	Ålders- pen- sionär
	%	%	%	%	%	%	%
Annonc	16	24	20	7	11	19	35
Vänner	17	13	15	14	11	13	16
Via hänvisning	37	36	33	52	46	34	27
Hemsida/webb	3	3	4	2	3	2	1
Facebook	2	1	2	2	0,4	1	2
Hälsocenter broschyr	6	3	5	2	7	12	7
Annat	19	21	21	21	21	19	20

Ålderspensionärer är den grupp som i störst utsträckning fått veta om Hälsocenter via annons. Arbetslösa och sjuk-skrivna är de som framförallt fått information via hänvisning.

Aktiviteter på Hälsocenter

Vid Hälsocenter erbjuds en rad olika aktiviteter. Vikt- och mindfulnessgrupperna är de mest populära. De förra lockar framförallt män och de senare kvinnor (tabell 3).

Tabell 3. Deltagandet i aktiviteter vid Hälsocenter, kön, frekvens och procent, n=200.

Aktiviteter	Antal Totalt	Procent Alla	Procent	
			Kv	Män
Viktgrupp	54	27	17	42
Mindfulness	50	25	28	20
Stresshantering	25	12	18	4
Kom-i-form	23	11	13	8
Föreläsning	19	10	13	5
Träning	16	8	8	8
Kom-i-gång grupp (viktnedg)	16	8	6	11
Yoga - meditation	15	8	9	5
Gympa	8	4	5	3
Avspänningsgrupp	8	4	7	0
Matlagningsgrupp	5	3	3	3
Afrodans	3	2	3	0
Promenadgrupp	3	2	2	1
Tobaksavvänjningsgrupp	2	1	1	1
Annat	9	5	5	4

Flera av aktiviteterna har i betydligt större utsträckning lockat kvinnor. De deltar också i fler aktiviteter än vad männen gör.

Kvinnornas aktivitetsprofil skiljer sig från männens på ett sätt som kan tolkas som att deras problem är mer sammansatta och mångfacetterade än vad männens är. Grovt sett deltar kvinnor i aktiviteter som både rör kropp (vikt) och själ (stress, meditation) medan männens aktiviteter främst rör kroppen och dess vikt.

Förutom de ovan angivna aktiviteterna har alla deltagit i hälsosamtal. Det vanligaste är att man har haft tre eller flera samtal. Det har hälften av kvinnorna och fyra av tio män haft. I runda tal var femte kvinna och man har haft enbart ett hälsosamtal.

Tjugoåtta procent av kvinnorna och 24 procent av männen har deltagit i en aktivitet och 30 procent av kvinnorna och 23 procent av männen i tre eller flera aktiviteter (tabell 4).

Tabell 4. Antal aktiviteter inklusive hälsosamtal man deltagit i vid Hälsocenter, kön, sysselsättningsförhållanden, procent, n=200.

Antal aktiviteter	Kön		Sysselsättningsförhållanden		
	Kv	Män	Förvärvs- arbetar	Arbetslös Sjukskriven /Aktivitets- ersättning	Ålders- pensionär
	%	%	%	%	%
En	28	24	31	21	19
Två	42	53	44	42	53
Tre eller flera	30	23	24	37	28

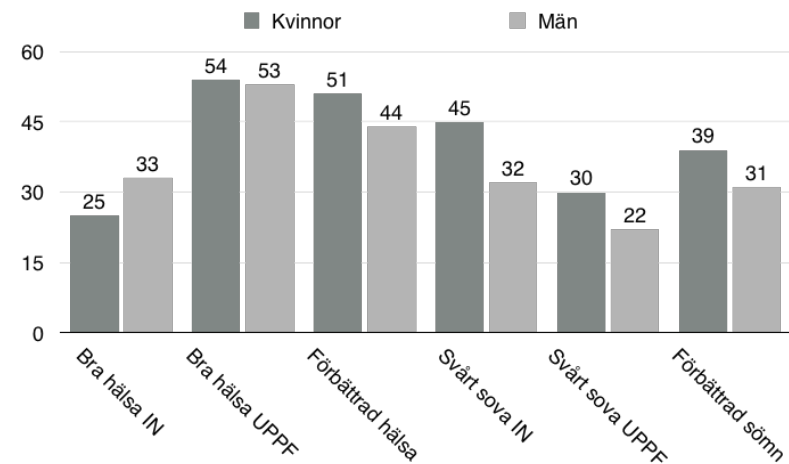
Arbetslösa och sjukskrivna är de som deltagit i flest aktiviteter. Trettiosju procent av dem har deltagit i tre eller flera aktiviteter. Motsvarande siffra för förvärvsarbetande och ålderspensionärer är 24 respektive 28 procent.

5. Hälsa, välbefinnande och förändrade levnadsvanor

I kapitlet belyses effekterna av deltagandet vid Hälsocenter. Först tar vi upp vad som händer mellan inskrivning och uppföljning drygt ett år efter utskrivning. Vi använder oss av uppföljningsdata (n=197)¹⁸ som länkats till inskrivningsdata. Därefter fördjupas analysen. Jämförelser görs mellan inskrivning, utskrivning och uppföljning. I slutet av kapitlet tar vi upp socio-ekonomiska förhållanden och hälsa.

Förändringar från inskrivning till uppföljning

I figur 1 visas förändringar i allmän hälsa¹⁹ och sömn²⁰ vid inskrivning och uppföljning.

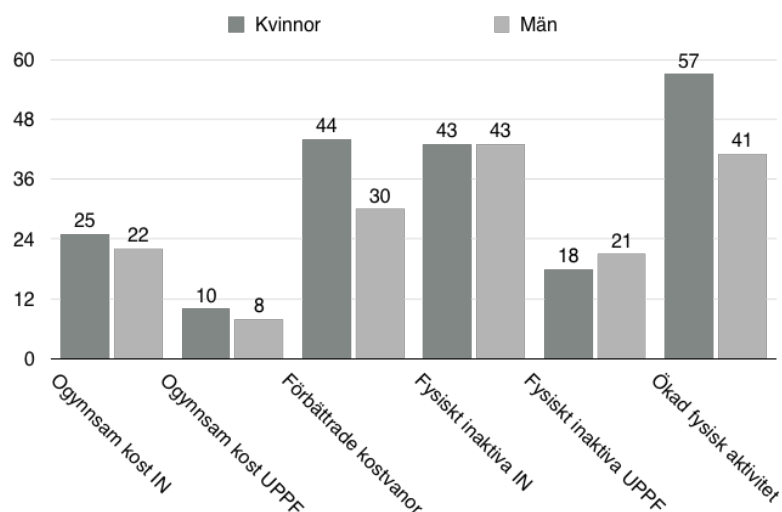


Figur 1. Allmän hälsa och sömn vid inskrivning och uppföljning, fördelat på kvinnor och män, procent, n=197.

För både kvinnor och män gäller att andelen med bra hälsa (mycket bra eller bra) ökade från inskrivning till upp-

följning. För kvinnor ökade den från 25 procent till 54 procent och för män från 33 procent till 53 procent. Bland kvinnor är det 51 procent och bland män 44 procent som förbättrat sin hälsa (kv $p=.000$; män $p=.002$).

Vid inskrivning hade 45 procent av kvinnorna och 32 procent av männen ofta eller alltid svårt att sova. Vid uppföljning var motsvarande siffror 30 respektive 22 procent. För 39 procent av kvinnorna och 31 procent av männen hade sömnen förbättrats (kv $p=.03$; män $p=ej\ signf$).



Figur 2. Levnadsvanor vid inskrivning och uppföljning, fördelat på kvinnor och män, procent, $n=197$.

Vid inskrivningen var det 25 procent av kvinnorna och 22 procent av männen som hade en ogynnsam kosthållning²¹ (figur 2). Vid uppföljning hade detta minskat till tio respektive åtta procent.

Fyrtiofyra procent av kvinnorna och 30 procent av männen hade förbättrat sina kostvanor (kv $p=.000$; män $p=.003$).

Vid inskrivning var 43 procent av kvinnorna och männen fysiskt inaktiva²². Andelen minskade vid uppföljning till 18 respektive 21 procent.

Från inskrivning till uppföljning hade 57 procent kvinnorna och 41 procent av männen ökat sin fysiska aktivitet (kv $p=.000$; män $p=ej\ signf$).

Sociala bakgrundsfaktorer och hälsa

Att hälsan varierar med avseende på socio-demografiska och socio-ekonomiska förhållanden är väldokumenterat. Det tar vi upp i avsnittet "Socio-ekonomiska förhållanden och hälsa".

I tabell 1 visas hur hälsan fördelar sig med avseende på några socio-demografiska och socio-ekonomiska förhållanden.

Hälsan har förbättrats från inskrivning för alla redovisade grupper. Som framgår har andelen med dålig hälsa (mycket dålig eller dålig) minskat från inskrivning till uppföljning.

Hälsovinster är större bland kvinnor än bland män. När det gäller utbildning är vinsterna minst bland högskoleutbildade. Med hälsovinster avses andelen som rapporterar förbättringar i sin hälsa från ett tillfälle till ett annat (se sid 22). I det här fallet från inskrivning till uppföljning.

När det gäller sysselsättningsförhållandena är hälsovinster något större för socio-ekonomiskt utsatta som arbetslösa, sjukskrivna och förtidspensionerade jämfört med dem som förvärvsarbetar och betydligt större än ålderspensionärer. Men den självskattade förbättringen (bättre psykisk och fysisk hälsa) är störst bland de som förvärvsarbetar.

Trots hälsovinster förefaller det som om hälsogapet mellan förvärvsarbetande och socialt utsatta som arbetslösa och sjukskrivna består. Socialt utsatta kommer inte ikapp dem som förvärvsarbetar. Vi fördjupar oss i den frågan i avsnittet "Socio-ekonomiska förhållanden och hälsa".

Tabell 1. Sociala bakgrundsforhållanden och förbättringar i hälsa från inskrivning till uppföljning, procent, n=197.

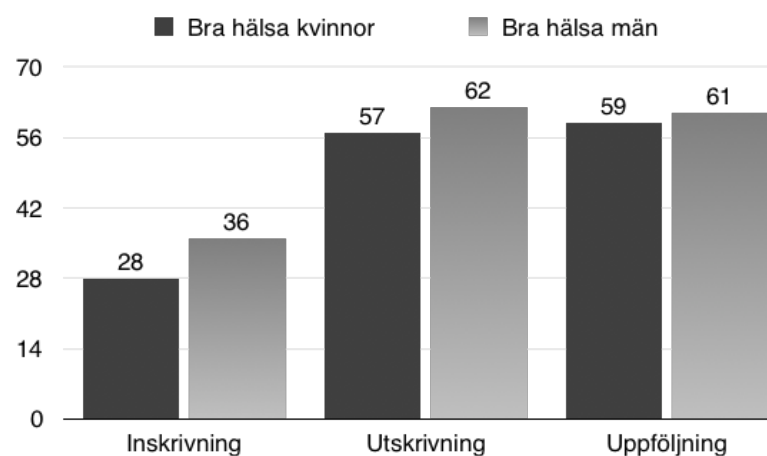
Sociala bakgrunds- förhållanden ²³	Dålig hälsa IN %	Dålig hälsa UPPF %	Hälso- vinster %	Bättre psykisk hälsa ²⁴ %	Bättre fysisk hälsa ²⁵ %
KÖN					
Kvinna	37	14	51	63	54
Man	25	14	44	65	70
UTBILDNING					
Grundskola	30	20	50	57	60
Gymnasieskola	32	10	53	62	61
Eftergymnasiala studier	29	4	50	75	71
Högskola, universitet	34	18	41	68	57
SYSELSÄTTNING					
Arbetar/företagare	25	8	48	69	71
Arbetslös/förtidsp/sjukskriven	52	27	51	75	60
Ålderspensionär	20	10	41	51	53
ÅLDER					
Under 35 år	42	7	55	74	65
35-44 år	44	15	67	74	56
45-54 år	28	19	46	56	64
55-64 år	37	17	42	76	71
65 år och äldre	21	11	42	53	53

Som framgår tycks hälsovinster på det hela taget vara mindre bland äldre oavsett vilka mått som används.

Fördjupad analys

I det här avsnittet fördjupar vi analysen. Och det gör vi genom att undersöka förändringar från inskrivning till utskrivning och vidare till uppföljning. I figur 3 visas andelen som bedömt sin hälsa som bra (mycket bra eller bra) vid de tre olika tillfällena.

Andelen kvinnor och män med bra hälsa ökar som visas i figur 3 kraftigt från inskrivning till utskrivning (kv p=.000; män p=.000).



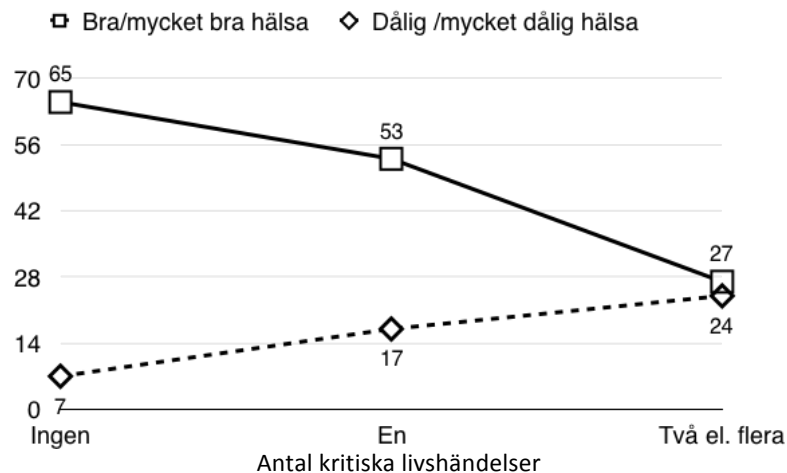
Figur 3. Självskattad hälsa vid inskrivning, utskrivning och uppföljning fördelat på kvinnor och män, procent, n=138.

Vid inskrivning var det 28 procent av kvinnorna och 36 procent av männen som bedömde sin hälsa som bra. Från utskrivning till uppföljning sker inga stora förändringar utan hälsan befinner sig på en stabil nivå.

Andelen med dålig eller mycket dålig hälsa minskar från inskrivning till utskrivning. Vid inskrivning var det 36 pro-

cent av kvinnorna och 19 procent av männen som uppgav dålig eller mycket dålig hälsa. Vid utskrivning var motsvarande siffror 12 respektive åtta procent. Vid uppföljning ligger de fortfarande kvar på en låg nivå (visas ej i figur).

Vad som händer mellan utskrivning och uppföljning kan förstås påverka den fortsatta utvecklingen av hälsan. Som framgår av figur 4 tycks kritiska livshändelser ha betydelse.²⁶ Av dem som inte varit med om någon kritisk livshändelse som till exempel nära anhörigs död, uppsagd från arbete efter det att de avslutat sitt deltagande vid Hälsocenter är det 65 pro-cent som skattar sin hälsa som bra eller mycket bra. För dem sker det en kraftig förbättring av hälsan från utskrivning till uppföljning.

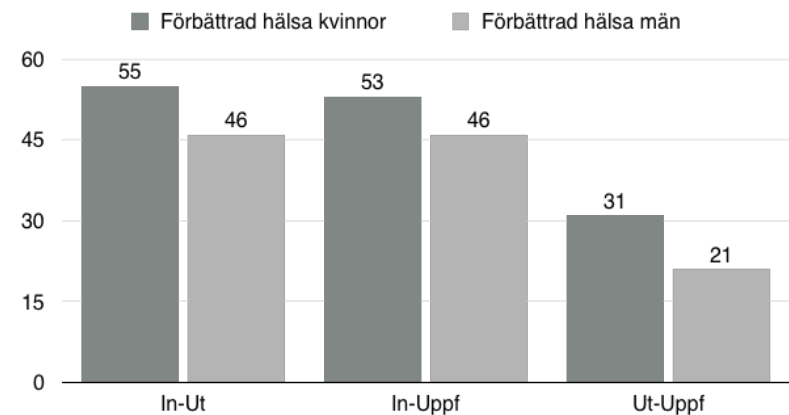


Figur 4. Självskattad hälsa vid uppföljning och kritiska livshändelser, procent, n=200.

Med antalet kritiska livshändelser försämras hälsan. Har man erfarenhet av två eller flera kritiska livshändelser minskar andelen med bra hälsa till 27 procent.

Mönstret är likartat vad gäller ekonomiska förhållanden. Bland dem som fått en förbättrad ekonomi är det 57 procent som har en bra hälsa vid uppföljning och bland dem med försämrad ekonomi är motsvarande siffra 17 procent (visas ej i figur).

I figur 5 redovisas andelen som förbättrat sin hälsa från inskrivning till utskrivning, från inskrivning till uppföljning och från utskrivning till uppföljning.



Figur 5. Andelen med förbättrad hälsa från inskrivning till utskrivning, från inskrivning till uppföljning och från utskrivning till uppföljning fördelat på kvinnor och män, procent, n=138.

Av figur 5 framgår att 55 procent av kvinnorna och 46 procent av männen förbättrat sin hälsa från inskrivning till utskrivning.

Från utskrivning till uppföljning sker förbättringar hos 31 procent av kvinnorna och 21 procent av männen.

Förändringar i hälsa och välbefinnande vid uppföljning

Deltagarna har vid uppföljning fått besvara ett antal frågor om hälsa och välbefinnande där de ombeds att jämföra hur det vara strax innan de började på Hälsocenter med hur det är nu för tiden. Som framgår av tabell 2 uppger cirka två av tre att den psykiska hälsan blivit bättre och att de är mer tillfreds med sitt liv.

Vad gäller den fysiska hälsan skiljer sig kvinnor och män åt. Det är en betydligt större andel män som uppger förbättringar (72 procent) än vad kvinnor gör (54 procent).

Fyra av fem män och tre av fyra kvinnor uppger förbättringar i minst en av de tre (bättre psykisk hälsa, bättre fysisk hälsa, mer tillfreds med sitt liv).

Tabell 2. Andelen som uppger förbättringar vad gäller hälsa och tillfreds med sitt liv, fördelat på kvinnor och män, procent, n=200.

	Bättre psykisk hälsa (a) %	Bättre fysisk hälsa (b) %	Mer tillfreds med sitt liv (c) %	Minst en av tre (a,b,c) %
Kvinna	65	54	63	75
Man	64	72	68	81

I tabell 3 visas andelen som uppger förbättringar i psykisk och fysisk hälsa samt tillfreds med sitt liv, fördelat på antal aktiviteter man deltagit i på Hälsocenter. Som framgår samvarierar förbättringar i den psykiska och fysiska hälsan med antal aktiviteter som man deltagit i. De som deltagit i

tre eller fler aktiviteter uppger i större utsträckning att den psykiska och fysiska hälsan förbättrats. Av dem som deltagit i tre eller flera aktiviteter är det 75 procent som uppger förbättringar i den psykiska hälsan och 67 procent i den fysiska hälsan.

De som deltagit i endast en aktivitet är något mer tillfreds med sitt liv än de som deltagit i två, tre eller fler aktiviteter.

Tabell 3. Andelen som uppger förbättringar vad gäller hälsa och tillfreds med sitt liv, fördelat på antal aktiviteter man deltagit i, procent, n=200.

	Bättre psykisk hälsa (a) %	Bättre fysisk hälsa (b) %	Mer tillfreds med sitt liv (c) %	Minst en av tre (a,b,c) %
Antal aktiviteter				
En	61	56	69	79
Två	59	60	64	76
Tre eller flera	75	67	62	78

Det finns en omfattande forskning som visar att påfrestningar av olika slag kan inverka negativt på hälsa och välbefinnande. Så är det med ekonomiska påfrestningar eller ekonomisk stress som det också kallas.²⁷ Så är det även med andra kritiska livshändelser som nära anhörigs död, separation, egen eller anhörigs sjukdom.²⁸

Som framgår av tabell 4 finns ett tydligt samband mellan kritiska livshändelser och ekonomiska förhållanden å ena sidan och hälsa och välbefinnande å andra sidan. Ju fler kritiska livshändelser som man varit med om i desto mindre grad uppger man förbättringar. Men det kan också uttryckas och tolkas som så att trots de påfrestningar som man varit

med om i form av försämrade ekonomi och kritiska livshändelser är det en klar majoritet som uppger förbättringar i något avseende.

Tabell 4. Andelen som uppger förbättringar vad gäller hälsa och tillfreds med sitt liv, fördelat på kritiska livshändelser och ekonomisk situation, procent, n=200.

	Bättre psykisk hälsa (a) %	Bättre fysisk hälsa (b) %	Mer tillfreds med sitt liv (c) %	Minst en av tre (a,b,c) %
<i>Kritiska livshändelser</i>				
Ingen	69	65	71	80
En	63	61	63	80
Två eller flera	56	51	54	66
<i>Ekonomi</i>				
Bättre	68	68	71	89
Ingen skillnad	66	62	67	77
Sämre	46	42	42	63

Betydelsen av hälsosamtal

I tabell 5 visas andelen som uppger förbättringar vad gäller hälsa och tillfreds med sitt liv, fördelat på antal hälsosamtal man deltagit i. Som framgår framträder ett något som kan liknas vid ett trappstegsliknande mönster med avseende på antalet hälsosamtal.

Tendensen är att ju fler hälsosamtal desto större andel som uppger förbättringar i såväl hälsa som mer tillfreds med sitt liv. Av dem som har varit med om fyra eller fler hälsosamtal är det drygt åtta av tio som rapporterar förbättringar i endera hälsan eller mer tillfreds med sitt liv.

Tabell 5. Andelen som uppger förbättringar vad gäller hälsa och tillfreds med sitt liv, fördelat på antalet hälsosamtal, procent, n=200.

	Bättre psykisk hälsa (a) %	Bättre fysisk hälsa (b) %	Mer tillfreds med sitt liv (c) %	Minst en av tre (a,b,c) %
Antal hälsosamtal				
1	51	46	56	66
2-3	68	61	63	80
4 eller flera	68	68	70	83

Vilken betydelse har då hälsosamtalen haft? Den frågan ställdes som en öppen fråga i enkäten och löd: "Vilken betydelse har de individuella samtalen på Hälsocenter haft för dig?"

Hälsosamtal med egna ord

I enkäten har deltagarna med egna ord berättat om vad hälsosamtalen betytt. Vi ska ge några exempel på vad som tagits upp. (För att göra texten mer läsvänlig har vi tilldelat personerna ett fingerat namn).

Det är några teman som återkommer i deras berättelser. Ett tema handlar om nya insikter och ny kunskap. Elsa skriver att hon fått nya insikter och infallsvinklar på hur hon ska hantera vardagen. Hon har fått tips och råd om hur livet ska kunna bli mer meningsfullt.

Berit började förstå varifrån stressen kom ifrån och hur hon kan påverka sin egen situation så att det blir mindre stressigt.

David har i likhet med flera andra fått bättre självinsikt.

Flera tar upp konkreta saker som att man började förstå betydelsen av kost, motion och sömn. Trots att Maja inte varit med i någon viktgrupp har hon gått ned nästan 15 kilo genom att ändra på kosten samt röra sig mer.

Kalle lärde sig betydelsen av styrketräning. Han började träna och det är något som han numera gör regelbundet.

– Fick ut mycket av träffen med beteendevetaren, skriver han.

Ett annat tema handlar om mötet med hälsovägledaren och innehållet i det. – Jag har blivit sedd och lyssnad på, skriver Märta och fortsätter: – De kan mitt namn. Jag känner stöd.

Bemötande beskrivs i positiva termer. – Jag har känt mig väl omhändertagen, skriver Olle. Lisa som haft svårt att prata om sina problem kunde göra det utan att skämmas.

– Det finns inga pekpinnar där, skriver Erik, utan det fanns alltid någonting bra i det man gjorde.

Inne på samma tema är Ulla. Hon tyckte det var skönt att prata med någon neutral som inte genast lade fram en lösning. – Någon som bara skulle laga mig utan vi diskuterade oss fram till lösningar på ett naturligt sätt.

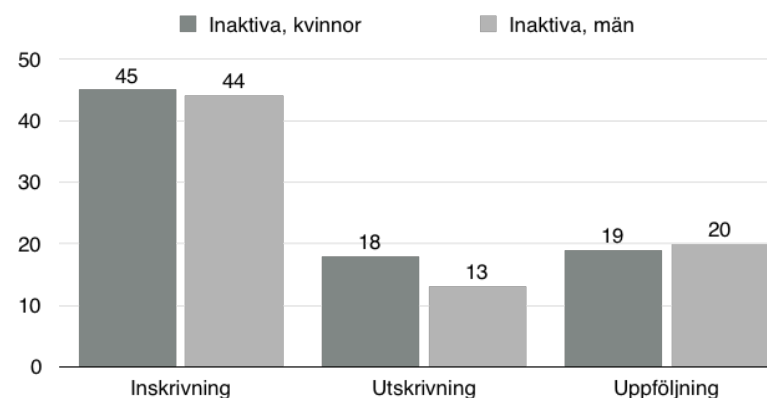
Ett tredje tema handlar om motivation. Det rör sig om att ta tag i saker och ting, att våga säga nej, att få ökat självförtroende. Karin har blivit peppad att ta tag i sitt liv. Hon känner att hon kan mycket mer än vad hon själv trott.

Flera använder termen verktyg. – Jag har fått verktyg som jag kan ta fram i jobbiga situationer. – Har fått motivation att jobba vidare. – Jag har lärt mig att säga nej till saker och ting.

Levnadsvanor

Fysisk aktivitet och kostvanor vid inskrivning, utskrivning och uppföljning

Vid tre tillfällen har deltagarna besvarat frågor om fysisk aktivitet. En av frågorna handlar om hur mycket tid man ägnar en vanlig vecka åt fysisk träning som ger andfåddhet. Med högggradigt aktiv avses att man ägnar mer än två timmar i veckan åt fysisk träning och med fysiskt inaktiv avses att man inte ägnar någon tid alls åt fysisk träning.

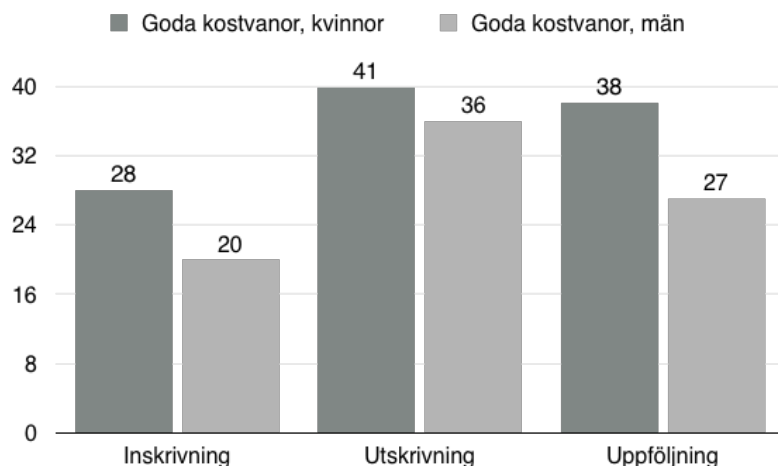


Figur 6. Fysisk aktivitet vid inskrivning, utskrivning och uppföljning, fördelat på kvinnor och män, procent, n=138.

Vid inskrivning är det – som framgår av figur – 44-45 procent som är fysiskt inaktiva. Den siffran sjunker kraftigt vid utskrivning till 18 procent av kvinnorna och 13 procent av männen (kv $p=.000$; män $p=.000$). Från utskrivning till uppföljning sker en ökning av de inaktiva med en procentenhet för kvinnor och sju procentenheter för män. Men siffrorna vid uppföljning ligger fortfarande klart under siffrorna vid inskrivning.

Vad gäller andelen höggradigt aktiva sker en kraftig ökning mellan inskrivning och utskrivning för kvinnor för att sedan minska något. För män sker ingen ökning av andelen höggradigt aktiva. Siffran är stabil mellan inskrivning och utskrivning för att sedan sjunka något vid uppföljning (visas ej i figur).

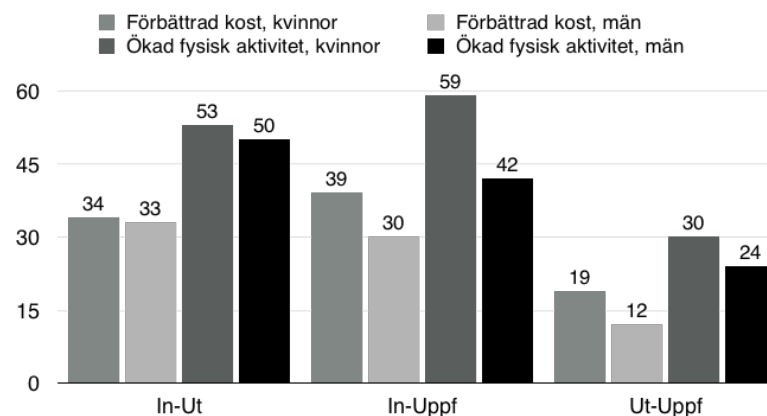
Deltagarna har också besvarat frågor om kostvanor. Som framgår av figur 7 ökar andelen med goda kostvanor från inskrivning till utskrivning (kv=p.000; män p=.000) för att sedan vid uppföljning plana ut för kvinnor och minska för män.²⁹



Figur 7. Kostvanor vid inskrivning, utskrivning och uppföljning fördelat på kvinnor och män, procent, n=138.

Andelen med ogynnsamma matvanor minskar från inskrivning till utskrivning för både män och kvinnor och fortsätter att hålla sig på en låg nivå vid uppföljning (visas ej i figur).

Andelen som förbättrat sina kostvanor och som ökat sin fysiska aktivitet framgår av figur 8.



Figur 8. Förbättrad kosthållning och ökad fysisk aktivitet från inskrivning till utskrivning, från inskrivning till uppföljning och från utskrivning till uppföljning fördelat på kvinnor och män, procent, n=138.

Som framgår av figur 8 förbättrar cirka en tredjedel sina kostvanor från inskrivning till utskrivning (kv p=.000; män p=.000). För 19 procent av kvinnorna och för 12 procent av männen sker även en förbättring från utskrivning till uppföljning (ej signifikant).

Från inskrivning till utskrivning sker en påtaglig ökning av fysisk aktivitet för både kvinnor och män. Som framgår av figur 8 ökar hälften sin aktivitet (kv p=.000; män p=.000). För 30 procent av kvinnorna och för 24 procent av männen sker en ökning från utskrivning till uppföljning.

Förändringar i kostvanor vid uppföljning

I uppföljningsenkäten som besvarats av 200 deltagare ställdes frågor om det skett några förändringar i deras matvanor. De ombads jämföra hur det var strax innan de började på Hälsocenter och hur det är nu för tiden (tabell 6).

Tabell 6. Förändringar i matvanor – jämförelse hur det är nu för tiden och hur det var strax innan de började på Hälsocenter fördelat på kön, procent, n=200.

	(a) Äter mer hälsosamt %	(b) Äter mer regelbundet %	c) Mer kontroll över ätandet %	Minst en av tre (a,b,c) %
Kvinna	66	59	67	74
Man	73	56	79	85
Deltagit i viktgrupp	90	74	81	93

En klar majoritet har förändrat sina matvanor. Två av tre kvinnor och nästan tre av fyra män äter mer hälsosamt. Femtionio procent av kvinnorna och 56 procent av männen äter mer regelbundet. Mer kontroll över ätandet har två av tre kvinnor och åtta av tio män. Förbättringar i minst en av de tre nämnda har tre av fyra kvinnor och 85 procent av männen.

Som väntat är det framförallt de som gått viktgrupp som förändrat sina matvanor. Bland dem är det 90 procent som äter mer hälsosamt, tre av fyra som äter mer regelbundet och åtta av tio som har mer kontroll över sitt ätande.

Förändringar i rök-, snus-, alkohol- och motionsvanor vid uppföljning

Deltagarna tillfrågades om det skett några förändringar i deras rök-, snus-, alkohol- och motionsvanor. De ombads jämföra hur det var strax innan de började på Hälsocenter med hur det är nu för tiden.

Strax innan deltagarna började på Hälsocenter var det 23 personer som rökte (12 kvinnor och 11 män). Av de 23 personer som rökte hade vid uppföljningen åtta slutat. Sex personer rökte mindre, sju personer lika mycket som innan och två personer rökte mer.

Tjugofem personer, övervägande delen män, snusade när de började på Hälsocenter. Av dessa har sex slutat med snuset och fem snusar mindre.

När det gäller alkoholvanor uppgav 45 procent av kvinnorna och 25 procent av männen att de är nykterister och det var de också innan de började på Hälsocenter. Femton procent av kvinnorna och 25 procent av männen har endera minskat sin konsumtion eller blivit nykterister. Fyrtio procent av kvinnorna och 48 procent av männen dricker samma mängd som man gjorde tidigare. En procent har ökat sin konsumtion.

Vad gäller motion uppgav 40 procent av kvinnorna och 47 procent av männen att de motionerar mer nu jämfört med hur det var strax innan de började på Hälsocenter. Sex procent av kvinnorna och fyra procent av männen har minskat sitt motionerande medan 47 procent av kvinnorna och 39 procent av männen motionerar i samma omfattning som tidigare.

Stress och sömn vid inskrivning, utskrivning och uppföljning

Vid tre tillfällen har deltagarna besvarat frågan om hur ofta de varit stressade under de senaste tre månaderna. Det är stora skillnader mellan kvinnor och män. Kvinnor uppger i betydligt större utsträckning att de ofta eller alltid varit stressade (figur 9). Det gäller såväl vid inskrivning, utskrivning som uppföljning. För både kvinnor och män gäller att andelen stressade minskar från inskrivning till utskrivning (kv $p=.000$; män $p=.022$) för att sedan i stort sett stabiliseras.



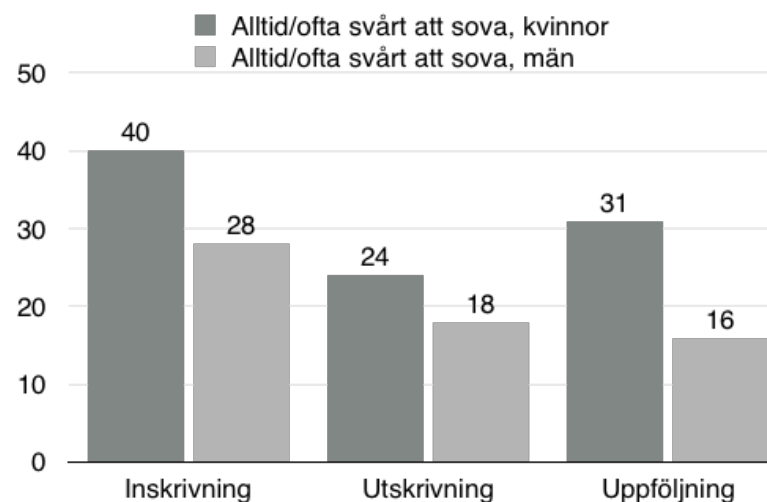
Figur 9. Stress vid inskrivning, utskrivning och uppföljning fördelat på kvinnor och män, procent, $n=138$.

Andelen män och kvinnor som sällan eller aldrig känner sig stressade ökar kraftigt från inskrivning till utskrivning. För män fortsätter ökningen från utskrivning till uppföljning medan det för kvinnor planar ut (visas ej i figur).

Deltagarna har också besvarat en fråga om sömn vid de tre olika tillfällena. Andelen kvinnor och män som ofta eller alltid haft svårt att sova minskar från inskrivning till utskriv-

ning (figur 10). För män fortsätter minskningen något mellan utskrivning och uppföljning medan det för kvinnor sker en ökning.

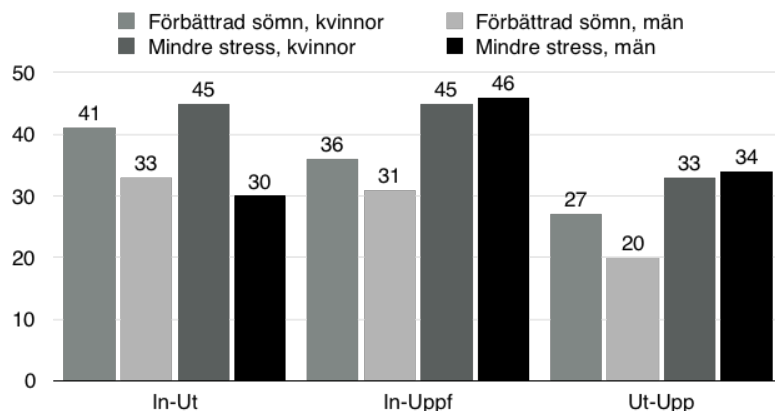
Andelen som sällan eller aldrig haft sömnsvårigheter ökar mellan inskrivning och utskrivning. För kvinnor ligger andelen på i stort sett samma nivå från utskrivning till uppföljning medan det för män sker en minskning till samma nivå som vid inskrivning (visas ej i figur).



Figur 10. Sömn vid inskrivning, utskrivning och uppföljning fördelat på kvinnor och män, procent, $n=138$.

Andelen som fått en bättre sömn framgår av figur 11. Från inskrivning till utskrivning sker en påtaglig förbättring av sömnen (kv $p=.000$; män $p=.000$). Från inskrivning till utskrivning är det 41 procent av kvinnorna 33 procent av männen som fått en bättre sömn. Förbättringen fortsätter efter utskrivning för 27 procent av kvinnorna och 20 procent av männen (ej signifikant).

För stress gäller att 45 procent av kvinnorna och 30 procent av männen minskat sin stress från inskrivning till utskrivning (kv $p=.000$; män $p=.02$). Förändringarna från utskrivning till uppföljning är ej signifikanta.



Figur 11. Förbättrad sömn och minskad stress från inskrivning till utskrivning, från inskrivning till uppföljning och från utskrivning till uppföljning fördelat på kvinnor och män, procent, $n=138$.

Förändringar i hälsorelaterade beteenden

I uppföljningsstudien ställdes ett antal frågor vad deltagandet i Hälsocenters verksamhet betytt. Drygt var tredje kvinna (35 procent) och drygt fyra av tio män (41 procent) uppger att de numera hanterar stress bättre än vad de gjorde strax innan de började på Hälsocenter (tabell 7).

Fyrtioåtta procent av kvinnorna och 58 procent av männen lever ett mer hälsosamt liv. Blivit bättre på att hitta lösningar på hälsoproblem uppger 55 procent av kvinnorna och 56 procent av männen. I runda tal tre av fyra uppger förbättringar i minst ett avseende.

Deltagare i mindfulnessgrupp uppger i större utsträckning att de hanterar stress bättre, gör mer av det som känns bra och blivit bättre på att hitta lösningar på hälsoproblem.

Tabell 7. Andelen som uppger förändringar vad gäller hälsorelaterade beteenden, procent, $n=200$.

	Hanterar stress bättre %	Lever ett mer hälsosamt liv %	Gör mer av det som känns bra %	Hitta lösningar på hälsoprob %	Minst en av fyra %
Kvinna	35	48	56	55	75
Man	41	58	50	56	78
Deltagit i mindfulnessgrupp	62	51	72	66	86

Vad gäller den eventuella betydelse som kritiska livshändelser har på förändringar i hälsorelaterade beteenden är bilden något motsägelsefull (se tabell 8).

Andelen som rapporterar att de har blivit bättre på att hantera stress är större bland dem som rapporterar flera kritiska livshändelser. Förmodligen beror det på att man jämför med hur man tidigare reagerat och märker då att man hanterar svåra situationer på ett bättre sätt.

Färre kritiska livshändelser är förknippade med en större andel som lever ett mer hälsosamt liv, gör mer av det som känns bra och är bättre på att hitta lösningar på hälsoproblem.

Vad beträffar den ekonomiska situationen är mönstret entydigt. Ekonomiska försämringar är förknippat med en minskad andel som rapporterar förbättringar i de olika avseendena.

Tabell 8. Andelen som uppger förändringar vad gäller hälsorelaterade beteenden fördelat på kritiska livshändelser och ekonomisk situation, procent, n=200.

	Hanterar stress bättre %	Lever ett mer hälsosamt liv %	Gör mer av det som känns bra %	Hitta lösningar på hälsoproblem %
<i>Kritiska livshändelser</i>				
Ingen	35	59	54	59
En	36	49	58	54
Två eller flera	44	40	46	49
<i>Ekonomi</i>				
Bättre	53	53	66	68
Ingen skillnad	35	55	52	53
Sämre	21	33	42	46

Betydelsen av Hälsocenter

Två frågor handlar om betydelsen av att delta i aktiviteter för hur man mår nu för tiden.

Som framgår av tabell 9 är det 62 procent av kvinnorna och 57 procent av männen som anser att deltagandet haft stor betydelse för hur man numera mår.

Tabell 9. Betydelsen av deltagande i aktiviteter vid Hälsocenter fördelat på kön, procent, n=200.

	Betydelse för hur du mår (mycket eller ganska stor) %	Betydelse för dina levnadsvanor (mycket eller ganska stor) %	Betydelse för hur du mår (mycket/ ganska stor plus liten betydelse) %	Betydelse för dina levnadsvanor (mycket/ganska stor plus liten betydelse) %
Kvinna	62	43	85	81
Man	57	46	95	91

Fyrtiosex procent av männen och 43 procent av kvinnorna tycker att deltagandet haft stor betydelse för levnadsvanor-

na. Som framgår ökar andelen avsevärt om man även inkluderar svarsalternativet liten betydelse.

Hälsocenter med egna ord

Deltagarna fick också möjlighet att med egna ord beskriva vad Hälsocenter betytt för dem.

De allra flesta som svarat på den frågan skriver att Hälsocenter betytt mycket för dem. Det varierar allt ifrån att man upplever att man lärt sig vad som är bra och vad som är mindre bra att äta, kommit igång med motion till att det varit helt avgörande för den personen i just den aktuella livssituationen.

Ord som "att bli sedd", "ökat självförtroende" återkommer i beskrivningarna. Gruppen och gemenskapen har haft stor betydelse för flera.

För en del har kontakten med Hälsocenter varit livsavgörande. – Det har betytt allt skulle jag vilja säga. Jag blev dessutom sedd i en mycket svår tid då jag tappade självförtroendet på grund av min chefs bemötande av mig. Jag träffade flera andra under kurserna som hade liknande problem och erfarenheter. Jag kände mig inte längre så ensam, skriver Siv.

Många skriver att de fått hjälp att se på sig och sina problem från ett annat perspektiv och att de blivit mer medvetna. – Att försöka se på saker ur ett annat perspektiv vilket gör att jag nu är mer medveten och kan sätta stopp innan det blir för illa igen. Så de samtal jag erbjudits via Hälsocenter har betytt väldigt mycket, noterar Vera.

Flera tog upp just hälsosamtalen.

– Upplyftande att få komma på samtal. Skulle behövt flera, önskar Marit.

Klas blev medveten om saker och ting som han inte tänkt på tidigare. – Det som blev tydligt var att det som påverkade min hälsa mer än övervikt var stress. Vi jobbade i samtalen mycket kring strategier kring det.

Självkänsla, självförtroende, att själv klara av att göra saker och ting, att lita till sig själv, att man kan göra förändringar är teman som återkommer. Sigrid svarar så här på frågan vad Hälsocenter betytt för henne: – Det har betytt väldigt mycket, tack vare dem på Hälsocenter så har jag lärt mig att leva mitt liv utifrån mina förutsättningar och vara stolt över varje sak jag klarar av eller vad jag själv fixade...

Andra teman som återkommer är att man fått verktyg/redskap och att man fått hjälp med det man önskade.

Några har haft svårt att hålla fast vid de nya vanorna, det gick bra under tiden de var inskrivna på Hälsocenter. – Det var bra då jag gick där men så fort jag slutade återgick jag till samma vanor som tidigare, skriver Sara.

För några gick det inte så bra efter det att man slutat på Hälsocenter. Men det verkar ändå som man lärt sig något och kunnat använda kunskapen. För Olof kändes det tomt att försöka klara sig utan motionsgruppen. – Trillade dit lite vid jul med maten. Men fortsatte sedan med dagliga promenader. Olof känner sig piggare än förut. – Men visst finns det dåliga dagar med viktuppgång. Men nu är jag på väg ner i vikt igen och allt känns bara bra, skriver han.

Flera tar upp personalen som ofta beskrivs som kunnig, kompetent, peppande och som bemöter deltagarna med respekt: – Bra bemötande, tycker Linda. – Kunnig och entusiastisk personal, tycker Tomas.

Jörgen skriver: – Personalen har betytt mycket. Fick motivation att ändra kost. Jag gick ner i vikt.

Några skriver att de inte fått den hjälp de räknat med och det kan bero på olika saker. För någon enstaka skar det sig med hälsovägledaren, andra var inte motiverade. Pelle skriver: – Jag vet inte. Men det var bra med samtalen om hur man skulle kunna hantera rökningen. Att det inte funkade på mig var att jag inte hade den riktiga viljan att sluta.

Tiden var för knapp tycker flera. Och man önskar att man skulle kunna få mer tid, att få vara med på fler hälsosamtal och att deltagandet skulle få vara längre. – Önskar att man kunde ha lite längre tid att delta på Hälsocenter. Men jag förstår att det är många ”kunder” som kommer till er, skriver Berit.

Hälsans ojämlika fördelning

Att hälsa och välbefinnande är ojämlikt fördelat över sociala klasser och social status är känt sedan lång tid tillbaka. En av de första siffrorna som visade på detta härrör från 1840-talets London. Den genomsnittliga livslängden var då 45 år för överklassen och 27 år för hantverkare. Arbetare blev i snitt inte mer än 22 år. På den tiden levde människor på landsbygden längre än stadsborna, rika längre än fattiga, och män längre än kvinnor.³⁰

Mycket har hänt sedan dess. Livet har blivit längre och bättre. Men fortfarande överlever de välbärgade dem som har det knapert. Det gäller såväl för en jämförelse mellan fattiga och rika länder som mellan fattiga och rika inom ett givet land.

Några exempel: Medellivslängden i Sverige är 79 år medan den är 46 år i Nigeria. En skillnad på 33 år. I Ryssland lever man i genomsnitt 59 år, 20 år kortare än i vårt land.³¹

Den engelske professorn Michael Marmot var en av de

första som på ett systematiskt sätt kom att intressera sig för hur hälsan hänger ihop med social status och position. Han blev senare adlad för sin forskning.³²

Marmot studerade den engelska statsförvaltningen som är strikt hierarkiskt organiserad. Alla visste sin plats såväl statssekreteraren som vaktmästaren. Ju högre upp i hierarkin desto högre status och större makt. Marmot fann att ju högre upp på statusstegen desto mindre var risken att få en hjärtinfarkt och ju längre ned desto större var den.

Risken att dö före 65 års ålder var fyra gånger så stor för dem som befann sig längst ned i hierarkin, jämfört med dem som hade en hög chefsbefattning.

Fortsatta studier har visat att den sociala gradienten, som Marmot kallar sina fynd, gäller för många sjukdomar och för chansen att få ett långt liv. Man undrar förstås vad det kan bero på? Röker chefer mindre, motionerar de mer och äter de mer av hälsosam mat? Ja, till en viss del. Men den viktigaste faktorn var det inflytande man hade över sitt jobb. Ju mindre kontroll desto mer stress. Makt och inflytande över sitt arbete visade sig vara mycket betydelsefullt.^{33 34}

Jämlikare samhällen är mer hälsosamma

Ett viktigt bidrag till vår kunskap om hur sociala och ekonomiska villkor påverkar vår hälsa är de två engelska forskarna Richard Wilkinson och Kate Picketts studie om sambandet mellan jämlikhet och hälsa.³⁵ Deras slutsatser är att det är mer hälsosamt och trevligare att växa upp i ett mer jämlikt samhälle än i ett ojämlikt samhälle. Där de ekonomiska och statusmässiga klyftorna mellan människor är mindre finner vi också en friskare och mer lycklig befolkning. Där är också våldsbrottsligheten mindre. Människor i

ett sådant samhälle blir vänligare och fredligare. Stora klyftor mellan människor – sociala och ekonomiska – skapar otrygghet, rädsla och minskad tillit till varandra. Samhällen med färre trappsteg och mindre avstånd mellan stegen mår bättre, är lyckligare och mer produktiva än samhällen med många trappsteg och stora avstånd mellan trappstegen. Ja, det är vad de engelska forskarna försöker visa i boken Jämlikhetsanden – en bok som väckt debatt över hela världen. Materialet är omfattande. Deras slutsatser baseras på uppgifter från drygt 20 länder och alla USA:s delstater. Slutsatsen är: Tillväxt leder inte till ett bättre samhälle om den inte fördelas på ett sätt som minskar de ekonomiska, sociala och hälsomässiga klyftorna.

Richard Wilkinson har också gett ett förslag till ett generellt ramverk om de förhållanden som omvandlar social ojämlikhet i samhället – vad gäller materiella förhållanden som pengar – till ojämlikheter i hälsa och sjukdom.³⁶ Han menar att materiella förhållanden inte längre, på samma sätt som tidigare, har direkta effekter på hälsan utan förmedlas via psykosociala förhållanden som sociala nätverk, inflytande, makt, social status och prestige som i sin tur ger upphov till spänningsfyllda emotionella tillstånd som stress, ångslan, skam och liknande och som resulterar i ohälsa.

Utmaningar

Arbetet med att utjämna skillnader i hälsan står inför en utmaning. I vilken grad är det möjligt att utjämna skillnader genom praktiskt hälsoarbete och i vilken utsträckning krävs insatser för att utjämna skillnader i inkomst, makt och status? Den svenske forskaren Sven Bremberg reser denna viktiga fråga och tar upp svårigheterna med att skapa en jäm-

likare hälsa genom att hälsoarbetet fokuseras på livsstilsfaktorer. För det har visat sig att ekonomiskt och statusmässigt gynnade grupper snabbare tar till sig nya rön som att sluta röka, äta nyttigt och motionera mer. Därför kommer de högre skikten att behålla sitt försprång.³⁷

Epidemiologen Anu Molarius med flera konstaterar att trots att den självskattade hälsan förbättrats mellan åren 2000-2008 har hälsogapet mellan förvärvsarbetande och arbetslösa och mellan förvärvsarbetande och förtidspensionärer ökat.³⁸

Socio-ekonomiska förhållanden och hälsa

Vi har analyserat uppgifter om socio-ekonomiska förhållanden och hälsa som samlats in vid inskrivning och utskrivning. Vi var intresserade av frågan om hälsovinster i olika socio-ekonomiska grupper och i vilken grad skillnaderna mellan dem utjämnas eller tycks bestå (se tabell 10).

Tabell 10 visar på några tendenser. Det sker hälsovinster i alla grupper mellan inskrivning och utskrivning. För kvinnor gäller att det är förvärvsarbetande och arbetslösa som gör de största hälsovinster.

För män är det förvärvsarbetande och sjukskrivna som toppar och gör de största hälsovinster. Men varken arbetslösa eller sjukskrivna tar in på det försprång som de förvärvsarbetande hade vid inskrivning. Förvärvsarbetande behåller sitt försprång från inskrivning till utskrivning och det gäller både för kvinnor och för män. För kvinnor har till och med försprånget till arbetslösa ökat.

Tabell 10. Socio-ekonomiska förhållanden och hälsa vid inskrivning och utskrivning, procent, n=1286³⁹

	Dålig hälsa	Dålig hälsa	Bra hälsa	Bra hälsa	Hälsovinster
	IN	UT	IN	UT	IN-UT
Socio-ekonomiska grupper ⁴⁰	%	%	%	%	%
KVINNOR					
Förvärvsarbete	27	10	32	60	50
Arbetslös	40	16	23	48	51
Sjukskriven	53	31	14	29	43
Förtidspensionär	43	22	16	35	46
Ålderspensionär	28	12	30	55	46
MÄN					
Förvärvsarbete	22	5	37	67	52
Arbetslös	33	17	29	39	38
Sjukskriven	33	18	11	39	56
Förtidspensionär	30	15	30	55	35
Ålderspensionär	13	6	46	62	32

Från inskrivning till utskrivning förändras den socio-ekonomiska situationen för ett antal personer. Som framgår av tabell 11 går några från att ha ett arbete till arbetslöshet eller sjukskrivning och några från arbetslöshet eller sjukskrivning till förvärvsarbete. Det går att utläsa vissa tendenser. Hälsovinster är störst för dem som går från arbetslöshet/sjukskrivning till förvärvsarbete och minst för dem som går från förvärvsarbete till arbetslöshet/sjukskrivning. I det förra fallet är hälsovinster nästan dubbelt så stor.

Tendensen är att om man förflyttar sig upp för den sociala gradienten ökar hälsovinster och förflyttar man sig ner för den sociala gradienten minskar den. Men trots detta framträder betydande hälsovinster för dem som vid inskrivning förvärvsarbetade men som vid utskrivning blivit arbetslösa eller sjukskrivna.

Tabell 11. Förändringar i socio-ekonomiska förhållanden från inskrivning till utskrivning och hälsa vid utskrivning, procent, n=457

Förändringar i socio-ekonomisk status	Dålig hälsa IN %	Dålig hälsa UT %	Bra hälsa IN %	Bra hälsa UT %	Hälso- vinster IN-UT %	n
Förv arb IN–Förv arb UT	27	9	33	63	53	282
Förv arb IN–Arbl/sjkskr UT	21	14	33	46	32	22
Arbl/sjkskr IN–Förv arb UT	44	7	19	54	57	28
Arbl/sjkskr IN–Arbl/sjkskr UT	47	30	15	36	47	125

Vid status quo är hälsovinster något större för dem som vid båda tillfällena förvärvsarbetade jämfört med dem som var arbetslösa eller sjukskrivna vid de båda tillfällena.

Antalet personer som förändrat sin socio-ekonomiska position är få. Därför bör man vara försiktig med att dra slutsatser. Men mönstret som framträder stärker det som flera forskare varit inne på nämligen den stora betydelse som förbättringar av socio-ekonomiska villkor har för hälsan. Vi återkommer till saken i det avslutande kapitlet.

6. Fokus på vikt- och mindfulnessgrupper

För att få en fördjupad bild av vad man gör och hur man gör det man gör på Hälsocenter har vi deltagit som observatörer i tre viktgrupper och en mindfulnessgrupp. Vi har dokumenterat våra iakttagelser, vad vi sett och vad vi hört. I det här kapitlet redogör vi för våra observationer. Vi kompletterar kapitlet med en siffermässig redovisning av sådant som vi bedömer vara av värde för att förstå gruppernas betydelse för deltagarna.

Deltagandet i viktgrupper

Den första kontakten är med en med viktgrupp för kvinnor i Hälsocenters lokaler på Västmanlands sjukhus Köping i slutet av februari 2016. För att komma till Hälsocenter är det ett antal trappor att besegra, om man inte tar hissen. Väl uppe finns en lapp med information om hur många trappsteg det var. Ringer på dörren och välkomnas av den hälsovägledare som har ansvaret för den aktuella gruppen. Hon ber oss vänta en stund, har lite att förbereda.

Inramningen

Vi är i god tid och ser oss omkring. Lokalerna är fräscha och enkla. Ingen lyx. Alldeles innanför dörren står ett par bord med tomma förpackningar av olika slag. Det är mat-, bröd- och dryckesförpackningar. Framför varje förpackning ligger olika antal sockerbitar uppbyggda, beroende på hur mycket socker den aktuella varan innehåller. En pedagogisk utställning som gör det lätt att ta till sig informationen. Hyllor med broschyrer finns i väntrummet, där det finns en soffa,

några fåtöljer och ett bord. Vatten i karaff finns på bordet. Papper, penna och en kartong med uppmaningen att skriva ner synpunkter och lägga i lådan. Väggarna är prydda med enkla tavlor med visdomsord som till exempel "Gör mer av det som fungerar".

Viktgrupp 1. Vad har gått bra sedan sist?

Redan en halvtimme innan gruppstart droppar deltagarna in. De här kvinnorna har träffats några gånger, det märks att de har lärt känna varandra. Nu hinner vi bekanta oss lite med dem innan gruppen börjar.

När det är dags att börja går vi till ett ganska litet rum. På hyllor ligger stora bollar och lite andra redskap för aktivitet. En whiteboard, blädderblock och en ljudanläggning. Vi placeras lite bakom gruppen för att kunna följa samtalen utan att störa. Kvinnorna, som idag är åtta till antalet, sitter i en halvcirkel. Ursprungligen var de tio men en hade förhinder och en har hoppat av.

Direkt efter att hälsoledaren välkomnat gruppen ställer hon frågan:

– Vad har gått bra sen sist? Deltagarna redogör en i taget vad som gått bra. Svaren från deltagarna tyder på att de övar på att fokusera på det som gått bra. Det märks att det inte är så lätt. Vanans makt är stor och ledaren hjälper dem fin-känsligt att komma på rätt spår och inte fastna i att prata om problem i stället.

Ulla rapporterar att hon går en timma med musik i öronen, för att det är roligare och att solen ger henne energi. Hon berättar vidare att hon gått ner fem kilo och känner att det är mycket lättare att röra sig.

– Jag har haft influensa i 14 dagar och ätit lite men det syns inte på vägen, säger Eva med besvikelse i rösten. Men så kommer det positiva:

– Jag har inte ätit socker och känner inget sug.

Susanne säger:

– Trots att jag haft gäster en hel vecka har jag ätit bra.

Mina gäster har inte märkt något. Jag tog bara mindre portioner och mindre sås till exempel.

Någon deltagare uttrycker att det känns så bra att fokusera på det som är positivt.

Efter gruppsamtalet är det idag stationsträning utan redskap på schemat. Sex stationer med övningar för balans, styrka och koordination. Man tränar en minut medan musik spelas och pausar 20 sekunder när musiken tystnat. Träningen varar en timme. Stämningen är på topp under passet och alla kämpar efter bästa förmåga. Någon lite över sin förmåga och svimmar men det ordnar upp sig med allas hjälpande hand.

Efter passet får vi en timme med deltagarna utan att ledaren är med. Vi får reda på att kvinnorna har varit överviktiga i 10-20 år och de har alla på olika sätt provat att gå ner i vikt, flera har "jojo-bantat".

De fick fundera över vad den här gruppen ska ge, hur Hälsocenter skiljer sig från andra metoder och vanliga vården, hur de hittade den här gruppen på Hälsocenter, vad är mest positivt, varför de vill gå ner i vikt samt annat de kommer på.

På frågan vad gruppen ska ge säger Elsa:

– Vi ska få redskap hur man ska gå ner i vikt.

Det råder lite osäkerhet i gruppen om vilka redskapen är. Sigrid föreslår att det är att vi ska röra på oss och tänka på vad vi äter.

Observationerna väcker preliminära funderingar och frågor om vad som utmärker Hälsocenter. Liten grupp. Bra bemötande. Man blir tagen på allvar. Blir sedd. Ingen som "mässar". Fokus på det som är "bra". Kvinnorna i gruppen har hittat till Hälsocenter genom vården eller hängt med en kompis.

- Det är peppningen, säger en som vi pratar med.
- Vi blir lyssnad på, säger en annan.

Utmärkande för varför de vill gå ner i vikt är hälsan, att må bättre. Blodtryck och diabetes anges som skäl. Övriga synpunkter är att de egentligen vet mycket men att det är svårt att få till en förändring. Här lär de sig att göra små förändringar.

Viktgrupp 2. Varierande förväntningar

Vi har även följt en viktgrupp i Köping för kvinnor från start till avslut. Vi har också tagit del av rapport från uppföljningen.

Vid gruppstart sitter tio kvinnor i åldrarna från drygt 30 år till ålderspension vid bord ställda i en halvcirkel. En vattenflaska och penna, som deltagarna får, ligger framför var och en. Även i denna grupp sitter vi lite bakom dem.

Efter en kort presentation av sig själv som hälsovägledare skrivs dagens agenda upp på blädderblock. Den innehåller presentation av Hälsocenter och deltagarna, upplägg, regler i gruppen, föreläsning om mål och motivation med övning, hemuppgift och avslutning. Upplägget för viktgruppen är grundat på sex träffar med huvudinnehåll mål och moti-

vation, kost, fysisk aktivitet och stillasittande, träning, matlagning och till sist avslutning och framtid.

Sekretess är en av reglerna i gruppen, en annan är att låta alla komma till tals och låta alla prata till punkt. Hälsocenter menar att det är viktigt att känna att allas erfarenheter är lika viktiga, alla har lika stor rätt att vara här samt att de tar varandra på allvar. Reglerna är inte unika i gruppsammanhang men vi kommer att uppleva under våra observationer och deltagande att de följs, att de är införlivade i hela gruppverksamheten.

Presentationen av deltagarna är koncentrerad kring vad de heter och vad som ger dem energi. På så sätt blir det kort och fokuserat redan från början. Vad deltagare svarar på vad som ger energi varierar mycket. Några exempel är barn, barnbarn, skog, värme, sol, sommar, meditation, hund, katt, resa. Till det lite mer annorlunda hör att räkna ner till pensionen och då få resa med nyinköpt husbil samt att rensa ogräs och skotta snö.

Förväntningar tas upp och även de är lika varierande som deltagarna. Det framkommer att någon vill ha hjälp med att lägga upp mellanmål, några vill bli av med att de är sugna men inte hungriga. En vill ha hjälp med nytt tänk och hon känner sig tom fast hon nyligen ätit.

- Hur kan jag äta när jag inte har tid? undrar Britta.
- Jag vill kunna koppla isär humör och ätande, säger Ulla.

Föreläsningen om mål och motivation sker i dialog och det finns tillfälle för deltagarna att flika in med egna tankar och frågor. Alice delar med sig av sina erfarenheter:

- Jag har provat många andra metoder men så gick jag på viktväktarna och gick ner 13 kilo på två månader. Jag kom in i en ond cirkel, blev besatt av poängen och vågen och kunde

inte bryta det. Bröt med viktväktarna, brottades med mig själv och omgivningen. Belönade mig med godis och som straff åt jag inte. Jag är så rädd att hamna där igen. Jag vill lära mig tänket, få kunskap.

Genomgång av motivation förmedlar att det är en inre vilja att göra något och att det är färskvara. Ju mer motivation desto större chans att lyckas med det man vill åstadkomma. Hur motivationen kan behållas kan vara att man ska försöka hitta sin grej och göra mer av det som fungerar, förändra en liten sak och göra det tills det blir en vana. Man tar upp att inte låta känslan styra i alla lägen, utan "tvinga sig" genom disciplin, vilket kan ersätta motivationen under en period. Vidare att fokusera på det man vill, inte på hindren och kanske det svåraste av allt – ha tålamod. Deltagarna uppmuntras att skriva någon form av dagbok, gärna notera bra saker man gjort under dagen.

Vad känns viktigt just nu?

Genomgången av mål handlar bland annat om olika frågor som deltagarna får fundera över. Vad känns viktigt just nu? Hur vill du ha det? Varför vill du göra en förändring? Vilka positiva effekter kan målet komma att ha på dig och ditt liv? Vad kommer att bli annorlunda när du nått ditt mål? Vad skulle du kunna göra för att nå ditt mål? Vad kan du göra redan nu? Vilka hinder finns?

Olika papper delas ut och gås igenom. Hälsovägledaren poängterar att de kommer få mycket papper under kursens gång och uppmuntrar deltagarna att hitta de papper som passar dem. Papperna är tänkta att vara till hjälp i att bli medveten och kunna göra förändringar. Som hemuppgift föreslår hälsovägledaren att öva på att lägga märke till när

saker och ting går bra. Till sist informeras om tider för drop-in träning, föreläsning och mindfulness och att de kommer att få en SMS-påminnelse till nästa gång. Skriver också upp sitt hemtelefonnummer samt mobilnummer på tavlan.

Vad har gått bra?

Till träff två kommer sju kvinnor, tre har meddelat återbud. Det pratas ivrigt i väntrummet idag. Några väljer att väga sig och det görs på hälsovägledarens kontor. Det blir lite tystare när vi kommer in i grupprummet än det var i väntrummet alldeles nyss. Inledande frågor som återkoppling ställs: Tankar sen förra gången? Vad har gått bra? Vad la du märke till? Och hur har det gått med dina mål?

Hälsovägledaren inflikar att det är vanligt att man pratar om det som inte gått bra och om de känner att det hjälper dem, så prata om det, annars fokusera på det som varit bra.

– Jag har kört med tallriksmodellen. Gick och köpte en mindre tallrik. Det har gått bra, säger Amanda.

– Jag har ätit havregrynsgröt på morgonen, har inte ätit frukost förut. Har blivit bättre i magen, varit lättare att gå på toa, rapporterar Ulrika.

Hälsovägledaren sammanfattar på ett blädderblock det som deltagarna meddelat gått bra.

Det andra gruppstillfällets ämne är kost, där kunskap förmedlas och deltagarna får tips. Hälsocenter följer Livsmedelsverkets rekommendationer. De kan följa och notera i utdelade åhörarkopior. Begreppen "känslöätning" och "mindful eating" tas upp och vikten av att lära sig känna vad som styr hur och vad vi äter. Stänga av autopiloten och vara medveten om vad och att man äter.

Som avslut på träffen delas papper ut och förslag på hemuppgift.

På träff 3 deltar 8 kvinnor, två har lämnat återbud. Innan träffen väger sig några på hälsovägledarens kontor. Det varierar hur kvinnorna gör efter vägningen. Någon ”hoppas” ut och meddelar glatt viktnedgång medan andra inte säger något, varken i ord eller med kroppsuttryck.

Träffen börjar med att deltagarna diskuterar två och två kring frågorna: Tankar sen förra träffen? Vad har gått bra? Vad la du märke till? Hur har det gått med beteendeteknikerna? Hur har det gått med ditt mål?

Under tiden de diskuterar påminner hälsovägledaren om att fokusera på det som gått bra. Detta efter att ha hört flera berättelser om vad som gått dåligt. Efter sådär 15 – 20 minuter följer en kort redovisning.

– Kryssat i vanorna har gått bra. Minskat storleken på tallriken har gjort att jag ätit mindre och så har jag suttit och ätit, redovisar Amanda.

– Jag tycker att det inte är kunskapen, utan beteendet som har betydelse. Jag har kommit på att jag är väldigt känslomänniska. När det går bra för min man, då mår jag bra. När det inte går så bra – då tycker jag synd om mig och ”måste unna mig något”, menar Ulla.

– Har successivt bytt ut det som finns i kylskåpet och slutat med socker i kaffet, tycker Alice har fungerat bra.

– Det har gått bra med maten men jag har inte tagit mig utanför dörren. Har hamnat i en neråtperiod. Var ute och gick förra veckan och det var bra, säger Inga.

– Jag har bytt ut ett mål mat mot pulver för första gången i mitt liv, rapporterar Sylvia.

– Jag har funderat att gå över till LCHF igen. Höll på med det i över ett år men står still, säger Edit lite uppgivet.

Tröståtande som en kortvarig tillfredsställelse, ofta med olika negativa känslor som följd tas upp och diskuteras. Deltagarna har lite förslag på vad de kan göra i stället.

– Jag går och simmar. Då känner jag mig duktig och då vill jag inte äta, säger Anita.

– Handarbete och trädgårdsarbete är bra, menar Inga.

– Baka är avkopplande, tycker Sylvia, vilket utlöser igenkännande gapskratt i gruppen.

Kika på vanorna

Dagens ämne är fysisk aktivitet och stillasittande. En föreläsning och genomgång i ämnet med åhörarkopior, som delas ut. Deltagarna får en stund att fylla i ett papper om hur de rör sig till vardags. Därefter får de intervjua varandra två och två angående stillasittande och den fysiska aktiviteten. Röster vi hörde när vi gick runt var: – Jag sitter mest hela dagen. Har ett mål att gå ut och gå 30 minuter varje dag för att få bättre kondition. Jag funderar på att gå ut innan frukost. Ska börja på måndag. Vill simma, helst ute.

– Yoga två gånger i veckan och jag vill inte känna mig misslyckad om det inte blir så, inte känna krav. Mitt mål är att klara av vardagen.

– Jag ska gå till och från jobbet, det är bara en kilometer och jag har tagit bilen. Det går ju snabbare att gå.

Papper som tas med hem idag handlar om fysisk aktivitet. Deltagarna får också tips om hemmaträning på 1177.se och att de kan Googla på ”hemmaträning”. Ord som skickas med är att de ska öva på att lägga märke till vad som gått bra. Kika på vanorna. Om de ändrat på något och det blivit en

vana, se om de kan hitta något annat att förändra så det så småningom kan bli ytterligare en vana.

Träningspass och fokusgrupp

Träff fyra innebär ett träningspass. Det utförs på samma sätt som den förra gruppen vi deltog i. Skillnaden är att i den här gruppen är deltagarna lite mer intensiva och det har kanske med ålder och konditionsnivå att göra. Efter passet träffar vi även den här gruppen i en så kallad fokusgrupp. Vi har tre huvudfrågor som vi önskar att de diskuterar: Hur upplever du Hälsocenter? Hur går det att tänka annorlunda och hur ligger du till i förhållande till ditt mål?

Reflektioner kring frågan: Hur upplever du Hälsocenter?

– För att vara gratis är det bra. Bra att få lära sig tänka annat. Bra att tänka fem saker som varit bra idag. Man lyfter fram sig själv på ett annat sätt, säger Britta.

– Jag är en ”återfallsförbrukare”, skulle behöva stöd livet ut, filosoferar Judit.

– Jag vet men jag gör inte. Det har inte gett mig så mycket. Jag har varit tjock sedan jag var liten och inte lidit av det. Men nu får det vara nog. Jag var mest intresserad av mindfulness, återger Sylvia.

Alice säger så här:

– Väldigt bra! Få möta människor i samma situation, få delge varandra, bli sporrade av andra. Blir pushade av idéer. Gått ner i vikt, min muskelmassa har ökat. Det är mycket man vet. Jag vet att jag måste röra på mig och använda tallriksmodellen.

– Såg reklam på toan på jobbet och tänkte ”Nu jäklar”. Anmälde arbetskamrater. Hälsocenter är bra. Upplägget i

viktgruppen med olika områden man pratar om är bra. Jag har heller aldrig varit smal, säger Britta.

Röster som hörs kring fråga två: Hur går det att tänka annorlunda?

– Att ändra sättet att tänka tar lång tid. Jag försöker tänka positivt men skulle behöva träna mer på det, menar Judit.

– Jag kan sitta och titta på TV och se feta människor och tänka ”Hur kan de bli så tjocka?” och plötsligt, utan att veta om det, har jag ätit upp övre lagret av chokladasken. Jag äter när livet är tråkigt, säger Inga.

Edit menar att hon kan vakna en morgon och tänka:

– Idag är en bra dag! Men så uppstår något ... Har cyklat till jobbet bara en gång, för jag upptäckte att cykeln var dålig. Jag hittar ursäakter och skjuter upp.

När det handlar om fråga tre: ”Hur ligger du till i förhållande till ditt mål?” är alla eniga om att de är på rätt väg, även om vägarna är olika långa och krokiga.

Sista träffen

Vi har inte varit med på matlagningen i den här gruppen, som var gruppstillfälle fem och den här träffen är den sista. Idag är det ingen genomgång av något nytt, utan man sammanfattar och planerar framåt. Till den här gången kommer sju kvinnor. Som vanligt inleds träffen med frågan om vad som gått bra.

– Vi har fått mycket att jobba med tankemässigt. Jag har inte gått ner i vikt men börjat lägga märke till vad jag mår dåligt av. Sakta men säkert kommer det att gå. Har börjat träna redskap, ska försöka två gånger i veckan. Har fibro och borrelia och trodde inte att det skulle gå, säger Amanda.

– Det har inte gått så bra. Jag var eld och lågor i början men jag har säkert gått upp de kilon jag gick ner. Jag har svårt att bryta. När jag inte motionerar så äter jag onyttigt, rapporterar Inga.

– Jag tänker på vad jag äter, det som är nyttigt är dåligt, menar Judit.

Hälsovägledaren samtalar med deltagarna om de upplevda svårigheterna och förmedlar att det är vanligt att kroppen stannar av och att det då blir svårt med motivationen. Vad man kan göra är att försöka lägga märke till andra bra konsekvenser. Än en gång påminner hon om att det inte finns några genvägar. Det är viktigt att tänka på sikt för att må bra. "Vad har jag för vanor som jag behöver ändra på?" är en bra fråga att ställa sig.

Funderingar kring fysisk aktivitet ventileras, vikten av att röra sig dagligen och kondition. Tips ges om att man kan förbättra sin kondition genom att öka tempot.

Deltagarna delas in i grupper och får fundera kring frågor som: Vad är viktigt i ditt liv? Vad ger dig kraft? Vad tar din kraft? Vad underlättar för dig att göra mer av det som ger dig kraft? Vad får du ut av att göra en förändring? Det är samma slags frågor de fick i början, när de pratade om motivation.

Det har varit en intensiv dag och deltagarna verkar lite avslagna. Svårt att fokusera på frågorna, svävar gärna ut i andra berättelser.

Dagen avslutas med att gruppen får ett förslag på en tid för återträff efter ett par månader. Kanske är det en viktig motivation för deras fortsatta förändring.

Viktgrupp för män

Vi deltar i en viktgrupp för män två gånger; träff fyra som är gemensam matlagning samt en återträff. Nu är vi i Hälsocenters lokaler på Västmanlands sjukhus Sala. Även här är väntrummet välkomnande och konceptet är detsamma som på de andra Hälsocenter vi besökt. Det finns litteratur, information om hälsa och väggdekorationer med olika budskap, förslagslåda.

Innan matlagningsträffen har de tidigare haft genomgång om motivation, fysisk aktivitet samt kost. Nästa gång ska de ägna sig åt träning utomhus. Det finns ett hälsospår i närheten, där man kan kontrollera sin kondition och de ska få lära sig olika stavgångstekniker. De kommer att erbjudas 3-4 samtal efter det att viktgruppen är avslutad.

Här har vi fem män i åldrarna 45 år till 70 år. De var åtta från början men två kunde inte få ihop gruppstider med sina arbetstider och den tredje hade ett annat åtagande som krockade. Alla har ett BMI över 33. Precis som det var för kvin-



norna är hälsan en viktig anledning till att man vill gå ner i vikt. De har också provat olika metoder innan. Den fysiska aktivitetsnivån är mycket varierande i den här gruppen. En har till exempel åkt Kortvasan samma år.

Vi sitter i ett litet fönsterlöst konferensrum runt bord placerade huller om buller i någon sorts u-form. Whiteboard och blädderblock är väl det enda som pryder rummet. Men det verkar inte påverka deltagarna. Stämningen är mycket god.

Som vi noterat tidigare från viktgrupp för kvinnor inleds den här träffen med att ta reda på vad som gått bra och därefter laga mat tillsammans. Deltagarna har fått beteendetekniker att jobba med som exempel tallriksmodellen, äta mindre portioner. Till det har de fått en fråga att fundera kring, som har med vanor att göra: "Hur åt ni när ni var små?" Flera av svaren har en gemensam nämnare. Alla var samlade, mamma lagade maten och man åt upp det som fanns på tallriken. En av dem rapporterar att det fanns alternativ om han inte tyckte om maten.

Så till vad som gått bra:



– Jag har tänkt på bröd. Lingongrova låter ju så bra men det innehåller socker. Det enda nyckelhålmärkta bröd jag hittat är hårt bröd, säger Torsten. Ulrik har en berättelse:

– Jag måste tala om att jag fuskat. Ätit citronpaj i helgen. Vi hade gäster och jag var "tvungen" att prova, till och med två gånger. Deltagarna skrattar ljudligt och hjärtligt. Hälsovägledaren frågar hur han tänkte i den situationen.

– Jag bestämde huvudrätten och det blev fisk. Tänkte plus och minus, kalorier in och kalorier ut. Så har jag sprungit sex kilometer och det gick bra.

– Jag har inte ändrat så mycket med maten, utan jag har börjat röra på mig mer, säger Ove. Har gått 2,5 mil den här veckan.

– Jag försöker äta riktigt, har ställt om kosten. Förut skulle det gå fort. Nu gör jag eftertänksam mat, har alltid sallad till. Men jag fuskade lite och tog en whiskey när jag var i skogen som någon bjöd mig, säger Klas. Ett exempel på att deltagarna tar egna initiativ och provar olika saker är Mats som säger:

– Jag har varit iväg på hypnos idag. Det ska hjälpa mig att sluta röka. Jag har bestämt att sluta till sista april och sjätte maj ska vi resa bort. Hypnosen lär mig att allt sitter i huvudet, det gäller att vända negativt till positivt.

Efter återkopplingen är det gemensam matlagning. Under matlagningen är stämningen vänligt humoristisk. Vi snappar upp att de flesta av männen står för matlagningen hemma. Ingen av dem har gått någon matlagningskurs. De har som mål att gå ner många kilo. Innan matdags väger sig tre av männen. Till skillnad från kvinnorna stiger de upp på vågen ute i korridoren, ivrigt påhejade av de andra. De har gått ner 3-5 kilo på en dryg månad.

Återträff

Nästa gång vi ser detta mansgäng som kallar sig "Tjockisklubben" är det återträff. Idag är fyra av männen där. De får resonera två och två hur det varit och därefter redovisa för hela gruppen. Exempel på vad vi får höra:

- Motionen har gått bra. Går på gym och promenerar en mil på kvällarna. Har gjort mycket trädgårdsarbete. Att gå har blivit ett sug, säger Klas.

- Tror inte jag gått ner. Varit utomlands med mat och vin och öl. Har promenerat ett par, tre gånger där, rapporterar Torsten.

Gruppen kommer fram till ett förslag hur de kan tänka: Äta av allt men inte så mycket och inte gå hungrig till ett kalas, vilket stöds av hälsovägledaren.

Så diskuteras vanor.

- Jag har övat på att äta långsammare och lägga ner besticken mellan tuggorna, säger Klas.

- Jag äter på bestämda tider. När frun slutar sent, försöker jag göra mat innan och äta tidigare, har Torsten kommit på.

- Jag lagar lagom portioner och tar inte om, säger Mats. Även inom detta område kommer gruppen fram till ett tips nämligen att det är väldigt viktigt med planering.

Samtal förs kring att det nu gått en månad till skillnad från att ha träffats varje vecka. Mats säger att han inte varit lika strikt, det är bra med övervakning att komma och väga sig.

- Jag tror inte att jag faller tillbaka helt. Det är inte helt bortkastat, man har igen det i längden, säger Ulrik förtröstansfullt.

Alla erbjuds ett hälsosamtal innan ytterligare en grupp-återträff efter ett par månader. Deltagarna uppmuntras att

komma på drop-in för att väga sig. Även att tänka på hur de ska hålla det de uppnått efter utskrivning.

Vi får en stund med mansgruppen efter de slutat. Och några spontana kommentarer är: – Jag är nöjd. – Inte bara vikten, har fått mer muskler. Ju mer muskler, mer förbränning, desto lättare går det. – Kommit in i rätt så bra rutin. – Vi har lärt oss av varandra.

Hur har de upplevt att delta i gruppen?

- Vi har haft tur som varit en fin grupp. Har varit öppna och kunnat prata om allt, menar Torsten.

- Vi har alla kommit hit frivilligt, ingen har tvingat oss, fortsätter Torsten.

Vad har de lärt sig? Några kommentarer:

- Tänka på vad man äter och att röra på sig.

- Hade panikångest. Nu är jag ute mycket mer och det har blivit mycket bättre.

- Blivit piggare på kvällar. Har kroppsarbete och förut stupade jag i säng.

Om vi ska våga oss på en jämförelse mellan kvinnogrupp och mansgrupp, så upplevde vi att männen hade mer av "göra" i sig och att kvinnorna hade mer psykiska problem i vägen för att få till görandet.

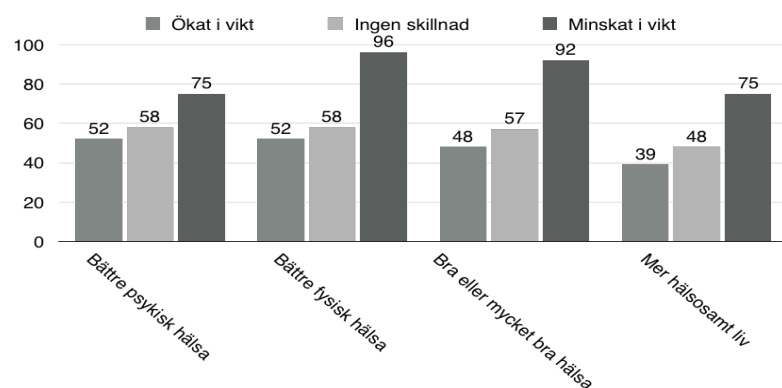
Viktninskning i siffror

Deltagarna i viktgrupperna har vägt sig vid träffarna. Uppgifter om viktförändringar från de tre grupper som vi observerat visar att i snitt minskade de två grupperna i Köping vikten med 4,3 kilo respektive 3,7 kilo. I Sala var viktninskningen 4,7 kilo. Vid uppföljning har viktninskningen fortsatt och var då 6,1 kilo i snitt. Variationerna var dock stora. Den som har gått ned mest har minskat sin vikt med 17 kilo.

Viktninskning och hälsa

För många betyder viktninskning att man mår bättre. Så är det för mannen som säger att han är piggare på kvällarna. I uppföljningsenkäten ställdes frågan "Hur är Din vikt nu jämfört med hur den var när Du slutade i viktgruppen?" Trettioen procent uppgav att de minskat och 39 procent att de behållit sin vikt.

Av figur 1 framgår att det finns ett samband mellan viktförändringar och hälsa.



Figur 1. Viktförändringar och hälsorelaterade förhållanden, procent, n=78.

De som gått ned i vikt rapporterar i högre grad att den psykiska och fysiska hälsan blivit bättre och att de lever ett mer hälsosamt liv efter att de deltagit i viktgruppen. Dessutom är det en större andel som tycker att de mår bra eller mycket bra.

Det som också framgår är att det finns ett tydligt trappstegsliknande förhållande mellan viktförändringar och hälsorelaterade faktorer.

I uppföljningsenkäten ställdes två frågor om vilken betydelse deltagandet på Hälsocenter haft för dels hur man mår och dels för levnadsvanorna. För 62 procent har deltagandet i viktgruppen haft stor betydelse och för 25 procent viss betydelse för hur man mår. Tretton procent anger ingen betydelse alls. För 54 procent har deltagandet haft stor betydelse och för 34 procent viss betydelse för levnadsvanorna. Elva procent uppger ingen betydelse alls.

I enkäten ställdes även frågan "Vilken betydelse har deltagandet i viktgrupp haft för dig?" Deltagarna ombads att med egna ord skriva om det som är viktigast för dem. Av de 46 personer som med egna ord skrivit ner synpunkter på den frågan är det cirka hälften som prisar gruppens betydelse. En stor del skriver att de fått kunskap om kost och motion, då framför allt vardagsmotionens betydelse för hälsan. En del framhäver just kunskapen och medvetenheten om kosten medan andra betonar att insikten om motionens betydelse har betytt mest för dem. Flera tar upp att de blivit motiverade till att göra något, inte bara veta.

Flera berömmar personalen. Här följer några kommentarer som belyser gruppens betydelse, personalen, kunskapsinhämtandet samt hjälp till självhjälp:

- Lyssna på andras erfarenheter.
- Fått mer kunskap om det som påverkar min hälsa.

Kunskap om hur man kan arbeta med sig själv för att nå uppsatta mål.

- Att man har kunnig personal att fråga.
- Prova på olika former av kondition.
- Möta likasinnade som har samma problem.
- Bästa som hänt mig.

För några har deltagandet inte gett dem något. Några har uttryckt besvikelse.

- Missade första tillfället på grund av dålig information, skriver en.
- Blev besviken, hade stora förväntningar, skriver en annan.

Mindfulnessgruppen – behaglig inramning

Vi är på besök på Hälsocenter i Västerås och där ska vi följa en prova-på-grupp i mindfulness bestående av tre träffar på vardera 2 timmar. Rummet vi kommer in i är det mest behagliga av de rum vi besökt på Hälsocenter. Det är dels själva rummet med många fönster åt två håll, som gör att dagsljuset flödar in.

Men det är också interiören. En fondvägg med naturmotiv. Tända levande ljus. Avlägset fågelkvitter hörs från ljudanläggningen. Stolar står uppställda i en halvcirkel. På sitsarna ligger en anteckningsbok, som kommer att användas flitigt.

I den här gruppen sitter vi med i halvcirkeln och är med på övningarna men deltar inte i samtalen.

Kunna säga nej

In kommer sju kvinnor i mer varierande åldrar än i viktgrupperna vi deltagit i. De tar plats och när det är dags sker ett ”upprop”. Hälsovägledaren berättar att deltagarna ska få ”prova på” mindfulness i stället för att bara ”prata om” mindfulness. Kursens ramar går igenom. Deltagarna får telefonnummer till Hälsocenter och till ledaren för att kunna ringa om de inte kan komma.

Som introduktion får gruppen skriva svar på tre frågor i sin anteckningsbok. Varför har du valt att delta i gruppen? Vad förväntar du ska vara annorlunda efter dessa tre gånger? Hur kommer du märka att något är annorlunda?

Svaren pekar på att de flesta vill minska stressen och vara mer i nuet. Flera har besvär med magen. Någon har sömnproblem och vill inte fortsätta ta det föreskrivna läkemedlet. En besvärar av hjärntrötthet efter en stroke.

– Har slutat arbeta som undersköterska. Det var stressigt och påverkade tarmarna. Har varit sjukskriven länge. Vill kunna vara här och nu, inte oroa mig för framtiden. Hitta ett lugnare jobb. Vill märka att jag säger nej och vad jag vill, säger Berit.

Den första övningen – andningsankaret – är en av grundövningarna i mindfulness. Den utförs i sittande och tar tio minuter. Reaktioner på den är att det var djupt och det kändes som hon skulle ramla och en tycker att det var obehagligt att sitta. Ledaren säger att man kan ligga men då kan det hända att man somnar.

– Vad är det för skillnad mellan mindfulness och meditation? undrar Anita.

Svaret från hälsovägledaren är att mindfulness är ett förhållningssätt till livet, att vara närvarande i vardagen och att använda sina sinnen fullt ut. Mindfulness har mycket fokus på kroppen. Meditation är en del i mindfulness.

Dåtid, nutid och framtid går igenom i samband med medveten närvaro. Ett budskap är att visst behöver vi planera men då ska vi göra det. När vi har tagit oss tid att planera, då kan oron minska. Malande oro tar mycket energi. Vidare diskuteras att göra många saker på en och samma

gång, så kallat multitasking. Vi får veta att det har visat sig inte fungera, det är en sak i taget som gäller.

Genomgång av begreppen introvert och extrovert. Introverta personer anses behöva mer egen tid. De har svårare med att bli avbrutna. Har lättare till att känna oro. Blir lättare "utbrända". Extroverta personer däremot verkar mer anpassade till det här samhället och hämtar kraft ur grupper. Triangeln tanke, känsla och kropp förklaras och hur det hänger ihop.

Deltagarna får notera i sina böcker när de upplever att de är som mest närvarande i nuet. Andningens betydelse tas upp. Därefter en yogaövning som innebär rörelser, i ganska rask takt, som koncentreras till att få med andningen till rörelserna.

Russinövning och kroppsskanning

Så är det dags för den omtalade "russinövningen". Då ska man lägga totalt fokus på ett russin; hur det känns, låter (?), luktar, smakar i munhålan, tugga och svälja och känna eftersmaken. Den är som sagt omtalad i folkmun och säkert både älskad och hatad.

Ytterligare en övning är kroppsskanning. Den görs här i liggande och är en styrd fokusering på kroppens delar. Deltagarna uppmuntras att notera sina reaktioner och tankar i sina anteckningsböcker.

Sittande meditation

Idag börjar vi direkt med en övning i sittande meditation i tio minuter. Efter övningen skriver deltagarna ner känsla, tanke, insikt samt noterar när de var här-och-nu eller inte var det i sina böcker.

Intressanta reaktioner från gruppen följer på övningen:

– Jag har haft jättekraftig yrsel. Tänkte då "Det här är yrsel. Hur var det nu jag skulle göra? Skulle man andas bort den eller ...?", undrar Elin.

– Jag la märke till att jag stup i kvarten hämtar tillbaka mig till här-och-nu, säger Agnes.

– Jag blev svettig och yr och så kom det tårar. Jag har gråtit och sovit sen sist, berättar Doris.

Gruppen pratar om att reagera på andras känslor. Flera av dem beskriver sig som mycket känsliga och att de tar in andras känslor.

Hälsovägledaren inflikar att det kan vara bra att se andras reaktioner. Det kan göra en medveten om ens eget ansvar i en relation. Vidare att vi till stor del går på "autopilot". Det kan visserligen vara en form av avlastning men att det kan vara värdefullt att bryta den för att inte missa nuet. Att göra en sak i taget är ett sätt att vara här-och-nu. Så följer en genomgång av sju grundprinciper i mindfulness: Icke dömande, tålmod, nybörjarsinne, tillit, icke-strävan, acceptans samt släppa taget. Därefter några ord om tankar, att de är just tankar och inte sanningar. Deltagarna får en stund att



notera i sina böcker hur bra de tycker de är på de olika punkterna, på en sjugradig skala.

Under hela träffen är deltagarna aktiva och öppna med kommentarer och frågor. Vissa kommentarer visar att kvinnorna i den här gruppen lever i eller har levt i en svår social situation.

– Jag var tillsammans med en man för 10 år sedan och utsattes för psykisk misshandel. Litar inte på andra än idag. Blir förbannad på mig själv för att jag inte kan släppa taget, säger Doris.

– En man jag är skild från sedan länge förföljer mig via SMS, berättar Elin för gruppen.

Så följer samtal kring hur mycket som är rimligt att göra på en dag. Det visar sig att kvinnorna gör eller har förväntningar på sig själva att hinna med orimligt mycket under en dag.

Efter det en yogaövning. Träffen avslutas med en kroppsskanning och efter den rapporterar några deltagare.

– Jag har en bättre dag idag, meddelar oss Kristina.

– Är mjuk och from i kroppen, menar Felicia.

Gjort förändringar i sina liv

Så är vi framme vid den sista träffen i mindfulness. En har meddelat att hon är sjuk, så det är sex kvinnor idag.

Som första punkt ombeds deltagarna skriva i sina böcker hur det är idag, hur veckan som gått varit och om de varit speciellt "mindfulla" eller noterat om de inte varit det.

Det ges tips hur man kan hantera stressade situationer av akut karaktär och mindre stressade situationer. Vid den första tipsas om att andas, stanna upp och realitetspröva medan vid den andra handlar det om att öka motstånds-

kraften, som till exempel genom vila och återhämtning, träning samt kost.

Under samtalet framkommer att kvinnorna redan gjort förändringar i sina liv. Några berättar nöjt om sina upplevelser:

– Jag har medvetet stannat upp och andats. Både när det behövts men också bara stannat upp. Jag andas, drar upp axlarna och andas ut. Märker att det spar energi, slipper "explosionerna". Barnen blir mer medgörliga. Vi får mindre bråk och tjafs, säger Gudrun.

– Jag har varit barnvakt och sonen bad om ytterligare en natt. Jag sa att jag har en grupp klockan tio nästa dag, så det blir svårt. Sedan ringde han och sa att han ordnat det. Han tog ledigt och var med sitt barn och det var ju positivt för dem båda, säger Kristina.

Övningar idag är en gående meditation, att gå sakta med medvetenhet om varje rörelse. En annan övning i de sju grundprinciperna, nybörjarsinne, blir att reflektera kring en mörk chokladbit.

– Vad har du för förhållande till den? Hur gärna vill du stoppa in den i munnen 1-5? Känslor, tankar, bilder? Den senare övningen handlar mycket om förståelse. Vi "vet" vad som väntar oss, tror vi, men om man vågar öppna upp och vara som kommen från rymden kan det ske oväntade reaktioner.

Gruppen får öva "Brief mindfulness", där deltagarna ombeds skriva ner något de jobbar med, utmaning, problem, ämne på ett papper och vilka tankar, känslor de har kring det. Pappret får ligga på golvet framför dem medan en kort andningsmeditation görs och efteråt ska de vända på pappret och skriva ned hur de ser på det tidigare beskrivna just

nu i denna stund. Flera rapporterar att det negativa försvann på den andra sidan.

Deltagarna funderar kring vad de tar med sig från dessa gånger.

- Inre lugn, andningen, säger en.
- Minskat stressen på grund av bättre planering, tar ett extra andetag när jag är mitt i något stressigt. Jag väljer fajterna med andra och med mig själv, säger en annan.
- När jag började måla, målade jag i mörka färger. Nu har jag köpt vitt och blandar ut. Något måste ha hänt. Jag har också tagit bort svarta kläder. När man mår dåligt är svarta kläder som att man inte syns, säger en tredje med ett försiktigt leende.

Som sista fråga att fundera på är vad första tecknet på en stressreaktion är. Ju tidigare tecken på stressreaktion man kan se desto lättare att bryta. Någon säger: – Svårt att koncentrera mig. En annan säger: – Irritation och en tredje säger: – Hjärtat slår fortare.

Efter en sista sittande meditation följer en funderar- och skrivövning. Deltagarna ombeds skriva ner ett långsiktigt önskat läge. Hälsovägledaren säger:

- Skriv några ord om vad du då gör, hur du mår, vilka är runt dig, vad ser de dig göra, var är du? Nästa steg: Vad skulle behöva vara annorlunda? Vad ska in eller ut i ditt liv? Vad är möjligt att göra redan idag eller i morgon? Kanske kan du göra mer av något du redan gör? Hur kommer du märka att du kommit upp ett steg? Hur kommer andra att märka?

Många frågor kan tyckas men deltagarna skriver snart ivrigt i sina anteckningsböcker. De kommer troligen fortsätta när de kommer hem.

Hälsovägledaren ger information om var de kan lära sig mer mindfulness. Hon uppmuntrar också deltagarna om att de kan träna, stationsträna, meditera, yoga och gå på föreläsningar på Hälsocenter.

Vilken betydelse har deltagandet haft?

I uppföljningsenkäten ställdes två frågor om vilken betydelse deltagandet i aktiviteter på Hälsocenter haft för dels hur man mår och dels för levnadsvanorna. För 74 procent av de som varit med i mindfulnessgrupp har deltagandet haft stor betydelse och för 20 procent liten betydelse för hur de mår. Endast sex procent uppger att deltagandet saknat betydelse.

Fyrtioåtta procent uppger att deltagandet haft stor betydelse och 44 procent liten betydelse för levnadsvanorna. För åtta procent har deltagandet inte haft någon betydelse alls.

I enkäten ställdes även en öppen fråga om vilken betydelse mindfulnessgruppen haft. Av de 41 personer som besvarat frågan har alla utom en beskrivit sitt deltagande i positiva ordalag. Många skriver om att de fått redskap och metoder som de kan använda i sin vardag för att må bättre och för att hantera påfrestningar som dyker upp. Man har lärt sig slappna av och vara mer närvarande i nuet. Gruppen och personalen beskrivs också som en viktig del som spelat stor roll.

Några exempel på svar:

- Det var en trevlig, intressant och nyttig grupp att vara med i. Tyvärr var det alldeles för få gånger för att jag ska kunna säga att det hade så stor betydelse på mitt liv, skriver Ann-Britt.

För Dagny har deltagandet inte haft någon betydelse. Hon fick arbete kort efter sitt deltagande. Arbetet gjorde att hon inte haft tid att fortsätta.

Tore skriver att kursen var mycket givande och att instruktören var väldigt engagerad och duktig att på ett intressant sätt förmedla kunskap.

– Jag kände att det hjälpte mig och jag har fortsatt att ”köra” min mindfulness i stort sett varje dag! skriver Felicia.

Petra skriver utförligt om sina erfarenheter:

– Allt skulle jag vilja säga. Att vara här och nu, ta saker när de kommer, lösa problem när de uppstår. Jag har gått i kuratorsamtal och hos psykiatrin i ett och ett halvt år efter min tid hos Hälsocenter, gick mitt sista i går. Det kuratorn ville ”rista och banka in i mitt huvud”, det sista hon sa under vårt samtal i går var: ”Att vara här-och-nu det är det absolut viktigaste för dig”. Det var just mindfulness som jag gick på hos Hälsocenter, så jag är inne på rätt spår. Det tar dock tid att praktisera och lära sig redskap. Jag har generaliserad ångest så jag blir aldrig ”helt botad”. Men jag kan hantera stressen på ett annat sätt idag. Jag kan ”ta udden av” stressen. Hantera de redskap jag lärde mig på Hälsocenter.

Avhoppare i vikt- och mindfulnessgrupperna

I uppföljningsformuläret ställdes frågan om man deltagit i fler än hälften av träffarna eller om man hoppade av. Till avhopparna ställdes frågan vad anledningen var att man hoppade av.

Totalt är det 20 personer som uppger att de hoppat av, 13 kvinnor och sju män. Elva har hoppat av viktgruppen och nio mindfulnessgruppen.

Tabell 1. Deltagare som varit med i fler än hälften av träffarna eller som hoppat av, fördelat på kvinnor och män, procent, absoluta tal inom parantes.

	Deltog i fler än hälften av träffarna i viktgrupp	Hoppade av viktgrupp	Deltog i fler än hälften av träffarna i mindfulnessgrupp	Hoppade av mindfulnessgrupp
Kvinna	78 (21)	22 (6)	82 (31)	18 (7)
Man	87 (33)	13 (5)	91 (19)	10 (2)

En öppen fråga ställdes om anledningen till avhopp. Sexton personer i viktgruppen har med egna ord svarat på den frågan – vilket är fem fler än vad man angivit i svaren på den fråga som framgår av tabell 1.

De allra flesta skälen har att göra med tider som inte passar, resor, flytt och arbete. – Kunde inte ta ledigt från jobbet. – Flyttade till annat län. – Tidsbrist, bor halva året på annan ort. – För att jag var tvungen att resa. Hade inget körkort, åkte tåg, svårt att passa tiderna. – Tyvärr, tiden. – Tiderna passade inte.

Andra orsaker som togs upp handlade om komplexa livsproblem:

– Jag hade för mycket stress runt mig. Har två sjuka barn, så man måste välja saker ibland tyvärr. Sen var det tokiga tider. Var sjukskriven men jobbade 50 procent och var tvungen att sjukskriva mig. Det blev tok med ekonomin.

Några skriver att de inte behövde mer.

– Jag är inne på rätt spår och klarar det bra själv. Medan ett par personer svarar att det inte gav dem något.

– Tyckte det inte gav så mycket mest prat.

Ett par blev sjuka och avbröt på grund av det. En person svarade:

- Jag får inte komma mer.

Anledningen till avhoppet i mindfulnessgruppen uppvisar stora variationer. Sju personer har svarat på den frågan med egna ord. Två personer skriver om tider.

- Tiderna funkade inte med mina arbetstider.

- Inte tid.

En person tycker inte att det kändes meningsfullt medan en annan skriver:

- Ville få en inblick i vad det var.

Två personer tar upp sin psykiska ohälsa:

- Läget var kaotiskt, gick på utredning hos Previa samtidigt som jag gick hos läkare/sjukgymnast. Det var för mycket helt enkelt.

- Har panikångest. Det blev jobbigt för mig att slappna av. Väcker dåliga minnen för mig den stunden.

En skriver:

- Kanske var det för många, kanske var det för tidigt.

Kanske att vi lämnades ensamma att lyssna på bandet. Kan inte svara med enkla ord.

7. Samtal med personalen

Vi har haft samtal, så kallad fokusgrupp, med all personal som arbetar på Hälsocenter Västmanland. På grund av avstånd och lämplighet för personalen delades dessa upp i två omgångar, i Fagersta och i Västerås, 2016-03-22 respektive 2016-04-11.

Fagersta Hälsocenter är beläget på Bergslagssjukhuset i korridoren alldeles vid ingången. Lokalerna känns originella och det har krävts en del fantasi för att få dem ändamålsenliga. De har ett skyltfönster med hälsoinformation som handlar om jämförande kostnader för till exempel rökning och olika drycker. När man kommer in där finns en receptionsdisk i ett rum med hyllor med broschyrer. Längre in är ett rum med ett konferensbord och väggarna är täckta av bokhyllor med litteratur kring hälsa.



Hälsocenter Västerås ligger på Pilgatan och konferensrummet är traditionellt inrett med bord i en rektangel och sedvanlig datautrustning.

I den följande redovisningen skiljer vi inte på om samtalerna härrör från Västerås eller Fagersta.

Välutbildad personal

Personalen använder sig av den lösningsfokuserade metoden i sitt arbete som alla har utbildats i (metoden beskrivs i kapitel 3). De har alla en akademisk examen med inriktning mot antingen *hälsopedagogik, beteendevetenskap eller hälsovetenskap*.

Inga journaler

Det förs inga journaler på Hälsocenter utan man skriver arbetsanteckningar som tuggas vid utskrivning. Alla vi pratar med är övertygade om att det går och skulle vara effektivt att arbeta lösningsfokuserat inom andra verksamheter.

Vilka söker sig till Hälsocenter?

Vi har en del frågor som vi vill ha svar på och börjar med vad det är som gör att personer söker sig till Hälsocenter. Alltså, vad är triggern till att söka?

Det gemensamma är att man vill och har starka behov av att skapa nya sunda vanor. För en del handlar det om att de kommit till insikt om något och vill förvalta sitt liv bättre genom att till exemplen gå ner i vikt. Vissa vill få mer balans i livet och tillvaron och få verktyg att hantera stress bättre. Andra vill få mer kraft och ork till att göra meningsfulla aktiviteter i sin vardag. För en del handlar det om att förebygga risken att drabbas av livsstilsrelaterade sjukdomar så som diabetes eller högt blodtryck.

Det kan också handla om att man har hört någon rekommendera Hälsocenter. Inte helt ovanligt är att man har varit med om en kritisk livshändelse så som exempelvis utbrändhet och kommer som ett led i en längre förändringsprocess,

till exempel efter ett möte med läkare eller kurator för att man vill komma ett steg närmare att förbättra sitt mående.

En person kan utan att vara inskriven komma och väga sig. Man kommer då på så kallad drop-in. Det kan innebära att den personen inser att vikten är för hög. Vågen blir som en ögonöppnare.

Inskriften i sex månader

Det sker en sällning redan vid första kontakten då man samtalat om vad den som söker vill ha hjälp med och behöver. Man bokar alltså inte per automatik en tid, utan man försöker få klarhet i om Hälsocenter är rätt ställe för just den som söker hjälp. Det förfarandet har medfört att personer inte så ofta kommer "fel".

Första inbokade samtalet är 45 minuter och då presenteras Hälsocenter, den sökandes nuläge kartläggs och en inskrivningsenkät fylls i. Information ges om att det erbjuds enskilda sex samtal, vilka grupper som finns och att man är inskriven i maximalt sex månader. Därefter sker ett samtal kring hur den som söker hjälp uppfattat informationen och åter tas upp om Hälsocenter är rätt ställe för dem. Frågor som ställs är: "Var står du idag?", "Vad vill du?", "Hur kommer du dit?"

Första samtalet är till för att se om Hälsocenter är det rätta. Om man kommer fram till att det är det bokas det andra samtalet in.

Många deltagare vill ha konkreta råd och scheman att följa. Hälsocenter ger visserligen råd och förslag på scheman men arbetar framförallt med att sprida kunskap och få personerna att tänka själva, ta egna beslut till förändring av livsstil som håller på lång sikt. Vid inskrivningen diskuteras

vad den som söker önskar prova. När det gäller kosten går personalen efter Livsmedelsverkets rekommendationer.

Händer det att deltagare inte följer den plan som man kommit överens om under inskrivningssamtalet? Ja, det händer. Orsaken till det kan vara att deltagarens tillvaro är ”strulig”, har allmänt svårt att hålla tider, mår för dåligt och vill ha snabb lösning på sina problem. Kan också sakna tillräcklig motivation. Det är en av svårigheterna hälsovägledarna har; försöka förebygga avhopp. Men de har med människor att göra och då kan man inte på förhand avgöra alla reaktioner, trots ingående kartläggning vid inskrivningssamtalen. Andra slutar av helt andra skäl. En av hälsovägledarna säger:

– En del kommer, blir inskrivna och gör så mycket på egen hand att de känner sig klara efter inskrivningen. De behövde bara den knuffen i rumpan.

En annan hälsovägledare flikar in:

– Det kan vara så att de faktiskt vill fortsätta efter första samtalet. Men så brister något. Till exempel att de går upp i vikt. De kanske skäms. Det blir för pinsamt för dem.

Vi får veta att det är mer avhopp i grupper än vid enskilda samtal och det är fler som hoppar av grupperna i mindfulness, än i viktgrupperna. De vill ha en snabb lösning. De vill lära sig stresshantering men det momentet lärs inte ut i mindfulnessgrupperna. Avhopparna meddelar för det mesta att de slutar. De uteblir inte bara.

– Det här gör att vi kan börja med en grupp på tio till tolv personer men som av olika skäl kan komma att halveras.

Det kan vara svårt för personer att prioritera sin hälsa om de har en dålig ekonomi till exempel på grund av arbetslöshet. Personalen har också märkt en kunskapsbrist.

– Många säger: ”Jag har inte råd att äta nyttigt”. Men så behöver det inte vara. Då kan vi på Hälsocentren informera om ett material som kallas Grönkvist där man får tips om



hur man kan äta både nyttigt och billigt. Samordningsförbundet Västra Mälardalen har sammanställt ett material för studiecirkel med sju träffar, där det mesta inom hushållsekonomi tas upp.

8. Hälsocenter i media

Vad som står i tidningen, vad som sägs i radio och vad som ses på TV kan påverka oss på olika sätt och kan komma att förändra våra attityder och beteenden.

Som vi tog upp i kapitel 1 har forskning visat att verksamheter som får mycket av negativ publicitet påverkar personalen som arbetar där, på klienter och kunder och på allmänhetens syn.⁴ Det är tungt och frustrerande för dem som arbetar inom områden som gång på gång får dålig publicitet. Det blir svårare att få allmänhetens förtroende. Kunder, klienter och patienter kan komma att vända verksamheten ryggen.

Tvärtom är det om man får positiv publicitet. Då har man vind i ryggen. Det är lättare att få allmänhetens förtroende. Det lockar till sig kunder och klienter och det blir lättare att rekrytera kompetent personal.

Hälsocenterverksamheten debatteras

Vi har tittat lite närmare på innehållet i artiklar och inslag i radio och TV där hälsocenterverksamheten i Västmanland omnämns. Ett tiotal artiklar är av *debattkaraktär* och omfattar perioden oktober 2010 till juli 2013 med politiska avsändare och som innehåller politiskt ställningstagande till Hälsocenter.

I en debattartikel i VLT den 15/10 2010 (Västmanlands läns tidning) för Sjukvårdspartiet fram ett förslag om att det vid varje sjukhus i Västmanland bör inrättas ett Hälsocenter där man bland annat kan få råd och hjälp i hälsofrågor utan att belasta sjukvården och att centren ska utgöra en resurs och samarbetspartner för områdets vårdcentraler. Man hänvisar

till att det redan finns ett väl fungerande Hälsocenter i Fagersta.

Under senhösten 2011 riktar sig Sjukvårdspartiet i en debattartikel i VLT (23/11) till oppositionen inom Landstinget och ställer frågan: "Vad tycker oppositionen om hälso-centra"? Frågan var föranledd av att man ansåg att verksamheten vid Hälsocenter i Fagersta och en motsvarande verksamhet i Bäckby hotades av stängning. I artikeln sägs det att det var Sjukvårdspartiet med stöd av Miljöpartiet som lyckades övertyga den dåvarande majoriteten värdet av förebyggande verksamhet. Det gjorde vidare att man kunde förhindra att verksamheterna lades ned, skriver man.

I Landstingets plan för verksamheten för åren 2012-2014 planerades en utbyggnad av hälsocenterverksamheten med ytterligare två Hälsocenter. Den rödgröna majoriteten bestående av (S), (V) och (MP), som styrt landstinget sedan 2010 redovisar sin satsning på folkhälsan i en artikel i VLT (19/9 2012) under rubriken "Vi sätter folkhälsan i fokus". Man ger vårdcentralerna ett utökat uppdrag som består i att uppmärksamma behov av livsstilsförändringar samt ge råd och stöd. Som en resurs och ett komplement ska det inom kort finnas speciella Hälsocenter. Och till dessa Hälsocenter ska länsborna kunna vända sig direkt utan remiss från sjukvården. Men redan några månader tidigare hade MP genom sitt landstingsråd för folkhälsa presenterat satsningen på hälsofrämjande arbete och bland annat lyft fram Hälso-centrens verksamhet och uppdrag (VLT 10/3 2012).

Landstingsrådet skriver:

– Hälsocenter som modell är en viktig pusselbit för hur man inom Landstinget Västmanland ska arbeta mer hälsoorienterat. En satsning på Hälsocenter skapar förutsättnin-

gar att i ett längre perspektiv kunna infria visionen om ett mer hälsofrämjande landsting.

Artikeln följs upp med att de rödgröna i en artikel (VLT maj 2012) presenterar sitt förslag till landstingsplan under rubriken "Landstingsplan rustar länet för framtiden". I den finns Hälsocenter med i det samlade greppet att förstärka ett hälsoinriktat landsting.

Intrycket är att det är Miljöpartiet och det ansvariga landstingsrådet för folkhälsa som är drivande i den breddade satsningen på folkhälsa.

Oppositionsrådet Maria Dellham (M) är på vissa punkter kritisk till de rödgrönas satsning på Hälsocenter och kritiken förs fram i en debattartikel i VLT den 5/6 2013. Dellham tycker det är bra att Landstinget satsar på det förebyggande hälsoarbetet men är kritisk till otydligheten i det uppdrag som hälsocenterverksamheten fått. Hon är också kritisk till att bygga ut verksamheten med Hälsocenter innan en utvärdering gjorts.

– Det är på gränsen till slöseri, skriver hon.

Hon är även kritisk till att äldre inte har tillträde till Hälsocenters verksamhet.

– Det är inte rimligt, poängterar hon.

En dryg vecka senare svarar MP och S på kritiken under rubriken "Vi satsar på folkhälsan" (VLT 13/6 2013). Man tar till sig Moderaternas kritik att Hälsocentren ska vara till för alla:

– Det är självklart att Hälsocentrens verksamhet också ska vara till för västmanlänningar som fyllt 65 år.

Hälsocentren föreslås därför få nya riktlinjer där det tydligt framgår att Hälsocentren är till för alla.

Några veckor senare samlar sig de rödgröna i ett gemensamt svar till oppositionsrådet Maria Dellham (VLT 4/7 2013). Under rubriken "Hälsocenter ger bättre hälsa".

Reportage

Flera av artiklarna är av typen *reportage*. Många har fått stort utrymme och handlat om lyckade livsstilsförändringar där Hälsocenter spelat en viktig roll.



AVSTRESSANDE. Mathias Blomqvist har fått hjälp av Hälsocenter att hitta sätt att stressa ner, bland annat använder han mindfulness, både när han är ute och promenerar eller står sig ner någonstans. "Nu färdskjer jag vara i roet, förut var det bara dåligt eller framtid som fanns i mina tankar", säger han. Foto: Irene Hållgren

Så hittade Mathias tillbaka till sin normala sömnrhyth

reportaget att han nu är på väg tillbaka sedan han fått hjälp vid Landstingets Hälsocenter. Där fick Mathias lära sig avslappning och mindfulness.

Ett annat reportage handlar om Sandra som valde bort operation (VLT 19/3 2015). Sandra vägde 150 kilo. Hon fick kontakt med Hälsocenter som hjälpte henne att göra medvetna matval. Hon motionerar regelbundet och har lyckats gå ner 47 kilo.

Under rubriken "Eva tränade mindfulness och blev mindre stressad" (VLT 22/4 2015) porträtteras Eva Öhrn. Hon är hälsovägledare på Hälsocenter i Västerås. Där hjälper hon bland annat arbetslösa och sjukskrivna att minska sin stress

På en
helsida i VLT
(18/3 2015)
berättar
Mathias om
stress, sömn-
problem som
övergick i en
utmattnings-
depression.
Han säger i

under natten.
Kolla hur det såg ut de
nätter du sov bättre än
annars, kanske går det att
uppsöka det mönstret.
Stressa ner. En promenad
kan vara avstressande.
Sov också ner allt du
behöver komma ihåg under
närsta dag. Då behöver du
inte lägga och tänka på det.
Vara ner. Undvik misser,
alkohol och koffein på
kvällen och försök vara
ner innan du går och
lägger dig.
Avslappning. Lär dig
avslappningsövningar eller
mindfulness. Användbart
både när du ska somna och
när du vaknar på natten.

Läs mer om hälsa:
på vlt.se

genom att träna
sig i meditation.
I reportaget be-
rättar Eva om
hur hon själv
blev hjälpt av
att använda me-
toden. Reporta-
get innehåller
också en be-
skrivning av
mindfulness
som metod.

I ett stort
reportage be-
rättar VLT (21/10 2016) om Anita som golvades av stressen
men som nu är på väg tillbaka. – Mycket tack vare all hjälp
jag har fått på Landstingets Hälsocenter. Jag har fått en
annan medvetenhet om mig själv.

Information och hälsoupplýsning

En typ av artiklar *informerar* och *upplyser* om vad Hälsocenter gör. Vad Hälsocenter kan hjälpa till med, vilket uppdrag de har och liknande. I en artikel under rubriken "Möjligt att gå ner i vikt – utan operation" (VLT 17/3 2015) berättar personal vid Hälsocenter om hur de arbetar med personer som vill gå ner i vikt utan att göra fetmaoperation.

– Man kan absolut gå ner i vikt utan fetmaoperation, säger Kicki Pettersson som är hälsopedagog vid Hälsocenter i Västerås.



© Anita Blom
Ålder: 60 år.
Yrke: Kundservicechef, kundservicechef LSS.
Barn: Fyra barn.
Familj: Sambo, två vuxna barn med familj och två barnbarn. Både är två år.
Fritidsintressen: Fika, så mycket jag orkar och kan, både utomlands och i Sverige. Egentligen är jag en sportslig.
Läser: Just nu kan jag inte läsa alla, annars färdläser. Sambo läser jättemycket, vi valde till och med boka tre-nio år i flyttade hit.
Går om dagarna: Jag är sjukskrivna på heltid, men nu orkar jag ändå gå på yoga och mindfulness på landstingets Hälsocenter. Nu i Västerås, det har hjälpt mig jättemycket. Och så cyklar eller promenerar jag en stund varje dag.

Stressen golvade Anita - nu har hon hittat en väg

I artikeln kommer också en överläkare vid kirurgkliniken till tals som hävdar att på egen hand gå ner i vikt vid fetma ofta är förgäves.

– Det är ytterst få, enbart fem procent, som kan behålla den nya vikten under flera år.

I en artikel med rubriken ”Gå dig pigg och frisk” (VLT 11/9



VARDAKSNOTION. Eva Öhrn, hälsovägledare vid Hälsocenter, säger att promenader är ett bra sätt att komma igång efter sommarledigheten. Det är också viktigt att försöka få vardagsmotionen att bli en vana. Vårens gamla motionerunden går tillräckligt lång efter solen med många buskar. Foto: Margareta Andersson

Gå dig pigg och frisk

30 minuter räcker för att komma i form efter sommaren

Hälsocenter Västerås.

På liknande sätt har verksamheterna vid de övriga Hälsocentren presenterats i media.

Verksamheten vid Hälsocenter Sala får ett stort utrymme i Sala Allehanda (18/3 2015). Hälsovägledare Cecilia Widén berättar om hur de arbetar.

– Vi jobbar efter en metod där vi fokuserar på att våra deltagare ska hitta sina egna lösningar efter sina egna behov. Vi ger inga färdiga koncept när det handlar om

2014) ger hälsovägledaren Eva Öhrn tips om hur man kan komma i form och betydelsen av vardagsmotion. I artikeln berättas det också om verksamheten vid

viktminskning eller sömnbesvär. Vi försöker i stället ställa frågor så att de själva ska hitta lust och motivation.

I samband med en ny rapport från amerikanska smitt-



BRAMAT. Hälsoledaren Josefin Näs har plockat fram exempel på livsmedel som innehåller bra vitaminer och mineraler. Foto: Irene Wallgren



Multivitamin. Äppelkall Josefin för naturens multivitamin. Det innehåller komplett protein, bra fett och alla vitaminer utom c. Foto: Pavel Kloubek



C-vitamin. Svarta vinbär innehåller mer c-vitamin än vad citrusfrukter gör. Foto: Håkan Holmberg/Scamp

Josefin vet vilka vitaminer som håller dig pigg i höst

skyddsinstitutet som påstås visa att socker, oberoende av kroppsvikt, ökar risken att dö i hjärtsjukdomar intervjuas Mikael Axelsson som är hälsovägledare vid Landstingets Hälsocenter på sjukhuset i Köping.

– Många behöver minska sockerintaget rejält ... Jag träffar många som vill gå ner i vikt och börjar man kolla på gemensamma nämnare så beskriver många ett väldigt sug efter godis, läsk och andra sötsaker. I artikeln ges tips på hur man kan minska sockerintaget.

Nyttan av vitaminer tas upp i VLT (20/8 2016). Hälsovägledaren Josefin Näs tipsar i ett stort bilduppslag om vad man behöver äta för att få sig alla de vitaminer som vi behöver.

Flera artiklar tar upp Hälsocenters verksamhet i samband med Landstingets egna rapporter om hur det står till med hälsan i Västmanland och framförallt den stora andelen överviktiga. Dessa har karaktären av larmrapporter som framförallt fokuserat på övervikt och brist på fysisk aktivitet. Exempel på rubriker är: "Var tredje kille på gymnasiet är överviktig" (Sala Allehanda 16/11 2015). "Hälsocenter hjälper unga att hitta formen" (Fagerstaposten 14/12 2015). "Växande fetma oroar politiker" (VLT 16/9 2014). "Fetma i länet oroar politiker" (Fagerstaposten 29/9 2014). "För få recept på fysisk aktivitet i Västmanland" (SVT nyheter Västmanland 26/5 2016). "Få hänvisas till Hälsocenter" (SR Nyheterna Västmanland 26/3 2015).

Bilden av Hälsocenter i media

Vår bedömning är att den samlade bilden av Hälsocenter i media är positiv och till dess fördel. Verksamheten har varit föremål för debatt. Men det manifesta innehållet i debatten ger inget belägg för att det skulle finnas några avgörande skillnader vad gäller betydelsen av Hälsocenter mellan de politiska blocken. Man är överens om att det är viktigt att det satsas på det förebyggande hälsoarbetet och att den resurs som skapats ska vara till för alla. Man har visserligen varit oenig i synen på i vilket skede som verksamheten borde utvärderas men det förändrar inte den samlade bilden av verksamheten i media.

Hälsocenter har vid några tillfällen fått stort mediautrymme med både bild och text som både har varit av reportage- och informationskaraktär. Verksamheten har framställts på ett fördelaktigt sätt. Kunnig personal och nöjda brukare.

I några artiklar antyds att verksamheten utnyttjas för lite och att allt för få från sjukvården hänvisas till Hälsocenter. Men som framgår av kapitel fyra är det var tredje kvinna och var fjärde man som endera hänvisats från sjukhusklinik eller vårdcentral.

Hälsocenter på Facebook

Hälsocenter finns på Facebook under rubriken Hälso- centrum Västmanland som är en samlad benämning på tre verksamheter inom Landstinget Västmanland, där Hälso- center är en av dem. Sidan har drygt 1300 följare. På Facebooksidan läggs evenemang upp. Man kan se foton och videoklipp och det finns möjlighet för besökarna att skriva egna inlägg.

På sidan ges bred information om verksamheten, om vad som är på gång, om kurser, om litteratur, om vetenskapliga rön.

9. Samtal med deltagare

Under arbetet med utvärderingen har vi samtalat med drygt 20 personer som deltagit i Hälsocenters verksamhet. Ibland har det rört sig om samtal med enskilda som vi mött i väntrum, ibland i samband med gruppaktiviteter som vi deltagit i. Vi har också genomfört gruppintervjuer och intervjuer med enskilda.

I det här kapitlet redogör vi för vad vi fått fram under dessa samtal. Och det är framförallt tre personer som står i förgrunden.

Mats, Siri och Helen har deltagit i flera av Hälsocenters aktiviteter. Mats och Siris bakgrund liknar varandra. Ett stressigt arbetsliv där de har givit järnet. Mats fick hjärtproblem och Siri fick stroke. – Jag tror det berodde på stressen, säger Siri.

Mats arbetsmiljö var dålig. Så dålig att till och med Arbetsmiljöverket kopplades in. – Det var väldigt jobbigt. Jag mådde inte alls bra, säger Mats.

Siri var en allt i allo och ville vara alla till lags. Så var det också med Mats.

Mats sa till slut upp sig från jobbet och är nu arbetslös. Siri är sjukskriven.

Helen är också arbetslös. Hon har under de senaste tio åren av och till varit sjukskriven. Hon kämpade febrilt för att komma tillbaka till jobbet efter varje sjukskrivningsperiod. Men till slut gick det inte. Det dröjde också länge innan läkarna kom på vilken sjukdom hon hade. Hon fick medicin. Under flera år har hon även varit deprimerad.

Såg en annons

Mats visste ingenting om Hälsocenter. Han såg en annons om öppet hus och beslutade sig för att gå dit. Han tänkte att det kunde vara någonting.

Siri tipsades om Hälsocenter av rehabiliteringspersonalen på sjukhuset som pratade varmt om Hälsocenter. Och det var ett halvt år efter "stroken".

Helen fick tipset om Hälsocenter av sin handläggare på Arbetsförmedlingen och det var som en skänk från ovan.

Mats gillade det han fick höra på "öppet hus" och bestämde sig för att börja. Han gick på ett hälsosamtal och fick ett stort förtroende för sin hälsovägledare. Det resulterade i att han började i mindfulnessgrupp och gick på alla träffarna.

Siri som hade rekommenderats av rehabiliteringspersonal tog kontakt med Hälsocenter. Det hade gått bra med rehabiliteringen och hon kände sig mogen att börja på Hälsocenter. Hon hade ett första samtal med en hälsovägledare. Det kändes bra. – Hon var sjukt skicklig på att ställa rätt frågor. Man kommer med lösningen själv, säger Siri och förklarar: – Man är tvungen att göra hela jobbet själv... Och det är så nyttigt. Det är klart mycket bättre än vad jag hade förväntat mig ... Man är tvungen att tänka på ett annat sätt. Man ställer frågorna till sig själv. Man frågar sig om det måste vara på det här sättet. Hur vill jag ha det? Det är inte så enkelt.

Mats kände sig bekväm i mindfulnessgruppen. Det kändes naturligt att vara med och det blev en stark gemenskap, berättar han. Det fanns något i bakgrunden hos de flesta som förenade dem.

– För att alla hade ju någon ryggsäck med sig. Jag känner också att det blev mycket känslor. Man berättade om saker och ting. Fick och gav en klapp på axeln.

Siri har också haft ett enskilt samtal. Hon beskriver hur det kunde vara upplagt genom att berätta om det så kallade miraklet som är en del i den pedagogik som lösningsfokus använder sig av.

– Hon (hälsovägledaren, vår anmärkning) sa att i natt har det varit en magisk händelse. Alla små orosmoln har skingrats och allt som varit jobbigt har löst sig under natten. Från och med att du slår upp ögonen. Hur ser din dag ut?

Siri berättar att då fick hon gå igenom en hel perfekt dag där ingenting är problem. Där allt redan har fått en lösning. Och det som inte fått sig en lösning - hur kommer man dit?

– Tänk om jag hade vetat om det här tidigare då hade mycket varit annorlunda, säger Helen, jag har under alla år som jag mått dåligt trott att jag var otillräcklig och att jag inte förmådde men i själva verket var jag utbränd.

Jag känner mig respekterad

Vi kommer in på vad som utmärker Hälsocenter och om deltagandet gjort någon skillnad.

– Jag är inte lika frustrerad som tidigare. Jag har varit ledsen. Jag har varit tvär. Kanske sårat människor. Jag tänker mig för nu på ett annat vis. Jag har fått ett annat tänk, säger Mats.

– Jag har lärt mig att värdesätta mig själv, säger Siri och fortsätter: – Tidigare var jag beroende av andras bekräftelse. Jag ser nu själv att det jag gör är bra. Behöver inte höra det från andra längre.

Också för Mats har Hälsocenter gjort skillnad. – Jag kan ta tillvara på små saker som kanske inte verkar viktiga men som för tillfället är viktigt.

Helen säger att hon slutat medicinera. – Och det har gått bra, säger hon nöjt. Sen sju veckor har jag satt ut medicineringen.

Siri tycker att det är mer avslappnat på Hälsocenter än vad hon varit med om på annat håll.

– Bara en sådan sak att de inte har sjukhuskläder. Och bara det att det inte ligger på sjukhuset är otroligt viktigt för mig.

Siri kommer in på hur viktigt bemötandet är:

– Dom visar en stor respekt för den enskilde individen ... Det känns att man blir respekterad. Känner mig mer betydelsefull. Man höjer sig när man är här.

Även Mats tar upp det fina bemötandet.

– Man respekterar människorna. Man får liksom prata till punkt. Det är ju respekten. Man dömer inte. Det känns mänskligt på något vis.

För att förklara och exemplifiera berättar Mats om hälso-samtalen som betytt mycket för honom.

– Hon (hälsovägledaren, vår anmärkning) följer ju upp. Hon registrerar vad jag är på för nivå. Jag får förklara hur jag känner var jag är. Och gradera. Hon bekräftar mina framsteg och stöttar mig. Hon ser framsteg. Och förklarar för mig.

Av Mats berättelse är det lätt att förstå att han inte är van vid att bli så fint bemött av vården. Han säger att det fina med Hälsocenter är att det får ta sin tid.

– Det är inte samma forcering som hos läkaren. Där är det snabba ryck som gäller. Jag känner mig tryggare här. Här

känner man sig välkommen och man känner att dom ägnar sig åt en. Så är det inte alltid på andra ställen. Många gånger man varit på ett läkarbesök så har man lika mycket frågor i alla fall. Här får jag det förklarat på ett bra sätt.

Helen förklarar vad hon tycker är så bra med Hälso-center:

– Det sköna med Hälsocenter är att de fokuserar på det friska, på möjligheterna. Tänk om sjukvården kunde ta hand om personer på det här sättet. Här är så öppet och tillåtande.

Jag har lärt mig sätta ned foten

– Jag har lärt mig sätta ned foten istället för att tita och älta saker och ting, säger Mats, jag har kommit till insikt.

Han säger att han numera ofta blir glad och stolt och självförtroendet har stärkts av att vara här.

Säga nej har också Siri lärt sig.

– Tidigare var jag en passupp. Nu låter jag mig inte bli utnyttjad. Hon förtydligar:

– Jag har lärt mig att säga ifrån på ett annat sätt.

Hennes självkänsla som var körd i botten håller på att komma tillbaka. Hon har färre dåliga dagar.

– Jag kan ha dåliga dagar. Men de är färre. Mycket färre sådana dagar nu. Jag accepterar att de kommer. Jag får ha dåliga dagar.

På väg framåt

Vi pratar om framtiden. Siri säger:

– Jag är på väg framåt. För två månader sedan tänkte jag att jag ska komma tillbaka. Nu är det framåt. Jag går inte tillbaka. Jag går framåt.

Vid intervjun har Siri några månader kvar på sitt deltagande. – Minst en gång i veckan går jag på drop-in-yoga och mindfulness. Yogan är så bra för den fokuserar på kroppen. Fokus på rörelse och andning. Kombinationen att först göra yoga och sedan gå in på mindfulness är helt suverän.

Mats blickar framåt och hoppas få ett mindre stressigt och lugnare jobb och han vill ägna sig mer åt sina fritidsaktiviteter. Det han lärt sig på Hälsocenter hoppas han kunna hjälpa honom att inte hamna i samma situation som tidigare. Helen ser med tillförsikt framtiden an. Hon mediterar regelbundet och "skannar" av hur hon mår. Och det tror hon kan hjälpa henne. – Om jag känner att en depression är på väg kommer jag att stanna upp.

De här tre personernas synpunkter om Hälsocenter känner vi väl igen efter samtalen med framför allt viktgruppernas deltagare. Då har det framförts att de fått ett bra bemötande, blivit tagna på allvar och sedda. Att lära sig tänka på ett annat sätt, som till exempel att lägga fokus på det som är bra har lyfts fram. Mer om deltagarnas synpunkter finns i kapitel fem och sex.

10. Sammanfattning och diskussion

Sammanfattning

Vårt uppdrag var att utvärdera och dokumentera hälsocenterverksamheten som finns på fyra platser i Västmanland. Den har till uppgift att vägleda och stötta personer som önskar göra förändringar i livsstil och levnadsvanor. Vid de fyra Hälsocentren erbjuds hälsosamtal och gruppaktiviteter av olika slag. De mest populära är vikt- och mindfulnessgrupperna. Vanligaste skälen till att man vänder sig till Hälsocenter är att man vill gå ner i vikt eller minska stressen. Verksamheten bygger i huvudsak på den lösningssfokuserade metoden.

Deltagarna har möjlighet att vara inskrivna vid Hälsocenter i maximalt sex månader. Förhoppningen är att man därefter har kommit i gång så att man på egen hand kan fortsätta med att finna vägar till ett mer hälsosamt liv.

Utvärderingens frågor

Tre frågor har varit centrala: 1. Bidrar Hälsocenter till att förbättra hälsa och välbefinnande? 2. Bidrar Hälsocenter till förändrade levnadsvanor? 3. När Hälsocenter socio-ekonomiskt utsatta grupper med sin verksamhet och bidrar verksamheten till att minska ojämlikheten i hälsa i befolkningen?

Förutom dessa frågor har vi intresserat oss för media-bilden av Hälsocenter eftersom medias bild av en verksamhet har visat sig påverka både yrkesroll och allmänhetens attityd.

För att besvara dessa frågor har vi använt oss av flera olika angreppssätt och metoder.

Bättre hälsa

När det gäller att söka svar på frågan om hälsocenterverksamheten bidrar till bättre hälsa har vi använt oss av tre olika hälsomått. Alla dessa visar på hälsovinster. *För det första* ökade andelen som bedömde sin hälsa som bra (mycket bra eller bra) från inskrivning till ettårsuppföljning. *För det andra* framkom att drygt hälften av kvinnorna och drygt fyra av tio män hade gjort hälsovinster. *För det tredje* uppgav två tredjedelar förbättringar i den psykiska hälsan och drygt hälften av kvinnorna och nästan tre av fyra män förbättringar i den fysiska hälsan från inskrivning till uppföljning.

Måtten på sömn och stress följer samma mönster. Andelen med sömnproblem minskade både för män och kvinnor och det gjorde även andelen som besvärats av stress.

Nästan två av tre kvinnor och drygt två av tre män uppgav att de vid ettårsuppföljningen kände sig mer tillfreds med livet jämfört med vad de gjorde innan de började på Hälso-center.

Förändrade levnadsvanor

När det gäller levnadsvanor har andelen fysiskt inaktiva minskat och andelen fysiskt aktiva ökat. Kosthållningen har förbättrats hos en betydande andel av både kvinnor och män.

Vid ettårsuppföljningen uppgav två av tre kvinnor och tre av fyra män att de äter mer hälsosamt. Nästan hälften av kvinnorna och nästan sex av tio män uppgav att de lever ett mer hälsosamt liv. Drygt hälften av samtliga hade blivit bättre på att hitta lösningar på hälsoproblem.

Socio-ekonomiskt utsatta grupper

I runda tal tre av tio kvinnor och fyra av tio män var vid inskrivning arbetslösa eller sjukskrivna.

Från inskrivning till utskrivning förändrades socio-ekonomiska situationen för flera. En del gick från att ha ett arbete till arbetslöshet eller sjukskrivning och några från arbetslöshet eller sjukskrivning till förvärvsarbete.

Hälsovinsterna visade sig vara störst för dem som gått från arbetslöshet/sjukskrivning till förvärvsarbete och minst för dem som gått från förvärvsarbete till arbetslöshet/sjukskrivning. I det förra fallet är hälsovinsten nästan dubbelt så stor.

En förflyttning uppför statusstegen ökade hälsovinsten avsevärt och förflyttning nedför stegen minskade den.

Kritiska livshändelser som nära anhörigs död, uppsägning, separation, ekonomisk kris är starkt sammankopplade med hälsa. Ju fler kritiska livshändelser mellan utskrivning och uppföljning desto mindre hälsovinster vid uppföljning.

Kontakten med människohjälpande organisationer

Personer som av en eller annan orsak befinner sig i en utsatt eller sårbar situation har ofta kontakt med så kallade människohjälpande organisationer. Det kan vara socialtjänsten, Arbetsförmedlingen, Försäkringskassan, sjukvården.

Cirka var tredje kvinna och var fjärde man har blivit hänvisade av sjukvården. Hälften av de arbetslösa och nästan sex av tio sjukskrivna har blivit hänvisade av någon människohjälpande organisation. Drygt hälften av alla som börjar på Hälso-center har kommit på eget initiativ.

Information om Hälsocenter

Det vanligaste sättet som man fått vetenskap om Hälsocenter är via hänvisning. Det har drygt var tredje. Bland arbetslösa är det drygt hälften och bland sjukskrivna nästan hälften.

Hälsocenter i media

Den samlade bedömningen är att bilden av Hälsocenter i media är positiv och till klar fördel för verksamheten.

Verksamheten har varit föremål för politisk debatt. Men det manifesta innehållet i debatten ger inget belägg för att det skulle finnas några avgörande skillnader i synen på verksamheten mellan de politiska blocken. Man är överens om att det är viktigt att det satsas på det förebyggande hälsoarbetet och att den resurs som skapats ska vara till för alla. Visserligen har man varit oenig i synen på i vilket skede som verksamheten borde utvärderas men det förändrar inte den samlade bilden av verksamheten i media.

Hälsocenter har vid några tillfällen fått stort mediautrymme med både bild och text som har varit av reportage- och informationskaraktär. Verksamheten har framställts på ett fördelaktigt sätt. Kunnig personal och nöjda brukare.

Metodologiska begränsningar

Innan vi ger oss in på den avslutande diskussionen ska vi redogöra för några aspekter vid genomförandet som kan ha inverkat på resultaten.

En första aspekt rör några av frågorna i inskrivnings-, utskrivnings- och uppföljningsenkäten. Ett antal frågor som används vid inskrivning och utskrivning har vi, för att möjliggöra jämförelser, även låtit ingå i uppföljningsenkäten.

Dessa har svarsalternativ (alltid, ofta, ibland, sällan, aldrig) som inte rekommenderas i den metodmässiga litteraturen på grund av allt för stor vaghet samt avsaknad av referenspunkter.⁴²

Även frågan om självskattad hälsa, som visserligen har visat sig ha ett visst mått av prediktionsvärde, rymmer svarsalternativ som kan vara svåra att tolka när de används för att göra jämförelser mellan olika tidpunkter. I syfte att kompensera för eventuella brister i dessa avseenden har kompletterande frågor ställts där deltagarna själva fått ta ställning till om förändringar ägt rum.

En begränsning utgör också bortfallet. Svarsprocenten i uppföljningsenkäten för män var under 50 och för kvinnor något över, vilket kan vara problematiskt. Men den genomförda bortfallsanalysen ger inga klara belägg för att bortfallet, som framförallt består av yngre, socio-ekonomiskt utsatta och lågutbildade, skulle inverka på ett sådant sätt att det ger en missvisande bild av deltagarnas hälsovinster. Men det går naturligtvis inte utesluta en selektionseffekt i den meningen att de som svarat på uppföljningsenkäten bestod av individer som hade mer gynnsamma möjligheter och förutsättningar att dra nytta av Hälsocenters verksamhet från inskrivning till uppföljning jämfört med dem som avstått från att delta i undersökningen.

Diskussion

Vår bedömning är att hälsocenterverksamheten har lyckats väl med flera av sina föresatser. Använda indikatorer på hälsa, välbefinnande och förändrade levnadsvanor pekar åt samma håll. Hälsan förbättras från inskrivning till utskriv-

ning och förbättringen håller i sig även vid ettårsuppföljningen.

Några saker behöver dock diskuteras. En rör frågan om betydelsen av respektfullt bemötande och den metod och det förhållningssätt som personalen vid Hälsocenter använder. Den andra handlar om problemet med att minska hälsogapet. Men vi inleder med att kort behandla olika aspekter av stress.

Utsatthetens stress

Ett av de mest vanliga skälen till att man söker sig till Hälsocenter är att man vill minska sin stress. Det finns anledning att kort ta upp de olika former av stress som framförallt socio-ekonomiskt utsatta grupper är exponerade för.

Socio-ekonomiskt missgynnade grupper är mer än andra utsatta för fyra typer av ohälsosam stress. Den första är *ekonomisk stress* som handlar om en oro och en ängslan för att pengarna inte kommer att räcka till det allra nödvändigaste och som kan leda till allvarliga psykosomatiska besvär och sjukdomar.⁴³ De är även i hög grad exponerade för *mortifikationell stress* som uppstår när man känner sig vara föremål för omgivningens kritiska blickar, förödmjukelser och klander. Den allmänna hypotesen är att ju längre ned en individ befinner sig på samhällsstegen desto mindre möjligheter har hen att skydda sig från den mortifikationella stressens skadliga effekter.

Socio-ekonomiskt utsatta grupper är även exponerade för *dramaturgisk stress* som gör sig gällande när en individ förstår att det sätt varpå hen presenterar sig själv är en annan än hen är eller vill vara. Hen känner sig då tvingad att upp-

rätthålla en fasad, framträda på ett visst sätt, som är oförenligt med hens rätta känslor och föreställningar om sig själv.

Grupper som befinner sig i ett socialt underläge och som har liten makt upplever mycket av dramaturgisk stress. Mest tydligt är det bland dem som på ett eller annat sätt är stigmatiserade. Ett exempel är den socialbidragstagare som hemlighåller att hen går på socialbidrag. Ett annat är den arbetslöse som döljer sin arbetslöshet.

Människor som är utsatta och känner att de måste dölja vissa viktiga aspekter av sin identitet för andra under täckmantel av ett "normalt" framträdande är speciellt sårbara för dramaturgisk stress. För dem kan den dramaturgiska stressen göra stor skada delvis på grund av de saknar vad den amerikanske sociologen Arli Russel Hochschild kallar "statusskydd" det vill säga sådant som kan skydda den egna identiteten och statusen från attacker som allvarligt kan skada självkänslan och självbilden.⁴⁴

En fjärde form av allvarlig stress utgör *statusstressen*. Den innefattar en utvärderande komponent om hur den egna statusen ter sig i den andres ögon. Tanken är att vår position på samhällsstegen eller i gruppen har stor betydelse i ett samhällssystem som bygger på idén om att människor blir vad de förtjänar. Att misslyckas i sina strävanden blir då till ett personligt misslyckande och det anses skamligt att misslyckas därför att det signalerar till andra att man har sig själv att skylla. Vår sociala status är således beroende av vad vi kan göra av oss själva. Statusstress kan uppstå av olika anledningar. Den drabbar framförallt dem som blir uppsagda och arbetslösa.⁴⁵

Låg status är en stressfaktor i sig själv därför att vi är så känsliga för vad andra tycker om oss. Vi blir sårade när vi

upplever att andra människor ser ned på oss och när vi känner att vi blir behandlade som andra klassens medborgare.

Inom stressteori antas det att yttre påfrestning i form av till exempel fara eller hot kan leda till både fysisk och psykisk ohälsa. En hel del forskning tyder på att detta antagande får empiriskt stöd i första hand om faran, hotet eller påfrestningen innefattar en utvärderande komponent av det sociala självets som innebär att det finns risker för att den egna självbilden kan komma att skadas. Mer konkret handlar det om att det finns en potentiell risk att andra människor kan komma att betrakta den enskilde på ett negativt sätt. Forskning utförd av Sally Dickerson och hennes medarbetare pekar i den riktningen.⁴⁶ Skam är då den känsla som gör sig gällande och en huvudrespons när självbilden hotas.⁴⁷ Till exempel att den enskilde kommer att bli avvisad av den andre. Även den engelske sociologen Richard Wilkinson är inne på samma tanke. Han menar att mycket tyder på att skamkänslan kan vara en av de viktigaste orsakerna till kronisk stress som i sin tur ökar sårbarheten för en rad olika sjukdomar.⁴⁸

Om socialt erkännande, respekt och den lösningsfokuserade metoden

Det tidigare sagda kan sammanfattas så här: Grupper som befinner sig i en socio-ekonomiskt utsatt situation känner i högre grad än andra av alla de nämnda fyra typerna av stress. Den svåra ekonomiska situation som de befinner sig i kan inte personalen vid Hälsocenter göra så mycket åt. Men hur är det med de andra formerna?

Vår hypotes är att ett respektfullt och ett värdigt förhållningssätt är en viktig förutsättning för lyckat resultat. Och vi menar att för socialt och ekonomiskt utsatta grupper har ett

respektfullt bemötande ett speciellt värde därför att de lider brist på socialt erkännande.

Under senare år har intresset för frågor om människans värdighet alltmer kommit i förgrunden i den socialpolitiska debatten. Termer som används i anslutning till värdighet är erkännande och respekt. Insikten om att socio-ekonomiskt utsatta människor liksom alla andra vill bli bemötta med värdighet och respekt är en grundsten i det som har kommit att omtalas som erkännandets politik. Det är som den kanadensiske filosofen Charles Taylor uttrycker det inte bara en hövlighet utan ett livsnödvändigt behov.⁴⁹

Att bygga upp sitt själv, att återupprätta sin värdighet är en central angelägenhet. Och det kräver arbete – ett värdiggörande arbete som personal vid Hälsocenter kan hjälpa till med och som innefattar förhållningssätt som leder i riktning mot starkare självkänsla och självförtroende.

Den lösningsfokuserade metod och det förhållningssätt som används vid Hälsocenter förefaller vara väl lämpad för att möta deltagarnas behov av socialt erkännande, respekt och värdighet.

I våra samtal med deltagare återkom de till hur fint de blivit bemötta. Det finns också i deltagarnas svar på öppna frågor i enkäten. Vår hypotes är att den lösningsfokuserade metoden med dess betoning på respektfullt och värdigt bemötande är en viktig förklaring till de hälsovinster som är förknippat med deltagande i Hälsocenters verksamhet.

Att utjämna hälsoskillnader

Det har, som framgått, skett betydande hälsovinster från inskrivning till utskrivning i de grupper som deltagit i Hälsocenters verksamhet. Bland kvinnor var det förvärvs-

arbetande och arbetslösa som gjort de största hälsovinster-
na. För män var det förvärvsarbete och sjukskrivna som
toppade och gjorde de största hälsovinster. Men varken
arbetslösa eller sjukskrivna tog in på det försprång som de
förvärvsarbetande hade vid inskrivning. För kvinnor hade
till och med avståndet i andelen med bra hälsa mellan ar-
betslösa och förvärvsarbete ökat något. Däremot tog
sjukskrivna in på de förvärvsarbetandes försprång. Eftersom
alla grupper gör hälsovinster behåller de som tillhör den
socio-ekonomiskt gynnade gruppen sitt försprång.

Men som framgått visade sig hälsovinster vara störst för
dem som gått från arbetslöshet/sjukskrivning till förvärvsar-
bete och minst för dem som gått från förvärvsarbete till ar-
betslöshet/sjukskrivning. I det förra fallet är hälsovinster
nästan dubbelt så stor. Det ligger i linje med vad som flera
forskare varit inne på nämligen den stora betydelse som
förändringar i socio-ekonomiska villkor har för hälsan.

Sedan början av 1980-talet har de ekonomiska klyftorna
ökat. Det är i och för sig inte unikt för Sverige. Men det som
är utmärkande för Sverige är att ojämlikheten ökat i ovan-
ligt hög takt.⁵⁰ Enligt statistik lever nästan var femte barn i
familjer med låg inkomst⁵¹ och 18 procent av svenska pensio-
närer löper enligt EU risk att hamna under fattigdoms-
strecket.⁵² Den allmänna tendensen i Sverige är, som Folk-
hälsomyndigheten visat i sin årsrapport för 2016, att hälso-
klyftorna mellan socio-ekonomiska grupper inom vissa
områden ökat.⁵³ Ojämlikhet i hälsa tycks således reflektera
ekonomisk ojämlikhet.

För att påtagligt minska hälsogapen krävs av allt att döma
insatser som förmår reducera andelen i socio-ekonomiskt ut-
satt situation. Konkret handlar det bland annat om åtgärder

som bland annat minskar arbetslösheten, barnfattigdomen
och fattigdomen bland äldre.

Hälsan påverkas av en komplex mängd förhållanden.
Man brukar skilja mellan så kallade "downstream" och
"upstream" faktorer. Med "downstream" menas faktorer som
påverkar hälsan hos en enskild individ som levnadsvanor
och livsstil. Men hälsan påverkas också av "upstream" för-
hållanden som ligger långt från den enskildes möjligheter
att direkt påverka och då handlar det om exempelvis sam-
hällets struktur, ramar, regler, arbetsmarknadspolitik,
socialpolitik, ekonomisk politik.

Den ståndpunkt som Kommissionen för jämlik hälsa har
är att arbetet för att åstadkomma jämlik hälsa bör baseras på
åtgärder på både samhällsnivå och individnivå.⁵⁴ I och med
det undviker man att hamna i två ytterlighetspositioner. Den
ena som enbart ser till individuella handlingarnas betydelse
och den enskildes ansvar för sin egen hälsa eller sin egen
situation och som riskerar att bli stigmatiserande och skuld-
beläggande.⁵⁵ "Det är ditt eget fel att du är sjuk". Det finns då
uppenbar risk att grundläggande strukturella orsaker till
rådande hälsoskillnader mellan socio-ekonomiska grupper
döljs. Den andra som enbart betonar strukturella faktorer
betydelse bortser från att människors egna val har betydelse.
Man riskerar då att göra enskilda personer passiva med liten
tilltro till egen förmåga.

Kommissionen betraktar ojämlikhet i hälsa som ett resul-
tat av samspelet mellan individ och samhälle. Både individ
och samhälle har ett ansvar. Individer har ett ansvar för sin
egen hälsa inom ramen för det beslutsutrymme man har.
Samhället har ett ansvar för att människor har resurser och

får ett rimligt beslutsutrymme samt för att ge stöd till enskilda beslut.

Det finns en förväntan och en förhoppning att verksamheten vid Hälsocenter kan bidra till att utjämna skillnader i hälsa mellan sociala olika grupper. Men det är ingen enkel uppgift.

Deltagande i Hälsocenters verksamhet innebär hälsovinster för socio-ekonomiskt utsatta grupper som arbetslösa och sjukskrivna och det är rimligt anta att ju större andel av socio-ekonomiskt utsatta som kommer i åtnjutande av Hälsocenters verksamhet desto större är möjligheterna att bidra till att hälsoklyftorna minskar.

Utvecklingsmöjligheter – några förslag

Utvärderingen visar att Hälsocenter har varit lyckosam i sina föresatser. Men vi vill ändå peka på några punkter som kan ligga till grund för en diskussion om hur verksamheten skall kunna utvecklas.

En av de prioriterade uppgifterna för Hälsocenter är att med sitt utbud av aktiviteter nå socio-ekonomiskt utsatta grupper som arbetslösa och långtidssjukskrivna och framförallt då unga vuxna över 16 år. Vi har några förslag på hur detta kan förbättras.

1. Utveckla och utarbeta riktade informationsstrategier.
2. Öppna upp möjligheterna för flexibla öppettider samt ökat utnyttjande av modern teknologi (till exempel internet, telebild).
3. Utveckla och utvidga samarbetet med sjukvården, till exempel vårdcentraler.

4. Utveckla och utvidga samarbetet med andra, så kallade, hjälpande organisationer som Arbetsförmedlingen, Försäkringskassan och socialtjänsten.

5. Utveckla och utvidga samarbetet med folkrörelser.

6. Utöka antalet hälsofrämjande aktiviteter som kan tilltala unga vuxna i socialt utsatt situation till exempel hälsofrämjande kulturella aktiviteter som dans och musik.

Vi har dessutom två allmänna rekommendationer

7. Utvidga verksamheten till att arbeta med samtliga levnadsvanor inom Socialstyrelsens riktlinjer för sjukdomsförebyggande metoder. I första hand utveckla det hälsofrämjande arbetet för deltagare med riskbruk av alkohol.

8. Utveckla verksamhetsuppföljningen med kvalitetsmål som även innefattar frågor som knyter an till lösningsfokus som förhållningssätt (till exempel egenmakt, självförtroende, tillit, respekt och socialt erkännande).

11. Notförteckning

-
- ¹ Se till exempel Brunnberg, E. (2001). Media och socialt arbete. En explorativ studie av media rapporteringen som påverkansfaktor inom socialtjänsten i Sverige och England. *Nordicom Information Media- och kommunikationsforskning i Norden*, 23, 2, 31-44.
- ² Se Denzin, NK. (1978). *The Research Act. A Theoretical Introduction to Sociological Methods*. New York: McGraw-Hill Book Company.
- ³ Hälsovinster kan ske från "mycket dåligt" till "dåligt"; från "mycket dåligt" till "varken bra eller dåligt"; från "mycket dåligt" till "bra"; från "mycket dåligt" till "mycket bra", från "dåligt till "varken bra eller dåligt" och så vidare.
- ⁴ Klingensstierna Hjerth, M. (2013). *Lösningssfokus – gör mer av det som fungerar*. Stockholm: Solutionwork. – Szabó, P & Meier, D. (2015). *Coaching rätt & slätt – kärnan i lösningssfokuserad coaching*. Köping: Reklamtryckeriet i Köping AB. (Översättning Sussan Öster).
- ⁵ Se Askheim, OP & Starrin, B. (2007). (red.). *Empowerment i teori och praktik*. Malmö: Gleerups.
- ⁶ Priest, S. & Gass, M. A. (1997). An examination of "problem solving" versus "solution focused" facilitation styles in a corporate setting. *The Journal of Experiential Education*. 20, 1, 34-39.
- ⁷ Se Öster, S. (2015). Solution-Focused approach in a team working with social welfare benefits in social service. *InterAction – The Journal of Solution Focus in Organisations*, 7, 1, 7-23. Susann Öster fann i en studie att centralt för handläggare i ett försörjningsteam som arbetar med den lösningssfokuserade metoden var att skapa värdighetsgörande möten. Hennes slutsats var att lösningssfokuserat förhållningssätt och användningen av den lösningssfokuserade metoden bidragit till att möten med klienter fått ett större värde genom att de varit mer respektfulla och fokuserat på det som är önskvärt att uppnå.
- ⁸ Starrin, B. (2001). Skammen, självet och den sociala underordningen. I: Aronsson, G & Karlsson, J Ch. (red.). *Tillitens ansikten*. Lund: Studentlitteratur
- ⁹ Se Fuller, R. (2003). *Somebodies and Nobodies*. Gabriola Island: New Society Publishers. – Fuller, R & Gerloff PA. (2008). *Dignity for All*. San Francisco: Berrett-Koehler.
- ¹⁰ Starrin, B. (2007). Empowerment som förhållningssätt – kan vi lära oss

- någotning av Pippi Långstrump. I: Askheim, OP & Starrin, B. (red.). *Empowerment i teori och praktik*. Malmö: Gleerups.
- ¹¹ Askheim & Starrin (2007).
- ¹² Askheim & Starrin (2007).
- ¹³ Järvinen, M. (2002). Hjälpens universum – ett maktperspektiv på mötet mellan klient och system. I: Meeuwisse, A & Swärd, H. (red.). *Perspektiv på sociala problem*. Stockholm: Natur och kultur
- ¹⁴ Järvinen (2002).
- ¹⁵ Larsson Tholén, S. (2013). *Motiverande samtal och Lösningssökande arbetssätt/terapi: En systematisk litteratursammanställning av meta-analyser avseende vetenskaplig evidens för effekt*. Örebro Universitet: Institutionen för Hälsovetenskap och Medicin.
- ¹⁶ Gustafsson, J. (2014). *Forskningsöversikt: Lösningssökande arbetssätt*. <http://www.ltv.se/imagevault/PublishedMedia/mv3gywhwfu7lkoonxij/6.pdf>
- ¹⁷ Se till exempel Wells, J & Öster, S. (2014). *Utvärdering av metod – Lösningssökande arbetssätt och Motiverande samtal*. Landstinget Västmanland och Norra Västmanlands Samordningsförbund.
- ¹⁸ Uppföljningsenkäten besvarades av 200 personer. När den länkades till inskrivningsdata föll tre personer bort.
- ¹⁹ Den fråga som ställdes var: Hur bedömer Du Ditt allmänna hälsotillstånd? Svartalternativen var: Mycket bra, Bra, Varken bra eller dåligt, Dåligt, Mycket dåligt.
- ²⁰ Den fråga som ställdes var: Hur ofta har Du under de senaste tre månaderna haft svårt att sova? Svartalternativen var: Aldrig, Sällan, Ibland, Ofta, Alltid.
- ²¹ Följande fyra frågor ställdes om kostvanor: Hur ofta äter du grönsaker och/eller rotfrukter (färska, frysta eller tillagade)? Hur ofta äter du frukt och/eller bär (färska, frysta, konserverade, juice etc.)? Hur ofta äter du fisk eller skaldjur som huvudrätt, i sallad eller som pålägg? och Hur ofta äter du kaffebröd, choklad/godis, chips eller läsk/saft?. Svartalternativen var: Två gånger per dag eller oftare, En gång per dag, Några gånger i veckan och En gång i veckan eller mer sällan. Efter omkodning av en av frågorna bildades ett summaindex. Överstigande en viss poängsumma indikerar ogynnsamma kostvanor och understigande en viss poängsumma indikerar goda kostvanor.
- ²² Den fråga som ställdes var: Hur mycket tid ägnar du en vanlig vecka åt fysisk träning som får dig att bli andfädd, till exempel löpning,

- motionsgymnastik eller bollsport? Svartalternativen var: 0 minuter/Ingen tid, Mindre än 30 minuter, 30–60 minuter (0,5–1 timme), 60–90 minuter (1–1,5 timmar), 90–120 minuter (1,5–2 timmar), Mer än 120 minuter (2 timmar). Med fysisk inaktivitet avses att man inte ägnar någon tid alls.
- ²³ När det gäller de sociala bakgrundsfaktorerna använder vi oss av den kategorisering som användes vid insamlandet av inskrivningsdata.
- ²⁴ Den fråga som ställdes var: Är Din psykiska hälsa bättre eller sämre nu jämfört med hur det var strax innan Du började på Hälsocenter? Svartalternativen var: Mycket bättre nu, Något bättre nu, Ingen skillnad, Något sämre nu, Mycket sämre nu.
- ²⁵ Den fråga som ställdes var: Är Din fysiska hälsa bättre eller sämre nu jämfört med hur det var strax innan Du började på Hälsocenter? Svartalternativen var: Mycket bättre nu, Något bättre nu, Ingen skillnad, Något sämre nu, Mycket sämre nu.
- ²⁶ Den fråga som ställdes var: Har Du varit med om någon eller några av följande händelser i Ditt liv efter det att Du avslutade ditt deltagande på Hälsocenter? (Flera alternativ kan markeras). Följande svartalternativ gavs: Förlorat nära anhörig genom dödsfall, Egen eller anhörigs allvarlig sjukdom eller svår olycka, Separerat från make, maka, partner eller sambo, Blivit uppsagd eller avskedad från arbetet, Hamnat i en allvarlig ekonomisk kris, Annan smärtsam eller kritisk händelse, Nej, jag har inte varit med om något av detta.
- ²⁷ Se Horowitz, A. (1984). The Economy and Social Pathology. *Review of Sociology*, 10, 95-119. – Starrin, B, Åslund, C & Nilsson, KW. (2009). Financial stress and shaming experiences and psychosocial ill-health – Studies into the finances-shame model. *Social Indicators Research*, 91, 2, 283-298.
- ²⁸ Se Molarius, A, Berglund, K, Eriksson, C, Eriksson, H G, Lindén-Boström, M, Nordström, E, Persson, C, Sahlqvist, L, Starrin, B & Ydreborg, B. *Jordmån för psykisk hälsa*. Liv och hälsa 2004. Rapport nr 2.
- ²⁹ Se not 21.
- ³⁰ Se <http://www.oocities.org/victorianmedicine/iframeh.html>
- ³¹ En flicka som föds i Botswana har en förväntad livslängd på 43 år medan en flicka i Japan förväntas leva dubbelt så länge. En pojke som föds i de fattiga delarna av Glasgow lever i genomsnitt 28 år kortare än den pojke som växer upp i de mer välbärgade delarna. I Danderyd lever man i snitt i 83 år. I Pajala är livet nio år kortare.

- ³² Marmot, M. (2004). *Statussyndromet: Hur vår sociala position påverkar hälsan och livslängden*. Stockholm: Natur och Kultur.
- ³³ Se även Karasek, R. & Theorell, T. (1990). *Healthy Work: Stress, Productivity and the Reconstruction of Working Life*. New York: Basic Books.
- ³⁴ I djurens värld liknar babiansamhället på många sätt den engelska statsförvaltningen. I det finns en tydlig hierarki och en tydlig hackordning. Robert Sapolsky fann att ju längre ned i babianhierarkin desto mer av negativ stress. De hannar som var längre ned på statusstegen var oftare sjuka och dog i förtid. Deras inflytande över sin egen tillvaro var i princip noll. De blev ”hackkycklingar”. Nya studier har bekräftat Sapolskys iakttagelser men har dessutom tillfört en viktig sak. Det visade sig att alfahannen – den högst rakade – hade fullt sjå. Han måste hela tiden kämpa för att behålla första platsen och det till priset av en ständigt stressad tillvaro. Frågan om detta också gäller även för den högst upp i våra hierarkiska organisationer är oklart och inte tillräckligt studerat. Se Sapolsky, R M. (2003). *Varför zebror inte får magsår*. Stockholm: Natur & kultur.
- ³⁵ Wilkinson, RG. & Pickett, K. (2010). *Jämlighetsanden – Därför är jämlika samhällen nästan alltid bättre samhällen*. Stockholm: Karneval förlag.
- ³⁶ Wilkinson, RG. (1996). *Unhealthy societies: the affliction of inequality*. London: Routledge.
- ³⁷ Bremberg, S. (2016). Att minska ojämlikhet i hälsa – några dilemman. *Nordisk välfärdsforskning*, nr 1.
- ³⁸ Molarius, A, Feldman, I, Granström, F, Kalander Blomqvist, M, Peterson, H & Elo, S. (2011). *Har hälsan blivit mer jämlik? Trender i självskattad hälsa 2000-2008 från befolkningsundersökningen Liv & hälsa*. (Liv & hälsa rapport, 2011:02). Landstingen i Uppsala, Sörmlands, Västmanlands, Värmlands och Örebro län.
- ³⁹ Med n=1286 avses det sample som både besvarat inskrivnings- och utskrivningsenkäten i det stora materialet (n=2370) (se sid 16).
- ⁴⁰ När det gäller de sociala bakgrundsfaktorerna använder vi oss av den kategorisering som användes vid insamlandet av inskrivningsdata. Antalet baseras på dem som besvarat både inskrivnings- och utskrivningsenkäten.
- ⁴¹ Brunnberg (2001).

- ⁴² Se till exempel Tourangeau, R., Rips, LJ & Rasinski, K. (2000). *The Psychology of Survey Response*. Cambridge: Cambridge University Press.
- ⁴³ Horowitz (1984).– Starrin, Åslund & Nilsson (2009).
- ⁴⁴ Hochschild, AR. (1983). *The Managed Heart – Commercialization of Human Feeling*. Los Angeles: University of California Press.
- ⁴⁵ De Botton A. (2004). *Statusstress*. Stockholm: Wahlström & Widstrand.
- ⁴⁶ Dickerson, SS, Gruenewald, TJ & Kemeny, MF. (2004). When the Social Self Is Threatened. Shame, Physiology and Health. *Journal of Personality*, 72, 6, 1191-1216.
- ⁴⁷ Se Scheff, TJ & Starrin, B. (2003). Ett emotionssociologiskt perspektiv på sociala problem: Skam och utsatthet. I: Meeuwisse, A & Swärd, H. (red.). *Perspektiv på sociala problem*. Stockholm: Natur och kultur.
- ⁴⁸ Wilkinson, RG. (2002). Putting the picture together: Prosperity, redistribution, health, and welfare. I: Marmot, M & Wilkinson, RG. (red.). *Social determinants of health*. Oxford: Oxford University Press.
- ⁴⁹ Taylor, C. (1994). *Det mångkulturella samhället och erkännandets politik*. Göteborg: Daidalos.
- ⁵⁰ Almqvist, A. (2016). *Den ekonomiska ojämlikheten i Sverige*. Stockholm: Landsorganisationen i Sverige.
- ⁵¹ Se Fairness for Children - A League Table of Inequality in Child Well-being in Rich Countries (2016). Unicef. Enligt Unicef ökar klyftan mellan fattiga och rika barn i Sverige. Sverige ligger sämst till av de nordiska länderna.
- ⁵² Se statistik från EU Eurostat.
- ⁵³ Se *Folkhälsan i Sverige årsrapport 2016*. Folkhälsomyndigheten 2016.
- ⁵⁴ Det handlar om jämlik hälsa. Utgångspunkter för Kommissionens vidare arbete: delbetänkande. Kommissionen för jämlik hälsa. (2016). Stockholm: Wolters Kluwer. *Statens offentliga utredningar*. 2016:55.
- ⁵⁵ Jfr Brinkmann, S. (2014). *Stå fast*. Stockholm: Norstedts.

12. Litteraturförteckning

Vetenskaplig litteratur

- Askheim, OP & Starrin, B. (2007). (red.). *Empowerment i teori och praktik*. Malmö: Gleerups.
- Bremberg, S. (2016). Att minska ojämlikhet i hälsa – några dilemman. *Nordisk välfärdsforskning*, nr 1.
- Brinkmann, S. (2014). *Stå fast*. Stockholm: Norstedts.
- Brunnberg, E. (2001). Media och socialt arbete. En explorativ studie av media rapporteringen som påverkansfaktor inom socialtjänsten i Sverige och England. *Nordicom Information Medie- och kommunikationsforskning i Norden*, 23, 2, 31-44.
- Denzin, N K. (1978). *The Research Act. A Theoretical Introduction to Sociological Methods*. New York: McGraw-Hill Book Company.
- Det handlar om jämlik hälsa. Utgångspunkter för Kommissionens vidare arbete: delbetänkande. Kommissionen för jämlik hälsa. (2016). Stockholm: Wolters Kluwer. *Statens offentliga utredningar. 2016:55*
- Folkhälsan i Sverige årsrapport 2016*. Folkhälsomyndigheten 2016.
- Fuller, R. (2003). *Somebodies and Nobodies*. Gabriola Island: New Society Publishers.
- Fuller, R & Gerloff PA. (2008). *Dignity for All*. San Francisco: Berrett-Koehler.
- Gustafsson, J. (2014). *Forskningsöversikt: Lösningssökande arbetssätt*.
<http://www.ltv.se/imagevault/PublishedMedia/mv39ywhwfu7lkoonxij/6.pdf>

- Horowitz, A. (1984). The Economy and Social Patologi. *Annual Review of Sociology*, 10, 95-119.
<http://www.oocities.org/victorianmedicine/iframeh.html>
- Järvinen, M. (2002). Hjälpens universum – ett maktperspektiv på mötet mellan klient och system. I: Meeuwisse, A. & Swärd, H. (red.). *Perspektiv på sociala problem*. Stockholm: Natur och kultur
- Karasek, R & Theorell, T. (1990). *Healthy Work: Stress, Productivity and the Reconstruction of Working Life*. New York: Basic Books.
- Klingenstierna Hjerth, M. (2013). *Lösningssfokus – gör mer av det som fungerar*. Stockholm: Solutionwork.
- Larsson Tholén, S. (2013). *Motiverande samtal och Lösningssfokuserat arbetssätt/terapi: En systematisk litteratursammanställning av metaanalyser avseende vetenskaplig evidens för effekt*. Örebro Universitet: Institutionen för Hälsovetenskap och Medicin.
- Marmot, M. (2004). *Statussyndromet: Hur vår sociala position påverkar hälsan och livslängden*. Stockholm: Natur och Kultur.
- Molarius, A, Berglund, K, Eriksson, C, Eriksson, H G, Lindén-Boström, M, Nordström, E, Persson, C, Sahlqvist, L, Starrin, B & Ydreborg, B. (2006). *Jordmån för psykisk hälsa*. Liv och hälsa 2004. Rapport nr 2.
- Molarius, A, Feldman, I, Granström, F, Kalander Blomqvist, M, Pettersson, H & Elo, S. (2011). *Har hälsan blivit mer jämlik? Trender i självskattad hälsa 2000-2008 från befolkningsundersökningen Liv & hälsa*. (Liv & hälsa rapport, 2011:02). Landstingen i Uppsala, Sörmlands, Västmanlands, Värmlands och Örebro län.
- Priest, S. & Gass, MA. (1997). An examination of "problem solving" versus "solution focused" facilitation styles in a corporate setting. *The Journal of Experiential Education*. 20, 1, 34-39.
- Sapolsky, RM. (2003). *Varför zebbor inte får magsår*. Stockholm: Natur & kultur.
- Scheff, TJ & Starrin, B (2013). Ett emotionssociologiskt perspektiv på sociala problem: Skam och utsatthet. I: Meeuwisse, A & Swärd, H. (red.). *Perspektiv på sociala problem*. Stockholm: Natur och kultur.
- Starrin, B. (2001). Skammen, självet och den sociala underordningen. I: Aronsson, G & Karlsson, J Ch. (red.). *Tillitens ansikten*. Lund: Studentlitteratur
- Starrin, B (2007). Empowerment som förhållningssätt – kan vi lära oss någonting av Pippi Långstrump. I: Askheim, OP & Starrin, B. (red.). *Empowerment i teori och praktik*. Malmö: Gleerups.
- Starrin, B, Åslund, C & Nilsson, K W. (2009). Financial stress and shaming experiences and psychosocial ill-health – Studies into the finances-shame model. *Social Indicators Research*, 91, 2, 283-298.
- Szabó, P & Meier, D. (2015). *Coaching rätt & slätt – kärnan i lösningssfokuserad coaching*. Köping: Reklamtryckeriet i Köping AB. (Översättning Sussan Öster).
- Wells, J & Öster, S. (2014). *Utvärdering av metod – Lösningssfokuserat arbetssätt och Motiverande samtal*. Landstinget Västmanland och Norra Västmanlands Samordningsförbund.
- Wilkinson, RG. & Pickett, K. (2010). *Jämlikhetsanden – Därför är jämlika samhällen nästan alltid bättre samhällen*. Stockholm: Karneval förlag.

Wilkinson, R. G. (1996). *Unhealthy societies: the affliction of inequality*. London: Routledge.

Öster, S. (2015). Solution-Focused approach in a team working with social welfare benefits in social service. *Inter-Action – The Journal of Solution Focus in Organisations*, 7, 1, 7-23

Artiklar/inslag om Hälsocenter i dagspress, radio och TV

Fagerstaposten 29 september 2014

Fagerstaposten 14 december 2015

Sala Allehanda 18 mars 2015

Sala Allehanda 16 november 2015

SVT nyheter Västmanland 26 maj 2016

SR Nyheterna Västmanland 26 mars 2015

Vestmanlands Läns Tidning 15 oktober 2010

Vestmanlands Läns Tidning 23 november 2011

Vestmanlands Läns Tidning 10 mars 2012

Vestmanlands Läns Tidning 31 maj 2012

Vestmanlands Läns Tidning 19 september 2012

Vestmanlands Läns Tidning 5 juni 2013

Vestmanlands Läns Tidning 13 juni 2013

Vestmanlands Läns Tidning 4 juli 2013.

Vestmanlands Läns Tidning 11 september 2014

Vestmanlands Läns Tidning 16 september 2014

Vestmanlands Läns Tidning 18 mars 2015

Vestmanlands Läns Tidning 19 mars 2015

Vestmanlands Läns Tidning 22 april 2015

Vestmanlands Läns Tidning 17 mars 2015

Vestmanlands Läns Tidning 21 oktober 2016

13. Författar- och sakregister

alkoholvanor 55

Almqvist, A 139

Arbetslösa 10, 18-21, 27, 31, 33-35, 37, 41-42, 66-68, 103, 108, 115, 123-124, 127-128, 130-131

Aronsson, G 135

Askheim, OP 135-136

Axelsson, M 111

avhoppare 96-98, 102

Berglund, K 137

bortfall 14, 17, 21, 34, 125

Bremberg, S 66, 138

Brinkmann, S 139

Brunnberg, E 135, 138

coping 30-31

datainsamling 13

De Botton, A 139

Dellham, M 107-108

Denzin, N K 135

Dickerson, S 128, 139

downstream 131

ekonomiska förhållanden 45, 59, 66-68, 128, 130

Elo, S 138

empowerment 27-29, 135-136

Eriksson, C 137

Eriksson, H G 137

evidens 29, 32, 136

facebook 35, 113

Fagersta 9, 10, 15, 34, 99, 106, 112,

Fagerstaposten 112

fattigdom 27, 63, 130-131, 137, 139

Feldman, I 138

fokusgruppintervjuer 13, 15, 78, 99

Folkhälsomyndigheten 139

Foucault, M 28

Fuller, R 27, 136

fysisk (in)aktivitet 41, 51, 53, 73, 77, 80-82, 112, 122, 137

Gass, M 25-26, 135

Gerloff PA 136

Granström, F 138

Gruenewald, T J 139

Grönkvist 103

Gustafsson, J 30-31, 136

Hochschild AR 127, 139

Horowitz, A 137, 139

hälsa, fysisk 20, 46, 48-49

hälsa, psykisk 20, 46, 48-49, 137

hälsa, självskattad 43-44, 125

hälsosamtal 9, 13, 36, 48-49, 63, 84, 116, 121

hälsoskillnader 41-42, 63, 131

hälsogap 42, 66, 126, 130, 132

hälsovinster 21-22, 41-42, 66-68, 122-123, 125, 129-130, 135

hälsovägledare 9, 23, 26, 50, 63, 69, 72, 74-76, 80, 84, 88-89, 91,

94, 95, 102, 108, 110-111, 116-118

inskrivning 10, 13, 15-19, 21, 34, 39, 40-43, 45-46, 51-53, 55-58, 66-68, 101-102, 122-123, 125-126, 130, 136-139

inskrivningsenkät 13, 17

Järvinen, M A 136

Kalander Blomqvist, M 138

Karasek, R 138

Karlsson, J Ch 135

Kemeny, MF 139

Klingenstierna Hjerth, M 135

kom-i-form 36

kostvanor 41, 51-54, 136-137

kritiska livshändelser 44-45, 47-48, 59-60, 123

kroppsskanning 90, 92

Köping 9-10, 34, 69, 72, 85, 111, 135

Larsson Tholéns, S 29, 136

levnadsvanor, 11, 14, 16, 21, 39, 40, 51, 60-61, 87, 95, 121-122, 125, 131

Lindén-Boström, M 137

livsstil 66, 101, 106, 108, 131

lösningssfokus 9, 12, 15, 23-27, 29-32, 100, 117, 128-129, 135-136

Marmot, M 64, 138-139

media 11-13, 15, 105, 110, 112, 121, 124, 135-136

Mediearkivet 15

meditation 36-37, 73, 89-90, 93-94, 109

Meeuwisse, A 136, 139

Meier, D 135

metodologiska begränsningar 124
 Miljöpartiet 106-107
 mindfulness 9, 12, 15, 36, 59, 69, 75, 78, 89, 91-93, 95-98, 102, 108-109, 116, 121
 miraklet 23, 117
 Moderaterna 107,
 Molarius, A 66, 137-138
 motionera 9, 50, 55, 61, 66, 80, 84, 87, 108, 110, 137
 motiverande samtal 9, 136

 Nilsson, K W 137, 139
 Nordström, E 137
 Näs, J 111

 observationer (av gruppaktiviteter) 13, 69, 72-73
 ojämlikhet 11, 65, 121, 130-131, 138-139

 pastoralmakt 28
 paternalism 24, 28-29
 Persson, C 137
 Petterson, H 138
 Pettersson, K 109
 Pickett, K 64, 138
 Priest, S 25-26, 135
 primärdata 13
 problemfokuserat förhållningssätt 24-25, 26

 rangövergripping 27
 rankism 27
 Rasinski, K 139
 representativitet 17

respekt 24, 26-27, 29, 63, 117-118, 126, 128-129
 Rips, L J 139
 russinövning 90
 rökvanor 9, 55, 63-64, 66, 83, 99

 Sahlqvist, L 137

 Sala 9, 10, 81, 85, 110, 112,
 Sala Allehanda 110, 112
 skam 65, 127-128, 135, 139
 språk 29
 sammanbindande 29
 separerande 29
 Samordningsförbundet Västra Mälardalen 103, 136
 Sapolsky, R 138
 sekundärdata 13, 16
 Sjukvårdspartiet 105-106
 självbild 127-128
 självförtroende 27, 61-62, 119, 129
 självkänsla 27, 29, 30, 62, 119, 127, 129
 snusvanor 55
 Socialdemokraterna 106-107
 socialt erkännande 128-129, 139
 socio-ekonomiska förhållanden 41, 66-68, 130
 SR 112
 Starrin, B 135-137, 139
 status 63-66, 123, 127
 statusskydd 127
 stress 9, 36-37, 47, 49, 56, 58-60, 62, 64-65, 89, 92, 94, 96-97, 102, 108-109, 115, 120-122, 126-128, 137-139
 dramaturgisk 126-127

ekonomisk 47
 mortifikationell 126
 statusstress 127, 139
 utsatthetens stress 126
 stresshantering 9, 36, 102
 svarsfrekvens 14
 SVT 112
 Swärd H 136, 139
 Szabó, P 135
 sömn 9, 39, 50, 56, 57-58, 89, 108, 111-122

 Taylor, C 129, 139
 Theorell, T 138
 Tourangeau, R 139
 triangulering 11, 13

 uppföljning 11, 13-18, 20-21, 33-34, 39-46, 51-58, 85-87, 95-96, 122-123, 125-126, 136
 uppföljningsenkät (formulär) 11, 13-17, 20, 34, 54, 87, 95-96, 125, 136
 upstream 131
 urval 13
 utsatta grupper 9-11, 19, 21, 27, 29, 41-42, 121, 123, 126-128, 132
 utskrivning 10, 15-19, 39, 43-45, 51-53, 56-58, 66-68, 85, 100, 123, 125-126
 utvecklingsmöjligheter 132

 viktgrupp 15, 36-37, 50, 54, 69-70, 72, 79, 81-82, 85-87, 97, 102
 VLT (Vestmanlands Läns Tidning) 105-112
 välbefinnande 11, 14, 16, 31, 39, 46-47, 63, 126
 Vänsterpartiet 106

värdiggörande arbete 26
 värdighet 26-27, 129, 135
 Västerås 9, 10, 15, 34, 88, 99, 108-110

 Wells, J 136
 Widén, C 110
 Wilcoxon's Rang Test 21
 Wilkinson, RG 64-65, 128, 138

 Ydreborg, B 137
 yoga 36

 Åslund, C 137, 139

 Öhrn, E 108, 110
 Öster, S 27, 135-136