



LUND UNIVERSITY

Strategier för hälsokommunikation och deras användbarhet

En genomgång av forskningsläget

Palm, Lars; Sandberg, Helena

2004

Document Version:
Förlagets slutgiltiga version

[Link to publication](#)

Citation for published version (APA):

Palm, L., & Sandberg, H. (2004). *Strategier för hälsokommunikation och deras användbarhet: En genomgång av forskningsläget*. Statens Folkhälsoinstitut.

Total number of authors:
2

General rights

Unless other specific re-use rights are stated the following general rights apply:

Copyright and moral rights for the publications made accessible in the public portal are retained by the authors and/or other copyright owners and it is a condition of accessing publications that users recognise and abide by the legal requirements associated with these rights.

- Users may download and print one copy of any publication from the public portal for the purpose of private study or research.
- You may not further distribute the material or use it for any profit-making activity or commercial gain
- You may freely distribute the URL identifying the publication in the public portal

Read more about Creative commons licenses: <https://creativecommons.org/licenses/>

Take down policy

If you believe that this document breaches copyright please contact us providing details, and we will remove access to the work immediately and investigate your claim.

LUND UNIVERSITY

PO Box 117
221 00 Lund
+46 46-222 00 00

Sammanfattning

I slutbetänkandet av Nationella folkhälsokommittén *Hälsa på lika villkor. Nationella mål för folkhälsan* (SOU 200:91) är mål nr 18 ”Saklig hälsoinformation – Tillgång till saklig och obunden hälsoinformation för alla”. Avsnittet inleds:

En av förutsättningarna för en god hälsa på lika villkor är att alla har möjlighet att få en korrekt och saklig hälsoinformation.

En förutsättning för att målet skall kunna uppnås är en effektiv hälsokommunikation från samhällets sida. Rapportens syfte är att ge en översiktlig beskrivning av forskningsläget vad gäller effektiva och beprövade metoder för hälsokommunikation.

Kommunikation är ett relativt svagt styrmedel, och hälsokommunikationens uppgift blir för det mesta inte att vara ett alternativ till tekniska, administrativa och ekonomiska styrmedel utan att förstärka och komplettera dessa.

Därmed inte sagt att hälsokommunikation inte kan vara kostnadseffektivt. Flera studier visar att den per satsad krona får avsevärt större önskade effekter än andra metoder.

Vad som menas med hälsokommunikation i rapporten är:

Planerade kommunikationsinsatser från samhällets eller samhällstödta organisationers sida till större eller mindre grupper och kollektiv med avsikt att uppnå hälsovinster på samhällelig och individuell nivå.

Mål för hälsokommunikation

Hälsokommunikation skall i kombination med andra hälsobefrämjande åtgärder leda till att samhällets nationella hälsopolitiska mål uppnås.

För att så ska ske måste människors beteende påverkas, opinioner uttryckas och beslut fattas. En förutsättning för detta i sin tur är intresse, riskmedvetenhet, kunskaper, attityder, intentioner och handlingsutlösande beslut påverkas.

Hälsokommunikationens målgrupper

En målgrupp kan ha en passiv och assymetrisk relation till sändaren, som då bestämmer villkoren för kommunikationen, en situation som är vanlig vid utpräglade massmediekampanjer. Målgruppen kan istället vara en intressentmålgrupp, som är organiserad i t ex patientföreningar och byalag. Denna mera jämbördiga relation förekommer i samhällsinterventiva projekt och opinionsbildningsprojekt. Målgruppen kan också segmenteras efter demografiska egenskaper, efter livsstil och efter personlighetsdrag och grundläggande värderingar och efter position i kommunikationsprocessen: slutmottagaren av kommunikationen, förmedlare, opinionsbildare eller beslutsfattare.

Massmediekampanjer

De viktigaste kanalerna för massmediekampanjer är köpt utrymme i form av annonser, TV- och radioreklam, stortavlor, direktreklam och Internetreklam. Dessa kanaler har stor räckvidd (andel av allmänheten som har möjlighet att ta del av budskapet), men kan också ha god selektivitet (förmåga att nå definierade målgrupper). Kanalernas trovärdighet och deras förmåga att påverka agendan är däremot måttlig eller låg (Atkins & Salmon 2003).

Minst lika viktiga kanaler är redaktionellt utrymme i press, radio och TV. Nyhetsartiklar har hög trovärdighet och har förmåga att inverka på den politiska dagordningen, men också på den interpersonella samtalsagendan.

Massmediekampanjers svagheter är deras obefintliga flexibilitet och det förhållandet att eventuella förändringar blir mer kortvariga om de åstadkommit med massmediekampanjer än om de åstadkommit på annat sätt. Ofta är den faktiska målgruppen helt enkelt allmänheten, något som leder till utslätade budskap.

Fördelarna är att massmediekampanjer kan placera en fråga inte bara på medieagendan utan också på samtalsagendan. Massmediekampanjer är användbara för att skapa intresse och riskmedvetenhet, för att förmedla entydig, lättfattlig och kortfattad sakinformation till breda målgrupper samt för att utlösa enkla handlingsframkallande beslut hos de redan motiverade.

Efterfrågestyrd hälsokommunikation

Efterfrågestyrd hälsokommunikation innebär att göra relevant information tillgänglig för den som behöver den – att göra kommunikationsprocessen efterfrågestyrd i motsats till effektstyrd.

Exempel på efterfrågestyrd hälsokommunikation är kataloger, telefonservice, trycksaker och hälsoinformation på nätet.

Fördelarna är att kostnadseffektiviteten blir hög eftersom all information är efterfrågad till skillnad mot t ex massmediekampanjer. Efterfrågestyrd kommunikation är också en förutsättning för egenvård. Nätbaserad hälsoinformation ger dessutom möjligheter till en hög grad av interaktivitet.

En risk är mottagaren kan undvika information som kan innebära frihetsinskränkningar och sänkningar av hans livskvalité. En annan risk är att efterfrågestyrt informationssystem kan skapa en kunskapsklyfta mellan resursstarka och resursvaga grupper.

Samhällsinterventiva projekt

Samhällsinterventiva projekt strävar inte bara efter att få människor att ändra sitt hälsobeteende utan också efter att påverka politiska och administrativa beslut med folkhälsorelevans i närsamhället genom olika former av nätverksarbete, informationsspridning och opinionsbildning.

Projekten bygger, vad gäller kommunikation, på spridning av information och opinioner. Människor påverkar andra människor i sina nätverk, som i sin tur påverkar andra människor osv, till skillnad mot massmediekampanjer som bygger på en bombmattestrategi – mottagarna nås uppifrån individuellt under en begränsad tidsperiod.

Det gör att samhällsinterventiva projekt är i hög grad flexibla. De kan planeras medan de genomförs och planer kan kastas om de inte visar sig fungera. Projekten kan också, om de lyckas engagera breda medborgargrupper, få en demokratisk legitimitet, som massmediekampanjer aldrig kan komma i närheten av. Effekter i form av ändrat beteende i önskad riktning får en större stabilitet jämfört med beteendeförändringar åstadkomna genom massmediekampanjer, eftersom beteendeförändringarna stärks genom sociala nätverk.

En nackdel är att det kan ta flera år, innan de önskade effekterna kan konstateras (om effekter över huvudtaget kan konstateras). En annan nackdel är att projekten tar lång tid, helst 3 – 5 år, vilket kräver tålamod hos finansörer och gör projekten svåra att utvärdera. De utvärderingar som har gjorts av stora samhällsinterventiva projekt visar på tveksamma resultat.

Samordning av strategier

Praktiker och forskare inom området hälsokommunikation är överens om att ingen metod fungerar optimalt för sig själv utan måste kombineras med andra för att bli maximalt effektiv

Massmediekampanjer kan användas för att förstärka effekterna av samhällsinterventiva projekt genom att sätta en fråga på medieagendan, något som ökar den interpersonella kommunikationen kring en hälsofråga och därmed påverkar riskgruppernas riskmedvetenhet. Massmedier kan också påskynda spridningen av goda exempel och effektiva metoder

Även efterfrågestyrda kommunikationssystem behöver massmedierna. Hälsokommunikation på nätet når inte utanför de resursstarkas krets, om inte massmedier används för att lansera hälsowebsiteplatser och styra människor till dessa.

Centrala myndigheters ansvar för hälsokommunikationen i Sverige

För att målet att ge alla tillgång till korrekt och saklig hälsoinformation måste utbudet vara relevant, heltäckande, begripligt, sakligt och korrekt och distributionen av hälsoinformationen vara sådan att den når även resurssvaga grupper.

En annan viktig förutsättning är att människors engagemang och intresse vidgas från att bara gälla den egna hälsan och den egna familjens hälsa till att också innefatta folkhälsofrågor på kollektiv och samhälls nivå.

Centrala samhällsorgan kan inte ensammana ansvara för alla former av hälsokommunikation men bör dels ta på sig rollen att korrigera obalanser och skevheter som är en följd av gällande system för hälsokommunikation, dels bistå andra aktörer med beslutsunderlag i form av forskning, erfarenhetsbanker, utbildning m m.

Det är däremot inte otänkbart att det ligger i alla hälsoinformationsproducenters intresse, såväl de offentliga, som de ideella och kommersiella, att någon form av frivillig certifiering, som garanterar informationens saklighet och objektivitet, införs. Certifieringsorganet behöver inte vara helstatligt utan kan vara partssammansatt av experter som representerar olika intressen.

Även om hälsoinformationen i medierna på det stora hela taget är korrekt så baseras urvalet av den på gängse nyhetsvärderingsprinciper, som prioriterar det dramatiska och det kommersiella, ett förhållande som snedvrider riskuppfattningar

Enda sättet att möta dessa problem är att samhällen tar på sig uppgiften att höja riskmedvetandet för de mindre medieanpassade sjukdomarna när så anses befogat, även till priset av massmediekampanjer kan komma att användas.

Informationsklyftan mellan de resursstarka och de resurssvaga tenderar att öka, även om det inte är några kommunicerande kärn mellan grupperna, i den meningen att de resursstarka ökar sina kunskaper på de resurssvagas bekostnad. Lösningen på detta problem är att lära och förmå även de resurssvaga grupperna att använda sig av det efterfrågestyrda systemet på ett rationellt sätt. Kommersiella aktörer har knappast någon anledning att försöka lösa detta problem, utan uppgiften måste ligga på samhällsorgan som Statens Folkhälsoinstitut och Apoteket AB.

Ett ökat engagemang i och intresse för folkhälsofrågor hos medborgarna skulle dels leda till en generell kunskapsökning och därav följande beteendeförändringar i befolkningen, dels leda till att folkhälsofrågor uppvärderades bland politiker och andra beslutsfattare.

Statliga organ kan inte gärna bedriva gerillaverksamhet gentemot sig själva. Vad de kan göra, och vad de redan gör, är att stödja grupperingar som bildar opinion inom folkhälsoområdet, men också att skapa mötesplatser, där dialog kan föras mellan myndigheter och grupper av medborgare på central, regional och framför allt lokal nivå.

Effektiv hälsokommunikation är beroende av ett fylligt och relevant beslutsunderlag i form av forsknings-, utvärderings- och utredningsresultat samt sammanställningar och analyser av hälsokommunikatörernas erfarenheter. Kunskaper om hur olika grupper av människor söker hälsoinformation i olika livssituationer, i olika hälsotillstånd (kroniskt sjuk, tillfälligt sjuk, frisk) och i olika skeden i livet finns punktvist, men en samlad bild saknas. Detsamma gäller erfarenheter och utvärderingar av folkhälsoarbete på lokal och regional nivå.

Initiering, finansiering, sammanställning av och spridning av beslutsunderlag vad gäller hälsokommunikation är en uppgift som är naturlig för en statlig myndighet.

Innehåll

Sammanfattning	sid 1
Innehåll	sid 5
Rapportens syfte	sid 7
Rapportens uppläggning	
Vad är hälsokommunikation?	sid 8
Hälsokommunikation som vetenskaplig disciplin	
Hälsokommunikation och angränsande begrepp	
Mål	sid 11
Visionsmål	
Beteendemål	
Kommunikationsmål	
Opinionsbildningsmål	
Utvärderingsmöjligheter	
Målgrupper	sid 16
Relationer till sändaren	
Demografiska, psykografiska och livsstilsindelningar	
Position i kommunikationsprocessen	
Massmediekampanjer	sid 18
Exempel på svenska massmediekampanjer	
Metoder för massmediekampanjer	
Budskap i massmediekampanjer	
Fördelar och nackdelar med massmediekampanjer	
Att utvärdera massmediekampanjer	
Efterfrågestyrd hälsokommunikation	sid 22
Expert till expert	
Allmänheten som slutanvändare	
Fördelar och nackdelar	
Att utvärdera efterfrågestyrd hälsokommunikation	

Samhällsinterventiva projekt	sid 26
Teoretisk bas	
Samhällsinterventiv metodik	
Exempel på samhällsinterventiva projekt	
Fördelar och nackdelar med samhällsinterventiva projekt	
Samordning av strategier	sid 34
Centrala myndigheters ansvar för hälsokommunikationen i Sverige	sid 36
Utbudet av hälsoinformation	
Distributionen av hälsoinformation	
Konklusion	
Referenser	sid 39

Rapportens syfte och uppläggning

I slutbetänkandet av Nationella folkhälsokommittén *Hälsa på lika villkor. Nationella mål för folkhälsan* (SOU 200:91) är mål nr 18 ”Saklig hälsoinformation – Tillgång till saklig och obunden hälsoinformation för alla”. Avsnittet inleds:

En av förutsättningarna för en god hälsa på lika villkor är att alla har möjlighet att få en korrekt och saklig hälsoinformation.

Uttalandet överensstämmer i huvudsak med regeringens bedömning (Proposition 2002/03:35).

En förutsättning för att målet skall kunna uppnås är en effektiv hälsokommunikation från samhällets sida. Rapportens syfte är att ge en översiktlig beskrivning av forskningsläget vad gäller effektiva och beprövade metoder för hälsokommunikation.

Kommunikation är ett relativt svagt styrmedel, och hälsokommunikationens uppgift blir för det mesta inte att vara ett alternativ till tekniska, administrativa och ekonomiska styrmedel utan att förstärka och komplettera dessa (Palm & Hedin 2001).

Därmed inte sagt att hälsokommunikation inte kan vara kostnadseffektiv. I en studie från *Harvard Center for Risk Analysis* som bygger på analyser av 500 livräddande interventioner med avseende på deras kostnadseffektivitet konstateras att när det gäller hälsoinriktade interventioner så är kostnaden per vunnet levnadsår mindre än en fjärdedel för primärpreventiva åtgärder (till vilken ”health promotion” får hänföras) jämförda med sekundärpreventiva och tertiärpreventiva. Svenska studier (Tillgren 1995, SBU 1999) har visat att antiröckkampanjer kan vara mycket kostnadseffektiva liksom informationskampanjer för att öka människors medvetenhet om risken att få malingt melanom (Ramsberg & Sjöberg 1996).

Rapportens uppläggning

Dispositionen av rapporten utgår från de strategier som kan användas för hälsokommunikationsändamål – inte från olika folkhälsomål och eller kommunikationsteorier.

I samband med att strategierna diskuteras presenteras den forskning och de teorier, i synnerhet de som låter sig omvandlas till metodik, som respektive strategi baserar sig på.

Strategiernas fördelar och nackdelar analyseras, liksom utvärderingssituationen för varje strategi.

Vad är hälsokommunikation?

Det finns ingen allmänt vedertagen definition av termen hälsokommunikation. I vid mening kan termen beteckna all kommunikation som handlar om hälsa. Definitionen är logiskt tilltalande men opraktisk att använda.

I en mycket snäv bemärkelse avses med termen endast masskommunicerade kampanjer till stora målgrupper, t ex 1980-och 1990-talets Aids-kampanjer.

Vi vill använda en definition som gör begreppet något så när klart avgränsat, och som är i linje med hur begreppet hälsokommunikation faktiskt används av beslutsfattare och personal inom vårdsektorn i vid mening i Sverige och i andra länder.

Vad vi menar med hälsokommunikation är:

Planerade kommunikationsinsatser från samhällets eller samhällstödda organisationers sida till större eller mindre grupper och kollektiv med avsikt att uppnå hälsovinster på samhällelig och individuell nivå.

Definitionen inkluderar inte enbart insatser riktade direkt mot slutmålgrupperna, utan också insatser vars syfte är att påverka politiska och administrativa beslutsprocesser men lämnar utanför den äldsta och den mest effektiva formen av hälsokommunikation, samtal mellan vårdpersonal å ena sidan och patient å den andra.

Hälsokommunikation som vetenskaplig disciplin

Hälsokommunikation är ett brett forskningsområde, som undersöker och belyser hur mellanmänsklig och medierad kommunikation påverkar både hälsovården och hälsopreventionens resultat i olika sociala kontexter (Kreps 2001).

Hälsokommunikation, i den något snävare betydelse vi använder, hämtar främst sina teorier och begrepp från kommunikationsvetenskap, sociologi och socialpsykologi.

Hälsokommunikation är ett ungt akademiskt fält, som sedan början på 1980-talet befunnit sig i stark framväxt (Lupton 1995), som ett resultat av samhällets allt mer komplexa och utmanande behov av vård, men också en önskan om riktlinjer för att främja folkhälsan. Ämnet har idag såväl egna tidskrifter som en omfattande professionell och akademisk litteratur. Antalet avhandlingar inom fältet ökar och vid många universitet och högskolor ges även särskilda kurser i hälsokommunikation. Hälsokommunikationsforskningen har vid det här laget således nått en viss disciplinär mognad (jfr Kreps 2001)

Hälsokommunikation och angränsande begrepp

Hälsokommunikation kan relateras till ett antal andra begrepp. I figur 1 nedan åskådliggörs begreppens relation till varandra.

Hälsoinformation

Ofta används hälsoinformation och hälsokommunikation som synonymer. Enligt ett mera stringent språkbruk innefattar kommunikation hela processen sändare – budskap – mottagare, medan man med information menar det innehåll som förmedlas genom kommunikation – i synnerhet sakinnehåll (se t ex Kreps 1999).

Enligt gällande språkbruk kan emellertid information avse såväl innehållet i kommunikationsprocessen som den process genom vilken sakinnehåll förmedlas. I det första fallet är information en del av kommunikationsprocessen – så används termen i regel i engelskspråkig litteratur i ämnet – i det andra fallet en variant av kommunikationsprocessen.

Vanligt är också i Sverige (dock mindre vanligt i andra länder) att med information mena enkelriktad (envägs-) kommunikation, medan kommunikation får stå för dubbelriktad (tvåvägs-) kommunikation.

Underförstått i hälsoinformation är att den präglas av fakta och saklighet.

Att termen hälsoinformation används i skiftande betydelser leder sällan till några besvärande oklarheter. Betydelsen brukar framgå av sammanhanget.

Hälsofrämjande verksamhet (*health promotion*)

Hälsofrämjande verksamhet är ett begrepp med vidare betydelseomfång än hälsokommunikation. Begreppet innefattar förutom hälsokommunikation även administrativa och tekniska styrmedel som cykelbanor, förbättrad skolmat, beskattning av alkohol och tobak, rökfria restauranter m m. Det finns dock ett starkt samband mellan t ex administrativa och kommunikativa styrmedel; för att t ex förbud och straffbeskattningar skall få maximal effekt måste de förankras och legitimeras hos dem som berörs, något som görs med kommunikativa åtgärder (Palm & Hedin 2001).

Det finns skäl till att skilja på hälsopromotion och hälsofrämjande aktiviteter, menar Korp i sin avhandling *Hälsopromotion – en sociologisk studie av hälsofrämjandets institutionalisering* (2002). Begreppet "health promotion" har nämligen i den internationella debatten kommit att stå för en ny syn på hälsa som skiljer sig från tidigare hälsoperspektiv. Den nya synen på hälsa innebär ett tydligt ideologiskt ställningstagande där bemyndigande ("empowerment") och allmänhetens delaktighet liksom egenansvar betonas (för en mer utförlig diskussion se nedan, avsnittet Empowerment).

Social marknadsföring

Social marknadsföring innebär helt kort att med den kommersiella marknadsföringens metoder uppnå sociala och välfärdsinriktade mål inom främst områdena hälsa och miljö, men också inom områden som trafiksäkerhet, riskhantering, diskrimineringsbekämpning m m (Andreasen 1994; Kotler, Roberto & Lee 2002).



Figur 1

Relevanta begrepps relation till varandra

Mål

Målet för hälsokommunikation kan beskrivas efter flera olika indelningsprinciper.

Visionsmål

Hälsokommunikation skall i kombination med andra hälsobefrämjande åtgärder leda till att samhällets nationella hälsopolitiska mål uppnås, bl a god arbetsmiljö, sunda inne- och utemiljöer, ökad fysisk rörelse, goda matvanor, trygg och säker sexualitet, minskat tobaksbruk, minskat skadligt alkoholbruk och ett narkotikafritt samhälle (SOU 2000:91).

Beteendemål

Beteendepåverkan kan innebära att människor ändrar sitt beteende (t ex slutar röka) eller inte ändrar sitt beteende (inte börjar röka). Även verkställandet av politiska och administrativa beslut och verbala beteendemål, att i tal och skrift främja hälsobefrämjande beteenden och åtgärder och avråda från hälsoreducerande sådana, är viktiga beteendemål.

Att slutmålet är beteendepåverkan innebär inte att varje enskild kommunikationsinsats måste ha detta mål.

Kommunikationsmål

Olika aktiviteter kan sikta mot olika kommunikationsmål.

Kommunikationsmål innebär att påverka medvetenhet, intresse, kunskaper, attityder, intentioner och att framkalla – eller förhindra – handlingsutlösande beslut.

I kommersiella sammanhang kan ibland ett och samma budskap serverat vid ett enda tillfälle föra målgruppen från uppmärksamhet, via uppmärksamhet, intresse, intention och beslut att köpa produkten ifråga till själva handlingen – köpet (enligt formeln AIDA = attention, interest, desire, action).

Då hälsokommunikation handlar om att åstadkomma genomgripande förändringar inom målgruppens livsstil är det för det mesta orealistiskt att tänka sig ett handlingsutlösande beslut omedelbart efter att ett budskap levererats. En fruktbar tillämpning av ”Information processing theory” är att ordna kommunikationsmålen efter en trappa, så att uppnåendet av ett kommunikationsmål förutsätter uppnåendet av närmast föregående (McGuire 1989, Palm 1994).

- För att målgruppen skall efterfråga sakinformation i ett ämne måste den *alarmeras* och *intresseras*. Ämnet måste helst, oftast via medieagendan, placeras på samtalsagendan, dvs bli diskuterat inom familjer, bland vänner, på arbetsplatser osv (Rogers, Dearing & Chang 1991, se även Dearing & Rogers, 1996)
- Om inte hälsokommunikationen lyckas med detta kommer den inte heller att lyckas med nästa kommunikationsmål – *kunskapsöverföring*. Hur övertygande

fakta och sakargument som än läggs fram kommer mottagaren inte att lägga energi på att ta till sig dem om intresse och engagemang för ämnet saknas.

- Framgångsrik kunskapsöverföring leder i regel till önskad *förändring av attityder*. Den vanligaste anledningen till att en människa ändrar attityd till ett handlingsalternativ är att hon fått nya kunskaper om det, men det finns viktiga undantag från denna regel orsakade av t ex förhandsinställning och/eller djupt liggande normer och värden.
- Attitydförändringen är inte slutmålet i ett övertalningsprojekt. Man kan ha en positiv attityd till en beteendeförändring, t ex motion, rökslut eller bättre kostvanor, men samtidigt vara tveksam till att man själv klarar av den. *Intentionen* måste påverkas. (Ajzen & Fishbein 1980)
- Intentioner kan ses som ett principbeslut som av olika skäl inte alltid leder till ett *handlingsutlösande beslut*. Ett handlingsutlösande beslut kan definieras som den mentala process som omedelbart föregår den av sändaren önskade beteendeförändringen.
- Om påverkansmålet är ett förändrat beteende måste det nya beteendet *säkras och vidmakthållas*. Slutmålet för kommersiell kommunikation är köpet, som i regel är sin egen belöning. En ny bil, DVD-spelare osv. höjer köparens livskvalitet omedelbart. Trots detta satsar företagen allt mer på kundvård, relationsmarknadsföring osv för att behålla kunden. När målet för hälsokommunikation är en beteendeförändring – t ex ändrade motionsvanor, kostvanor, alkoholvanor, cykelhjälm användande m m – innebär denna i varje fall till att börja med oftast en sänkning av individens livskvalitet. Det finns alltså en ännu starkare anledning att belöna – åtminstone symboliskt – den som gör hälsofrämjande förändringar i sin livsstil än den som köpt en viss produkt.

Opinionsbildningsmål

Det kan diskuteras om en statlig myndighet skall ägna sig åt opinionsbildning genom att påverka politiska beslut på nationell nivå. Att lokala och regionala myndigheter i samverkan med t ex frivilligorganisationer gör det är mindre kontroversiellt.

Gränsen mellan legitim upplysningsverksamhet av ett expertorgan och illegitim opinionsbildning är emellertid många gånger hårfin. Detsamma gäller gränsen mellan samarbetsprojekt där myndigheten är sponsor åt en opinionsbildande organisation å ena sidan, och projekt som myndigheten genomför under eget namn å den andra.

Det kan aldrig undvikas att en myndighet genom att tillhandahålla ett sakligt beslutsunderlag påverkar kommunala, regionala och nationella beslut inom de sektorer som myndigheten ansvarar för. Även när regering och riksdag sätter folkhälsomålen, så är det oftast myndigheten som föreslår metoderna. Dessa är inte sällan kontroversiella.

De mest renodlade formerna av opinionsbildning är lobbying och andra metoder att påverka beslutsfattare direkt utan omvägen över massmedier och den allmänna opinionen.

I samhällsinterventiva projekt (för en mer utförlig diskussion se nedan) är en effekt av bildandet och vidmakthållandet av professionella nätverk beslut i hälsofrämjande riktning som annars inte skulle fattats.

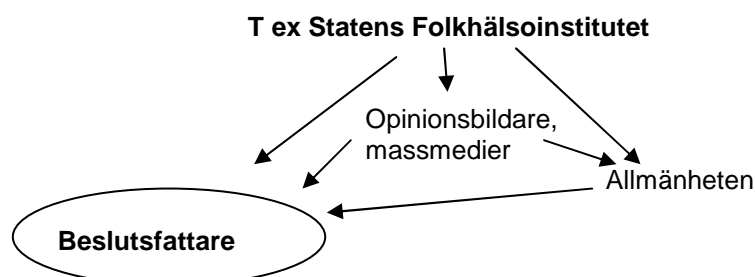
Även om grupper ur allmänheten inte utgör slutmålgrupper spelar de en viktig roll i opinionsbildningen eftersom de tillsammans utgör ”den allmänna opinionen”. Politiker och andra beslutsfattare påverkas av sin bild av den allmänna opinionen – som inte behöver vara i överensstämmelse med den faktiska allmänna opinionen. Demonstrationer, uppvaktningar, opinionsundersökningar, brev- och e-postbombning är exempel på metoder att visa att den allmänna opinionen är i linje med sändarens ståndpunkter. Av dessa metoder är det endast opinionsundersökningar som kan betraktas som legitim för en statlig myndighet.

Opinionsbildning genom tredje part, allmänheten, kan alltså ses som en tvåstegsprocess:

- Att påverka allmänhetens inställning i en fråga i önskad riktning
- Att göra troligt för beslutsfattare av olika slag att allmänhetens inställning är i linje med sändarens, eller i varje fall att allmänheten utan protester kommer att acceptera administrativa och ekonomiska åtgärder som begränsar den enskildes bekvämlighet, rörelsefrihet och privatekonomi.

Det har ofta visat sig att, även om allmänheten inte är beredd att ändra sitt eget beteende, är den beredd att acceptera vissa frihetsinskränkningar för det allmännas bästa, t ex bilbälteslag, restriktiv alkohollagstiftning m m. Denna form av allmän opinion får starkast genomslag först när den blir känd av beslutsfattarna.

Slutmålgruppen är alltså inte, som i andra former av planerad kommunikation, allmänheten eller delar av allmänheten utan beslutsfattare (se nedan, figur 2)



Figur 2

Opinionsbildning via allmänheten till beslutsfattare

Etappmål

Opinionbildning kan sägas ha två etappmål.

- Att sätta ett frågekomplex eller en fråga på agendan, dvs få beslutsfattare och allmänhet att inse att frågan är viktig och att sätta in frågan i ett lämpligt sammanhang (*framing*). Övervikt, kost och motion behandlas t ex oftast i populärpressen som ett kosmetiskt problem men av hälsoinformatörer som ett medicinskt problem (jfr Sandberg 2004). Nuvarande alkohollagstiftning ses av dess försvarare som en folkhälsofråga, men av motståndarna som en frihetsfråga.

Att en fråga hamnar på agendan innebär alltså att den framstår som intressant och viktig – ingenting annat. Det innebär att även kritisk och ifrågasättande publicitet gentemot myndighetens ståndpunkter i många fall bör välkomnas för dess agendasättande effekter. Även motsättningar mellan olika intressen på-

verkar agendasättningen positivt, t ex den mellan anhängare av en restriktiv alkoholpolitik och en mer liberal sådan.

- Att styra opinionen i en viss riktning i en viss fråga. Detta etappmål förutsätter ett framgångsrikt agendasättande. Så länge beslutsfattare och allmänhet inte tycker att t ex drogmissbruk, alkohollagstiftning, kost och motion är viktiga frågor kommer de heller inte att ändra inställning i frågorna – eller överhuvudtaget skaffa sig en inställning.

I många hälsokommunikationsprojekt är opinionsbildningsmålen de centrala, t ex för projektet ”Sätt Sverige i rörelse” som startades 1999 av Folkhälsoinstitutet och Riksidrottsförbundet. På projektets hemsida redovisas resultaten (2004). Av dessa är de allra flesta politiska och administrativa beslut fattade på nationell, regional eller lokal nivå t. ex:

- Ett nationellt resurscentrum för ökad fysisk aktivitet i skolan upprättas
- Staten tillsätter ett Friluftsråd
- En nationell rekommendation har antagits som förespråkar 30 minuters regelbunden fysisk aktivitet i hälsofrämjande och förebyggande syfte
- Många skolor satsar nu på att införliva mer fysisk aktivitet i skolans vardag och en serie konferenser samlar skolledare regionalt för att ta fram ett handlingsprogram.

Utvärderingsmöjligheter

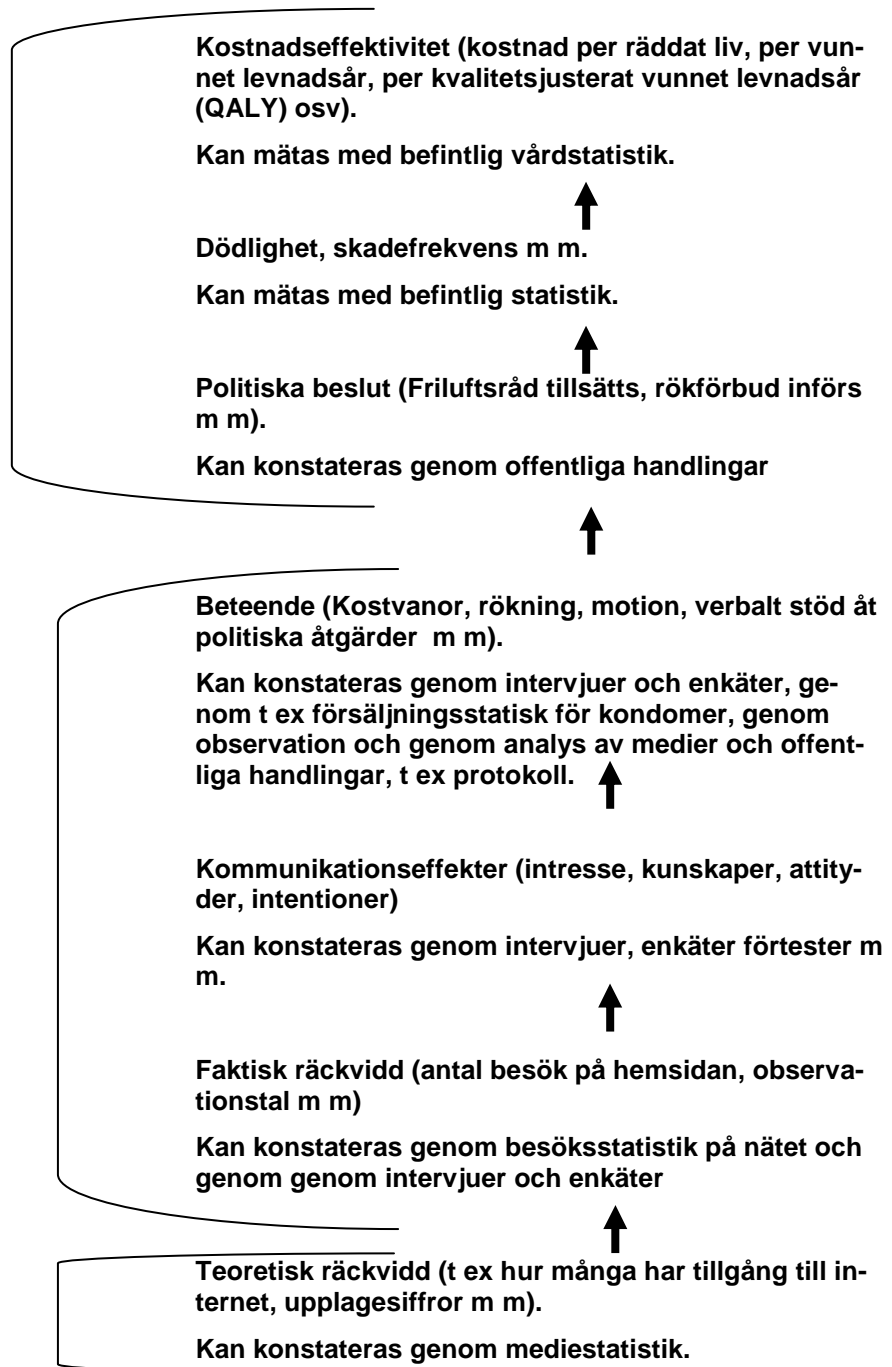
Utvärderingar kan ske på olika nivåer. På visionsnivå och på opinionsbildningsnivå sker utvärderingar i regel utifrån befintlig statistik och befintliga dokument. Svårigheterna att bevisa att det är just de hälsofrämjande aktiviteterna som åstadkommit önskade effekter är stora. Rör det sig om ett nationellt projekt kan eventuella skillnader före och efter interventionen ha orsakats av en rad andra faktorer. I regionala och lokala projekt kan problemen i varje fall till dels pareras genom användandet av kontrollområden, så gjorde man t ex i det Svenska Norsjöprojektet och det finska Nordkarelenprojektet. Att bland dessa aktiviteter isolera just hälsokommunikationens effekter är strängt taget omöjligt.

Mål på beteendepåverkansnivå kan när det gäller verbala aktiviteter som stöd till eller motstånd mot vissa åtgärder konstateras genom analys av medier och dokument. Andra beteendemål kan konstateras genom observationer (t ex cykelhjälm användande), intervjuer eller enkäter.

Även kommunikationsmål som intresse, kunskaper, attityder och intentioner kan konstateras genom intervjuer eller enkäter, och genom olika former av förtester. Det samma gäller *faktisk räckvidd*, som när det gäller nätbaserad information också kan konstateras genom besöksstatistik för webbplatsen ifråga.

Teoretisk räckvidd mäts genom mediestatistik och andra volymmått. Ett exempel på ett volymmått är det som projektet ”Sätt Sverige i rörelse” nämner bland sina resultat:

Över 20 skrifter har publicerats och sänts till specifika målgrupper, bl.a. metodböcker för kommunalpolitiker respektive arbetsgivare (Hemsidan 2004)



Figur 3

Utvärderingsmöjligheter på olika nivåer

Målgrupper

Vi kommer fortsättningsvis att använda termen målgrupp om alla grupper som hälso-kommunikatören kommunicerar med.

Relationer till sändaren

Målgrupper kan ha olika relationer till sändaren.

- Normalt när man tänker på en målgrupp menar man en *passiv målgrupp*. Man utgår från en asymmetrisk relation mellan målgruppen och sändaren: företaget, organisationen eller myndigheten. Initiativet ligger hos sändaren som också bestämmer villkoren för kommunikationen. Det är målgruppen vars kunskaper, attityder, intentioner och beteenden som skall påverkas (jfr Sandberg 2002). Målgruppen består av många individer, men de nås en och en eller hushåll för hushåll. Relationen är normal i utpräglade beteendepåverkansprojekt som i merparten av all reklam – såväl imagerекlam som utbudsreklam – men även i samband med offentliga kampanjer som kan röra kondom användning, cykelhjälm, droger och alkohol m m
- Målgruppen kan också vara en *intressentmålgrupp*. Relationen är då mera, om än inte helt, symmetrisk jämförd med vanliga målgrupper. En intressentmålgrupp är mer eller mindre organiserad i form av patientföreningar, Hem- och skola-föreningar, byalag, företag, myndigheter m m. Den förväntar sig en dialog med den organisation – företag eller myndighet – som är sändare och också att sändarorganisationen är beredd att ta hänsyn till vad som framkommer i dialogen (se även Sandberg 2002). Denna relation förekommer i samhällsinterventiva projekt och i opinionsbildningsprojekt.

Demografiska, psykografiska och livsstilsindelningar

De vanligaste segmenteringsgrunderna för målgrupper är de demografiska: kön, ålder, nationalitet och sociodemografiska: yrke, utbildning, inkomst m m.

Indelning efter livsstil har bl a varit intressant för Aids-kampanjer i Sverige och i andra länder, i samband med alkoholkampanjer och kampanjer för förändrade kost- och motionsvanor. Segmentering sker både genom ett aktivt medieval och genom självval genom budskapsvariation.

En psykografisk indelningsgrund bygger på personlighetsdrag, självbild och grundläggande värden. Den är användbar i samband med t ex antidrogkampanjer, då personlighetsdrag som ”sensation seeking” (benägenhet att ta risker) och värden som antikonformism är viktiga att ta hänsyn till. Målgruppssegmentering sker genom att budskapet varieras för att passa olika psykografiska grupper

Position i kommunikationsprocessen

Målgruppens position i kommunikationsprocessen kan växla.

- Målgruppen kan vara slutmottagaren av kommunikationen, den grupp som skall börja cykla, använda cykelhjälm, söka hälsoinformation på nätet, ändra sina kostvanor m m
- Målgruppen kan vara förmedlare, t ex distriktssköterskor, lärare, arbetsledare, föräldrar, försäljare i elektronikbutiker, vars uppgift ses som att påverka slutmålgruppen att ändra sitt beteende.
- Målgruppen kan vara opinionsbildare, t ex journalister, som skall påverkas att verbalt verka för sändarens intressen.
- Målgruppen kan vara beslutsfattare, politiker, chefstjänstemän, företagsledare. m fl, som skall påverkas att fatta beslut i sändarens intresse.

Massmediekampanjer

Massmediekampanjers målgrupper är i första hand slutmottagaren av informationen; den som skall ändra – eller inte ändra – sitt beteende. Som termen anger kännetecknas massmediekampanjer av att huvudmedier är massmedier som annonsering, stortavlor, massdistribuerade trycksaker. Det hindrar inte att sådana kampanjer med fördel kompletteras med öga-mot-öga-aktiviteter; i kommersiella sammanhang med försäljarens insatser i butiken, i icke-kommersiella med rådgivning enskilt eller i grupp.

De teorier som ligger grund för traditionella massmediekampanjer är sådana som beskriver den process genom vilken de som ingår i målgruppen bereder informationen från sändaren. De mest inflytelserika teorierna i detta sammanhang är *Information Processing Theory* (McGuire 1989, Palm 1994), som betonar processens stegvisa karaktär och *Theory of Reasoned Action* (Ajzen & Fishbein 1980) som särskilt betonar de faktorer som är kopplade till intentioner. En annan teori, som med framgång har använts inom konsumentforskning, och som i hög grad är tillämpbar även på sociala marknadsföringskampanjer, är låginvolveringsteorin, som i synnerhet betonar handlingsutlösningens betydelse (Ray 1973, Palm 1994).

Exempel på svenska massmediekampanjer

Kanske den mest kända massmediebaserade kampanjen i Sverige, vid sidan av högertrafikkampanjen, är Socialstyrelsens och Brödinstitutets kampanj ”6-8 skivor bröd om dagen” från 1976 och 1977. Kampanjen är intressant bl a därför att den ger exempel på en oförutsedd effekt – en typisk bumerangeffekt – nämligen att Socialstyrelsen under decennier kom att förknippas med förmynderi. Den avsedda effekten – att stimulera till ökat brödätande – uppnåddes emellertid (se tex Eriksson 1994; Palmblad & Eriksson, 1995).

Andra uppmärksammade svenska massmediekampanjer om hälsofrågor är de stora Aids-kampanjerna som drevs under mitten av 1980-talet, då för övrigt alla länder av Sveriges typ drev omfattande sådana. Kampanjerna hade en stark inverkan på allmänhetens riskmedvetande och under en period runt 1986 ansågs Aids vara det allvarligaste samhällsproblemet i Sverige, allvarligare än t ex arbetslösheten, våldsbrottsligheten och trafikdöden.

Från 1990-talet och under de allra senaste åren har bl a Alkoholkommittén och dess föregångare drivit flera delvis massmediebaserade kampanjer om alkohol och andra droger.

Stora massmediebaserade kampanjer mot rökning har förekommit i många länder (SBU 1999, Magne Haug 2002).

Metoder för massmediekampanjer

De viktigaste kanalerna för massmediekampanjer är köpt utrymme i form av annonser, TV- och radioreklam, stortavlor, direktreklam och Internetreklam. Dessa kanaler har stor räckvidd (andel av allmänheten som har möjlighet att ta del av budskapet), men också god selektivitet (förmåga att nå definierade målgrupper) om de samtidigt används

kreativt. Kanalernas trovärdighet och deras förmåga att påverka agendan är däremot måttlig eller låg (Atkins & Salmon 2003).

Minst lika viktiga kanaler – men svårkontrollerade – är redaktionellt utrymme i press, radio och TV, inte minst på lokal nivå, ibland som en följd av att de redaktionella kanalerna bearbetas genom aktiva PR-insatser från olika myndigheter och ideella organisationer (för en utförlig diskussion om sk ”news management” samt relationen mellan journalister och professionella källorganisationer se Falkheimer 2004). Nyhetsartiklar har hög trovärdighet och förmåga att inverka på den politiska dagordningen, men också på den interpersonella samtalsagendan (Atkins & Salmon 2003). Det finns ett samband mellan köpt och redaktionellt utrymme när det gäller samhällets kampanjer, så att stora satsningar i form av annonser, TV-spotar m m ofta genererar redaktionell publicitet.

Kanaler för opinionsbildningsändamål som en del av ”media advocacy” – the strategic use of massmedia in combination with community organizing to advance healthy public policies – är debattartiklar, insändare, svar på insändare m m, som har stark agendasättande effekt (Wallack & Dorfman 1999).

Mer ovanliga varianter i Sverige av hälsokommunikation via medier är ”edutainment” (se t.ex. Singhal & Rogers 1989, 2001), hälsoinformation förpackad i underhållningsform, t ex *Hollywood lobbying* – att redan på manusstadiet införa hälsobudskap i TV-serier framför allt riktade till ungdomar.

Budskap i massmediekampanjer

En generell regel när det gäller riskmedvetenhet, intresse och engagemang är att budskapet så långt som möjligt bör skapa känslor och personifieras, helst knyts till konsekvenser som ligger nära i tiden för mottagaren. En central fråga i detta sammanhang är fördelar och nackdelar med skräckpropaganda för att skapa uppmärksamhet och riskmedvetande.

En kort sammanfattning av forskningsläget är:

- att skräckpropaganda är ett starkt verkningsmedel som det inte finns anledning att helt avstå från,
- att meningarna är delade om verkningsgraden är starkare ju mer skrämmande budskapet är eller om budskapets verkningsgrad följer en ”klockkurva.
- att det är viktigt att inte bara peka på hotet utan också på hur hotet kan undvikas
- att hotfulla budskap bör blandas upp med löftesrika (Hale & Dillard 1995, Stephenson & Witte 2001).

Den uppfattade sändaren är en del av budskapet och har stor betydelse. Viktiga egenskaper hos sändaren är:

- Trovärdighet, som är en kombination av expertis och objektivitet (för en utförlig begreppsdiskussion se tex Hedquist 2002). Här har offentliga sändare ett stort försteg framför andra.
- Attraktivitet som är en funktion av målgruppens attityd till sändaren. De flesta svenskar har inte någon särskilt negativ attityd till myndigheter (?), men det finns vissa grupper, t ex ungdomar, som mer eller mindre starkt ogillar

dessa (Backers, Rogers & Sopory 1992). I sådana fall får myndigheten arbeta med en pseudosändare, vilket t ex Folkhälsoinstitutet har gjort i samband med antirökkampanjer riktade mot unga kvinnor, då man dolde sig bakom Vecko-Revyn och Fröken Sverige (se tex Gripen, 1996).

Att använda kända personer, som har hög status hos målgruppen, har visat sig ha stor effekt för att öka uppmärksamheten, men deras attraktivitet kan inte alltid kompensera deras bristande trovärdighet.

- Identifikationsmöjligheter, som innebär att mottagaren kan identifiera sig med sändaren eller pseudosändaren. Starkast effekt ger självfallet människor av kött och blod – arbetskamrater, vänner m m – men i brist på sådana kan personer i medier användas.

De allra flesta attitydförändringar är en följd av att målgrupperna förses med ny kunskap. I den meningen kan man se kunskap-attityd-intention som en enda fortlöpande linjär process, som bl a förutsätts i "Theory of Planned Behavior" (Ajzen 1991) och i "The Health Belief Model" (Murray-Johnsson, L & Witte, K 2003), som båda bygger på föreställningen om den rationella människan. En förenklad tillämpning av modellerna innebär att om mottagarna förses med rätt kunskap initialt, så följer övriga delar av processen automatiskt.

I andra fall är attityden knuten till normer och grundläggande värderingar, t ex attityden till cykelhjälm användning och då snarast omöjlig att påverka med sakargument. Forskningen tyder på att massmediekampanjer i sådana fall inte gör någon större nytta. Däremot kan massmediekampanjer förstärka redan existerande önskvärda attityder (Palm 1994).

Masskommunikation kan åstadkomma handlingsutlösning under dessa omständigheter:

- Målgruppen har rätt intention, men har ännu inte verkställt denna (Salmon & Atkins 2003, Palm 1994).
- Handlingen som skall utlösas bör vara enkel att utföra (Salmon & Atkins 2003).
- Handlingen som skall utlösas *måste uppfattas* av målgruppen som så obetydlig att det kostar ett minimum av mental energi att fatta det handlingsutlösande beslutet och utföra handlingen (Palm 1994).

Fördelar och nackdelar med massmediekampanjer

Massmediekampanjer kritiserar ofta – med all rätt. Mycket pengar har kastats bort på ogenomtänkta och ineffektiva kampanjer.

En svaghet med massmediekampanjer är deras obefintliga flexibilitet. När en kampanj väl rullat igång är den omöjlig eller i varje fall mycket kostsam att stoppa eller ändra riktning på, även om sändaren märker att kampanjen inte kommer att uppnå sitt syfte.

En annan svaghet är att förändringar av kunskaper, attityder, intentioner och beteenden i regel blir mer kortvariga om de åstadkommit med massmediekampanjer än om de åstadkommit på annat sätt, t ex genom nätverk, eller utbildningsinsatser. Anledningen är att förändringarna inte automatiskt stöttas av den sociala omgivningen. Ett annat

forskningsresultat kring förändringars varaktighet är att ju mindre kunskapsbaserad förändringen är, desto kortvarigare blir den (Petty & Cacioppo 1986).

Budskapen utformas ofta för att passa stora och vagt huvudsakligen demografiskt definierade grupper t ex ungdomar eller kvinnor. Ofta är den faktiska målgruppen helt enkelt allmänheten. Budskapen blir utslätade.

Massmediekampanjer kan placera en fråga inte bara på medieagendan utan också, vilket är viktigare, på samtalsagendan. Effektiviteten ökar om det ökande intresse för frågan, som skapas av att ett ämne hamnar på medieagendan, kan utnyttjas med PR-insatser och opinionsbildning. Forskning visar t ex att interpersonell kommunikation ökar riskupplevelsen mer än den massmedierade kommunikationen, men att denna genererar samtal mellan människor (Snyder & Rouse 1995).

En provokativ norsk antirökkampanj (Hafstad 1997) gav önskade effekter på målgruppen tonårsflickor – inte genom att provokationerna direkt fick flickorna att sluta röka, bestämma sig för att sluta röka eller bestämma sig för att inte börja röka – utan genom att provokationerna utlöste samtal om rökning som i sin tur påverkade intentioner och beteenden.

Sammanfattningsvis kan sägas att massmediekampanjer framför allt är användbara för att skapa intresse och riskmedvetenhet, för att förmedla entydig, lättfattlig och kortfattad sakinformation till breda målgrupper samt för att utlösa enkla handlingsframkallande beslut hos de redan motiverade.

Att utvärdera massmediekampanjer

Massmediekampanjers liksom andra kampanjers effekter mäts vanligen vad gäller faktiskt räckvidd genom observationsmätningar: i vilken grad målgrupperna har observerat kampanjen ifråga.

Höga observationstal är en förutsättning för att skapa intresse, engagemang och riskmedvetenhet bland målgrupperna, som dock är mer kostsamt att mäta.

Både teoretiskt och empiriskt är agendasättning på det kollektiva planet och ökat intresse och ökad riskmedvetenhet på individplanet relevanta mål för massmediekampanjer. Ett ämnes position på medieagendan mäts genom innehållsanalyser av medier medan positionen på den interpersonella agendan – samtalsagendan – och riskmedvetenhet måste mätas med intervjuer och/eller enkäter.

Att mäta kunskapsförändringar förutsätter till skillnad mot observationsmätningar en kostsam före-efter-design, ett förhållande som torde förklara varför de inte är lika vanliga som observationsmätningar. Att massmediekampanjer kan vara effektiva för att överföra enkla sakbudskap visar exempelvis Bengt Brorssons utvärderingar av 1980-talets Aids-kampanjer (Brorsson, B. & Herlitz, C. 1988) och utvärderingen av Naturvårdsverkets klimatkampanj 2002–2003 (Naturvårdsverkets hemsida 2004).

Massmediekampanjer är mindre effektiva än metoder som bygger på personlig påverkan, t ex rökavvänjning som bygger på gruppsamtal och individuella samtal, räknat individ för individ. Å andra sidan är massmediekampanjer ofta kostnadseffektiva. Priset per rökslut för en massmediekampanj kan bli en fjärdedel av priset för en metod som bygger samtal eller gruppsamtal (Tones & Tilford 1997).

Efterfrågestyrd hälsokommunikation

”Uses- and gratification theory” eller användningsmodellen som är den vanligaste svenska benämningen utvecklades på 1950- och 60-talet som en reaktion på den då förhärskande ”the hypodermic needle model” eller effektmodellen (Rosengren 2000). Denna förutsatte att med en lämplig dos av en viss budskapskombination skulle stora övertalningseffekter uppstå. Mottagaren sågs som ett objekt utan egen vilja som utan motstånd accepterade de budskap som serverades.

I användningsmodellen är det mottagaren som är subjektet och som själv medvetet eller omedvetet väljer de budskap ur budskapsutbudet som bidrar till att han/hon kan uppnå vissa måltillstånd, t ex att känna sig informerad i relevanta frågor.

Användningsmodellen översatt till hälsokommunikationsstrategi innebär enkelt uttryckt att göra relevant information tillgänglig för den som behöver den – att göra kommunikationsprocessen efterfrågestyrd i motsats till effektstyrd. Även om effektmodellen och användningsmodellen i akademiska sammanhang ofta ställs emot varandra, så utgör tillämpningen av de båda modellerna inte alternativ till varandra utan komplement.

Expert till expert

Den dominerande formen av efterfrågestyrd kommunikation är ”Information Resources Management” (Höglund, L. & Persson, O.1985), relationen mellan sändaren, t ex myndigheter som Folkhälsoinstitutet och Naturvårdsverket eller organisationer som Cancerfonden å ena sidan och expert- och förmedlarmålgrupperna å den andra. Att denna kommunikationsform är grundläggande och kostnadseffektiv kan tas för givet, även om inte mätningar gjorts på hur ett efterfrågestyrt kommunikationssystem fungerar jämfört med alternativa system.

Allmänheten som slutanvändare

Efterfrågestyrd kommunikation med delar av allmänheten som slutanvändare är inte alltid helt lätt att skilja från effektstyrd. Efterfrågestyrd kommunikation förutsätter ett minimum av aktivitet från användarens sida för att få fram relevant information.

Kataloger

Även individer och hushåll förväntas till viss del själva söka fram den information de behöver i olika situationer.

På 1970-talet skickades *Socialkatalogen* ut till alla svenska hushåll och många landsting distribuerade Landstingskataloger eller Vårdkataloger. Katalogerna innehöll till största delen administrativ nyttoinformation: adresser, telefonnummer, öppethållandetider, vem hjälper till med vad m m. En majoritet av mottagarna uppmärksammade katalogerna och ungefär 30% använde dem under ett år (Carlsson 1980). Huruvida användarna enklare kunnat få informationen från annat håll, t ex telefonkatalogen är svårt att uttala sig om.

Motsvarande information som den i 1970-talets kataloger finns sedan flera år i kondenserad form på de Blå Sidorna i telefonkatalogen, ett förhållande som gjort dem obehövliga.

Telefon

En viktig efterfrågestyrd kanal för akut hälsoinformation är sjukvårdsupplysning per telefon. Enligt *Vårdbarometern* har 38% av de svenska hushållen sökt råd per telefon minst en gång det senaste året. Allt tyder på att de allra flesta ringt till sin vårdcentral, endast 3% sade sig vara beredda att ringa till sjukvårdsupplysningen som svar på en hypotetisk fråga om hur man skulle söka information vid hög feber (*Vårdbarometerns* hemsidan 2004).

Trycksaker

För i första hand förebyggande hälsoinformation är apotekens trycksaksbestånd en rationell kanal, en blandning av offentlig och privat utgiven information, främst från läkemedelsföretag och från ideella organisationer.

Hälsotorg

Apoteket AB har tillsammans med några landsting och kommuner initierat ett projekt-samarbete i form av så kallade hälsotorg och hälsodialoger. Hälsotorg är bemannade utrymmen på apoteken där besökaren kan få egenvårdsrådgivning av i första hand vårdpersonal och apotekspersonal. Därigenom avlastas vården (Sölvesdotter 2004).

Internet

Det medium som med största sannolikhet kommer att bli det dominerande – men ännu inte är det – när det gäller efterfrågestyrd hälsokommunikation är hälsoinformatik, i första hand hälsoinformation via Internet. Dock är det enligt *Vårdbarometern* (2004) endast 16% som sökt hälsoinformation på nätet under det senaste året.

Enligt *Vårdbarometern* var det 2003 16% som sökte hälsoinformation på nätet, vilket kan jämföras med 38% som sökte information per telefon.

Den intresserade allmänheten kan idag få information från Socialstyrelsen ”Information till allmänheten”, från Fass, från Infomedica, en Internetportal som drivs av landstingen i Sverige och Apoteksbolaget, från den kommersiella webbplatsen NetDoctor och från webbplatser som drivs av olika läkemedelsföretag och ideella organisationer som Cancerfonden och Hjärt-lung-fonden.

Fördelar och nackdelar

Efterfrågestyrd kommunikation har flera fördelar.

1. Den mest självklara fördelen med efterfrågestyrda system är att kostnadseffektiviteten blir mycket hög. Att informationsanvändaren själv söker fram den information som behövs innebär i varje fall i teorin att rätt information når rätt motta-

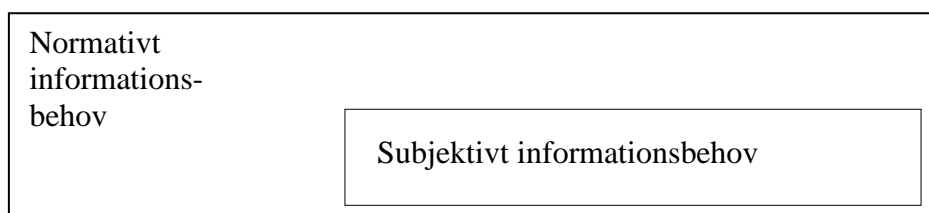
gare i rätt situation och vid rätt tidpunkt. All information är efterfrågad till skillnad mot t ex massmediekampanjer.

2. Efterfrågestyrd kommunikation är en förutsättning för egenvård. Enligt beräkningar utgörs mer än 20% av vårdens konsultationer av problem som kan åtgärdas med egenvårdande insatser (Sölvesdotter 2004).
3. En annan fördel i synnerhet med nätbaserad information är de goda möjligheterna till interaktivitet. Redan möjligheten att gå vidare från en webbplats till en annan är en enkel form av interaktivitet liksom möjligheten att få svar på vanliga frågor, "Frequently Asked Questions". Den mest kompletta formen av interaktivitet är möjligheten att ställa frågor som besvaras individuellt av en expert, något som erbjuds av Netdoctor och Infomedica, samt Aftonbladets och Expressens viktminskningsprogram. En form av interaktiv hälsoinformatik, som är under snabb utveckling, är kostinformation och annan hälsoinformation i form av interaktiva dataspel främst för ungdomar.
4. Ytterligare fördelar med den Internetbaserade hälsoinformatiken är att kanalen finns tillgänglig för användarna hela dygnet. Det är dessutom ett snabbt medium, som enkelt kan förändras och uppdateras och mediet kan länkas samman med andra medier på ett enkelt sätt. Dessutom möjliggör anonymiteten att man kan nå svårtillgängliga grupper, även i isolerade områden (Falkheimer & Palm 2003)

Nackdelarna är främst två:

1. Relevant hälsoinformation, som användaren inte vet att hon/han har nytta av, når inte fram. Det finns också en stor risk att mottagaren söker information som är fördelaktig för honom själv och undviker information som är ofördelaktig: som innebär frihetsinskränkningar och sänkningar av hans livskvalité. Med andra ord: det normativa informationsbehovet, definierat av myndigheter och experter, är inte alltid det samma som det subjektiva.

För att reducera nackdelen krävs en realistisk analys av skillnaden mellan det normativa, av samhället definierade informationsbehovet, och det subjektiva, av individen upplevda informationsbehovet, så att skillnaderna kan minimeras genom effektstyrd kommunikation.



2. Den andra nackdelen med ett efterfrågestyrt informationssystem är att det tenderar att skapa en kunskapsklyfta mellan resursstarka och resurssvaga grupper, i vilken de senare, som i regel är i större behov av hälsoinformation, ofta saknar möjligheter att själv söka upp den (Benigeri M.& Pluye P. 2003). Nationella folkhälsokommittén konstaterar

Ett problem med hälsoinformation, precis som med annan samhällsinformation, är att den främst når de redan gynnade. Det kan därmed innebära att hälsoklyftorna ytterligare ökar (2000).

Visserligen har 70% av de svenska hushållen tillgång till dator och internet men det är bara 30% som går in på nätet varje dag – de yngre och de välutbildade (Nordicom-Sverige 2003). Andelen har legat stilla de tre sista åren.

Att utvärdera efterfrågestyrd hälsokommunikation

Någon utvärdering av det samlade värdet av efterfrågestyrda informationssystem har inte gjorts. Utvärderingar av enskilda efterfrågestyrda informationssystem ligger i regel på räckviddsnivå. De största webbplatserna, Netdoktor och Infomedica, har ungefär 400 000 besök om året. Det finns ingen uppgift om på hur många individer dessa besök fördelar sig över.

Enligt en undersökning från 2003 (Infomedicas webbplats) är det 7% av svenskarna som känner till Infomedica och 3% som har använt webbplatsen. De flesta användare har en hög grad av "Health Literacy" (Bernhardt, J M & Cameron K. A. 2003) dvs goda kunskaper i hälsofrågor och god förmåga att söka fram och förstå hälsoinformation. Cirka 80% av dem som använt webbplatsen hade anknytning till sjukvården som anställd eller student.

Några studier (*Vårdbarometern*, Carlsson 1980, Falkheimer & Palm 2003) visar att användarna har varit nöjda och anser sig ha nytta av informationen.

Samhällsinterventiva projekt

När det gäller att förändra människors attityder och hälsobeteende på sikt är massmediekampanjer många gånger otillräckliga. Det krävs istället en kombination av olika kommunikationsinsatser och andra angreppssätt som uppmuntrar människors deltagande och *långsiktiga* engagemang i hälsofrämjande arbete i den vardagliga miljö människor befinner sig i – närsamhället. För detta krävs en samhällsinterventiv strategi.

Samhällsinterventiva strategier eller projekt, på engelska kallade ”community intervention”, men också ”community planning”, ”community relations”, ”community work”, ”community participation”, ”community action” m m, handlar, oavsett benämning, om någon form av intervention på samhällsnivå i syfte att förbättra eller förändra samhällsinstitutioner och att lösa samhällsproblem (Lupton 1995, Rothman m fl 1995, Jarlbro 2004).

Teoretisk bas

Teorier som är av särskild betydelse för samhällsinterventiva projekt är: Katz och Lazarsfelds modell ”Two-step flow of communication” (även känd som tvåstegshypotesen), Rogers ”Diffusion of Innovation Theory” och Banduras ”Theory of Social Learning”. Samtliga teorier kan omvandlas till strategier och tillämpas inom ramen för samhällsinterventioner

Tvästegsmodellen stryker under att mediernas effekter sällan är direkta utan går via så kallade opinionsledare, som har en viktig förmedlande roll i masskommunikationsprocessen och som utövar personlig påverkan på sin omgivning. Om kommunikationsmålet enkom är att förmedla ny kunskap kan massmedierade budskap vara nog, men om attityd- intentions- och beteendeförändringar är målet bör massmedierade budskap kompletteras med någon form av interpersonell kommunikation och påverkan. Det är således viktigt i samhällsinterventiva projekt att man lyckas identifiera, engagera, utbilda och uppmuntra opinionsledare av olika slag, och på olika nivåer i samhället. I långvariga projekt kan det vara av vikt att ta in nya opinionsledare kontinuerligt för att upprätthålla en rimlig grad av entusiasm och engagemang och för att få in ny energi i förändringsarbetet.

Diffusionsteorin förklarar två processer av relevans för samhällsinterventioner.

- dels förklaras diffusionsprocessen i en given befolkning (den process varigenom en ny idé/innovation kommuniceras genom vissa kanaler över tiden i en befolkning i ett socialt system),
- dels förklaras adoptionsprocessen, dvs. hur innovationer anammas och accepteras av olika befolkningsgrupper. Teorin tillhandahåller också ett redskap för att kategorisera individer utifrån deras benägenhet att ta till sig innovationen eller ändra sitt beteende (innovatörer, tidiga efterföljare, tidig majoritet, sen majoritet och efterslänrare) (Rogers 1995).

Diffusionsteorin är ett användbart redskap för målgruppsanalys som kan ligga till grund för val av budskapsstrategi för olika grupperingar i befolkningen i samhället. Te-

orin lägger stor vikt vid såväl masskommunikationsprocesser som interpersonell kommunikation och påverkan via opinionsledare för att frambringa förändring.

Teorin om social inlärning framhåller bland annat betydelsen av vikarierande inlärning och förekomsten av goda och gärna beundrade förebilder i vår omgivning för att frambringa förändring (jfr den ovan omtalade användningen av Fröken Sverige i anti-rökkampanjer). Vikarierande inlärning innebär att vi lär oss nya beteenden genom att studera hur andra beter sig och hur de i sin tur belönas eller bestraffas för sitt handlande (Bandura 1977, se även Bandura 1994)

Det är således av yttersta vikt i samhällsinterventiva projekt att såväl rekrytera opinionsledare som att lokalisera och dra nytta av förebilder som tillhandahåller goda exempel, t ex grannen som använder cykelhjälm, arbetskamraten som regelbundet motionerar, vännen som slutar röka. Förebilden behöver inte verbalt försöka påverka omgivningen till att ändra beteendet. Det kan mycket väl räcka att han eller hon fortsätter att ”göra rätt”.

Samhällsinterventiv metodik

Grundläggande kommunikationsstrategier för att frambringa förändring i samhällsinterventiva projekt är en kombination av massmedierad kommunikation, personlig kommunikation och påverkan samt utnyttjandet av goda förebilder.

Särskilt viktiga funktioner i samhällsinterventiva projekt har så kallade förändringsagenter ”change agents”, opinionsledare samt de individer som fungerar som goda exempel och förebilder för den del av befolkningen som ska påverkas.

Förändringsagenten har till uppgift att förändra människor i en för uppdragsgivaren, ”change agency”, önskvärd riktning. Förändringsagenten tar lokala opinionsledare till hjälp för att uppnå sina syften. Likaså är det vanligt att förändringsagenten anlitar assistenter, jämställda med och lika den grupp som ska påverkas, och som därför kan fungera bättre på fältet (se t ex Rogers 1995). Assistenternas uppgift blir att upprätthålla en tät kontakt med och försöka påverka och stötta de människor vars beteenden uppdragsgivaren önskar ändra.

Den kontext i vilken förändringsagenter verkar kallas *arena*. Tre slags arenor kan urskiljas:

- lokal-/närsamhället – ”the community”,
- organisationer i närsamhället som företag, stadsplaneringskontor, sjukhus, skolor och lokala medier,
- mindre grupper av olika slag i närsamhället, t ex personalgrupper, styrelser, kommittéer, föreningar, samfälligheter och idrottsklubbar (Rothman, 1995).

Dessa arenor utgör inte bara själva fältet för intervention utan är också medel för att uppmuntra och frambringa förändring samt efteråt stödja och bekräfta densamma. Därtill utgör de måltavlor för förändring. Ambitionen är att projektets mål ska integreras i så många samhällssektorer som möjligt och på så många samhällsnivåer som möjligt.

En viktig utgångspunkt är god kännedom om lokala förhållanden. Varje projekt måste utgå från de specifika förutsättningar som gäller i det samhälle där projektet ska drivas. Viktigt är också etablerandet av goda relationer med lokala myndigheter, socialarbetare och andra nyckelpersoner i det givna samhället.

Nätverk

Samhällsinterventiva projekt förutsätter deltagande av såväl *professionella* från olika områden (vård-omsorg, miljö-hälsa, skola-vuxenutbildning, teknik-industri m.fl.) som *lekmän* (frivilliga samhällsmedborgare, representanter för föreningsliv/folkrörelser samt lokala eldsjälar). Projekten bygger på utnyttjandet av redan existerande formella och informella nätverk samtidigt som man försöker skapa nya, för att uppnå de planerade målen.

Ett nätverk består av ett antal människor som har någon form av kommunikationsrelation till varandra (se t ex Sandberg, 2002). En medlem behöver inte nödvändigtvis kommunicera med alla de andra i nätverket, men åtminstone med någon/några. Det är av stor vikt i det samhällsinterventiva arbetet att skapa nya eller lokalisera och använda befintliga nätverk för att åstadkomma planerade förändringar (Jarlbro 2004).

Det är relevant att skilja på expertnätverk och lekmananätverk eftersom de utgör olika slags kommunikationsstrukturer. Expertnätverk består av representanter för formella och professionella organisationer, t ex polis, socialtjänst och sjukvård. De så kallade folkhälsoråden, vilka har till uppgift att lokalt främja svenska folkets hälsa, är exempel på befintliga expertnätverk. I dessa sitter representanter för bland annat olika kommunala verksamheter, t ex skola och omsorg.. Ett annat exempel är kampanjen ”Sätt Sverige i rörelse” där man försökte få till stånd samverkan mellan olika experter och därmed etablera nya expertnätverk för att på sikt frambringa önskade politiska, fysiska och administrativa förändringar. Man vände sig alltså inte i första hand till allmänheten eller s k lekmananätverk (se nedan). Tanken var snarare att de önskade förändringarna med tiden ska ”sippra ned” till allmänheten genom expertnätverkens arbete (ev stryk sista meningen?)

Ett lekmananätverk består av representanter för allmänheten. De kan vara informellt eller formellt till sin natur och bestå av människor som bor i samma grannskap/kvarter, som känner varandra, är nära vänner eller arbetskamrater. Denna form av nätverk uppstår och sätter samman sig själva. I ett förändringsarbete är det dock många gånger önskvärt att lekmananätverkets medlemmar representerar flera olika lokala intressen, t ex. den lokala idrottsföreningen, fotbollsklubben, pensionärsföreningen, ortens affärsidkare, för att få en maximal spridning på förändringsbudskap och innovationer i orten där interventionen sker. Sådana nätverk förutsätter en starkare form av styrning av sammansättningen av dem.

Nätverkets medlemmar har olika funktioner eller roller. Somliga är mer inflytelserika och har en viktigare opinionsbildande roll än andra. Det finns också de som är med i flera olika nätverk och fungerar som förbindelse-länkar mellan olika kommunikationsstrukturer. Dessa nätverksmedlemmar är därför särskilt viktiga att identifiera och engagera i ett förändringsarbete.

Expertnätverk kan ha en agendasättande och opinionsbildande funktion, och är vanligtvis, dock inte alltid, förmedlare av snarare än slutmottagare av information.

Nätverk kan vara homogena eller heterogena.

Homogena nätverk uppstår bland människor som befinner sig nära varandra både geografiskt och socialt. Människor tenderar att bilda sådana nätverk som kräver så lite ansträngning som möjligt och som ger mest tillbaka materiellt och socialt. Dessa nätverk är dock ofta av mindre värde i innovations/förändringsprocesser eftersom de är mindre benägna att ta in och fånga upp ny information.

Heterogena nätverk består av människor som är mer olika varandra och mer rumsligt åtskilda och är bättre på att fånga upp och förmedla information om nya idéer och förändringar.

Man brukar prata om de svaga länkarnas styrka i nätverksanalyser. Med det menar man de nätverkslänkar som är ”svaga”, som har en gles kontakt med övriga medlemmar i det egna nätverket, men som har stora kontaktytor och som binder samman två olika nätverk och därigenom bidrar till spridningsprocessen.

Sammanfattningsvis kan man säga att påverkanspotentialen är större i homogena nätverk, där medlemmarna har en stark relation till varandra, medan spridningspotentialen är större i heterogena nätverk med många svaga länkar. Homogena och heterogena nätverk kan alltså ha olika funktioner i olika skeden i en förändringsprocess.

Empowerment

Samhällsinterventiva projekt varierar vad gäller grad av medborgardeltagande (se t ex Rothman 1995; jfr Jarlbro 2004).

- En strategi kan vara att i stor utsträckning försöka engagera både organisationer och medborgare för att såväl utarbeta projektets mål som för att frambringa den planerade förändringen.
- En andra strategi innebär mycket varierande grad av medborgardeltagande (från ringa till omfattande deltagande beroende på problemens art) och går ut på att frambringa förändring genom noggrann problem-, behovs- och beslutsanalys, insamlande av kunskap, planering och kostnadseffektiv implementering av planer och beslut.
- En tredje strategi går ut på att ge missgynnade och svaga grupper (homosexuella, kvinnor, ensamstående föräldrar, invandrare, hiv-smittade, konsumenter m fl) makt och möjlighet att upptäcka egna resurser och egenansvar för att därigenom förändra sin situation. Här är alltså ”empowerment” en central tanke.

Förespråkare för det hälsopromotiva perspektivet (jfr tidigare diskussion om hälsofrämjande och hälsopromotion) har riktat kritik mot den så kallade ”medicinska modellen”, det vill säga den etablerade medicinen. Kritiken går ut på att minska läkarnas makt och frigöra människor från sjukvårdssystemets kontroll och styrning. Den ”medicinska modellen” sägs utmana individens kunskaper och erfarenheter genom att göra anspråk på att ha mer säker och objektiv kunskap. Modellen vilar på ett slags auktoritärt förhållningssätt, som man försöker att komma bort ifrån i dagens folkhälsoarbete.

Förespråkare för det hälsopromotiva perspektivet, som lanseras som motsatsen till den medicinska modellen, menar däremot att den enskilda människans självständighet och förmåga att fatta sunda beslut är av yttersta vikt. Hälsopromotion syftar därför i första hand till bemyndigande – ”empowerment” – att ge människor resurser och makt att själva få bestämma över sina liv. Empowerment har en dubbel innebörd: dels att stärka individen ifråga om kunskap och självförtroende, dels att frambringa ett kritiskt medvetande, för att i slutändan främja individens självständighet och möjlighet att fatta egna beslut samt medvetna val av betydelse för den personliga hälsoutvecklingen (Korp, 2002).

Exempel på samhällsinterventiva projekt

Nord-Karelenprojektet i Finland är ett av de första stora samhällsinterventiva projekten. Det genomfördes tidigt 1980-tal i syfte att minska hjärt- och kärlsjukdom i befolkningen. I projektet använde man sig av flera kanaler för att frambringa förändring. Den lokala frivilligorganisationen för hjärtsjuka, jordbruks- och livsmedelsindustrin och flera andra sektorer involverades. Projektet bedömdes på sin tid som framgångsrikt och lärdomen som drogs var att utgången av samhällsinterventiva projekt är direkt beroende av samordning och samarbete mellan flera sektorer och intressenter i lokalsamhället (Bracht, 2001). Av stor vikt är också att de olika samarbetsparternas roller och ansvarsområden är klarlagda och fastställda redan från början (jfr Sandberg 2002).

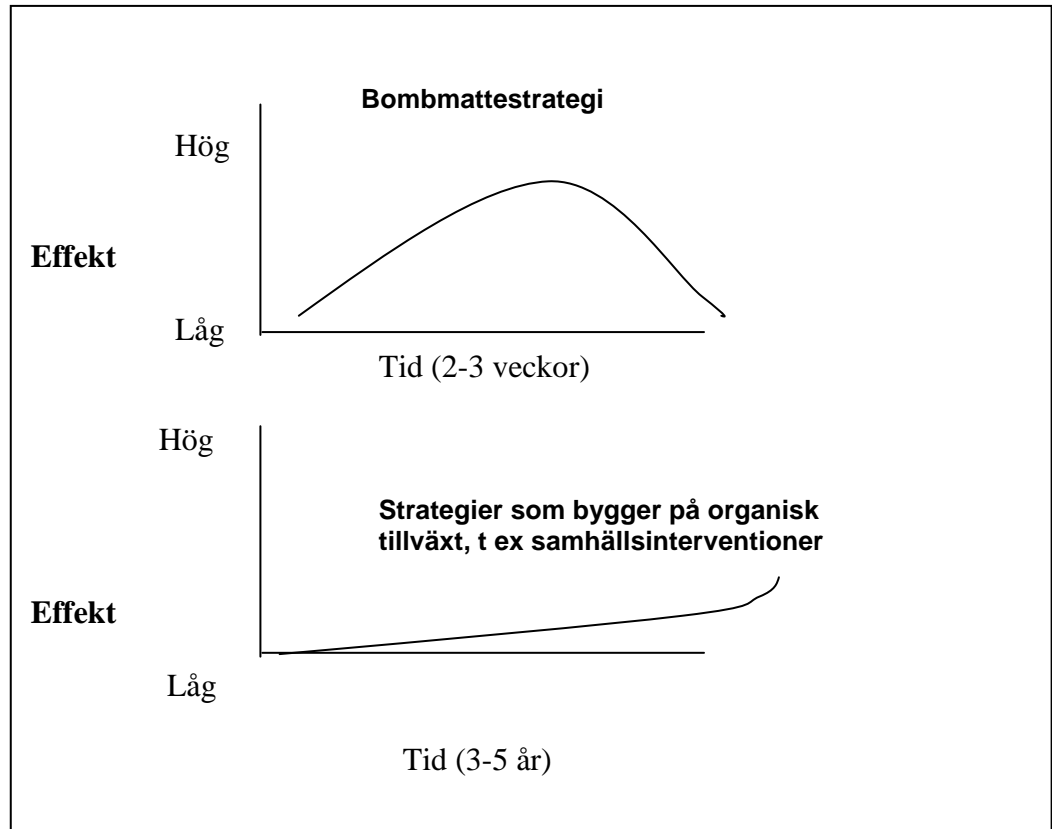
Kanström (1994) pekar på flera positiva erfarenheter från det samhällsinterventiva projektet SCPP (Stockholm Cancer Prevention Program). Det cancerpreventiva programmet initierades i slutet av 1980-talet och syftade till att minska insjuknande och dödlighet i cancer (i Stockholms län) genom att förändra befolkningen kostvanor. Kanström lyckas i sin forskning identifiera flera faktorer viktiga för samhällsinterventiva projekts framgång. Kanström menar också att många av de metoder för intervention som använts i de stora amerikanska förebyggande programmen av hjärt- och kärlsjukdom är effektiva (t ex Minnesota Heart Health Program, Stanford Heart Disease Prevention Program). I Kanströms forskning presenteras dock inga uppgifter om uppnådda beteendeförändringar i befolkningen.

Många av de tidiga samhällsinterventiva projekten fokuserade enbart beteendeförändring genom kommunikativa styrmedel. Projektens uppnådda resultat har dock varierat (Bracht, 2001). Man har därför övergått till att i större utsträckning kombinera olika styrmedel för att öka möjligheten till framgång.

Ett omfattande samhällsinterventivt program för att kontrollera/minska tobaksanvändning i USA är programmet Community Intervention Trial for Smoking Cessation (COMMIT), finansierat av National Cancer Institute. Tjugotvå stycken samhällen valdes slumpmässigt ut för att antingen delta i ett samhällsinterventivt projekt eller för att ingå i en kontrollgrupp. Samhällsinterventionen bestod i att förbättra samhällets möjlighet ta sig an frågan om tobak/rökavvänjning via fyra olika kanaler (inom vården, på arbetsplatser, särskild avvänjningshjälp och rådgivning ("slutaröka-terapi") och upplysning/information till allmänheten, under fyra års tid. Syftet med interventionen var att minska rökningen bland dem som rökte ringa eller måttligt (Buller m fl 2001).

Fördelar och nackdelar med samhällsinterventiva projekt

Samhällsinterventiva projekt bygger, när det gäller kommunikation, på organisk tillväxt till skillnad mot massmediekampanjer som bygger på en bombmattestrategi – mottagarna nås uppifrån individuellt under en begränsad tidsperiod (se figur 4).



(Palm 2001)

Figur 4

Två strategier

Fördelarna är:

- Samhällsinterventiva projekt är i hög grad flexibla. De kan planeras medan de genomförs, och planer kan kastas om de inte visar sig fungera.
- Projekten kan också, om de lyckas engagera breda medborgargrupper, få en demokratisk legitimitet, som massmediekampanjer aldrig kan komma i närheten av.
- Effekter i form av ändrat beteende i önskad riktning får en större stabilitet jämfört med beteendeförändringar åstadkomna genom massmediekampanjer, eftersom beteendeförändringarna stärks genom sociala nätverk.

Nackdelarna är:

- Det kan ta flera år innan de önskade effekterna kan konstateras (om effekter över huvudtaget kan konstateras). Eftersom spridningen i idealiska fall är exponentiell krävs det att projektledning och finansiärer har tålamod. När förändringar dock frambringats i en given del av befolkningen och en sk kritisk massa nåtts går förändringsprocessen allt snabbare och är också mindre beroende av förändringsagenternas insatser.

- Det är frestande att se samhällsinterventiva projekt som lågprisalternativ till massmediekampanjer, ett förhållande som lätt leder till att projekten underfinansieras. Även samhällsinterventiva projekt är resurskrävande, icke minst när opinionsförmedlare skall identifieras, rekryteras, motiveras, tränas, aktiveras och belönas.

Att utvärdera samhällsinterventiva projekt

Det är förenat med stora svårigheter att utvärdera samhällsinterventiva projekt (Burström 1999, The Evidence of Health Promotion Effectiveness. Part 2 2000).

Orsakerna är flera:

- Det långa tidsperspektivet gör det nödvändigt att arbeta med kontrollområden snarare än kontrollgrupper. De långsiktiga önskade effekterna mäts i regel på befolkningsnivå, t ex minska dödligheten i hjärt- och kärlsjukdomar, minska spridningen av hiv/aids, minska utbredningen av diabetes typ II, minska antalet dödade och svårt skadade i trafiken m m. Om de önskade effekterna faktiskt har inträffat eller inte är lätt att i efterhand konstatera med hjälp av vårdstatistik. En helt annan sak är att fastslå att förändringarna faktiskt beror interventionen och informationsverksamheten som ingår i den.
- Ett samhällsinterventivt projekt kan bestå av 100 eller flera olika aktiviteter. Kombinationen av åtgärder försvårar en uppskattning av varje enskild åtgärds effekt, t ex en kommunikationsåtgärd.
- Bland projektens mål finns ofta lokal- och regionalpolitiska mål i form av beslut om hårdare krav på utskänkningstillstånd, inrättandet av lokala folkhälsoråd, fler rökfria miljöer, kommunala motionsanläggningar m m. Det är näst intill omöjligt att avgöra om ett politiskt beslut är en följd av den lokala opinionsbildningen eller hade kommit till stånd under alla omständigheter.

De utvärderingar som har gjorts under senare har lett till att även världskända community interventionprogram som Nordkarelenprojektet och Minnesota Heart Health Program har ifrågasatts. Nyare analyser av resultaten visar att önskvärda förändringar visserligen inträffat, men att samma förändringar också inträffat i övriga delar av respektive land. I programmet Community Intervention Trial for Smoking Cessation (COMMIT), kunde utvärderarna inte finna några skillnader mellan samhällena som utsatts för intervention och de så kallade kontrollsamhällena ifråga om antalet individer som slutat röka ("cessation rates") (Buller m fl, 2001).

Även det välkända och väldokumenterade svenska samhällsinterventiva projektet i Norsjö är omdiskuterat. Kritikerna pekar på att någon minskning av dödligheten i hjärt- och kärlsjukdomar som skiljer sig från andra områden inte ägt rum, medan försvararna pekar på indikatoriska resultat som att rökningen har minskat osv. (Se debatten i dagens Dagens Medicin 2002-10-08, 2002-10-22 och 2002-11-05).

Av det faktum att de allra flesta samhällsinterventiva program mot hjärt-kärlsjukdomar inte utvärderats på ett tillfredsställande sätt och att de som har utvärderats inte visar på särskilt imponerande resultat drar SBU – Statens beredning för utvärdering av medicinsk metodik följande slutsatser (Burström 1999):

- Att dessa åtta granskade stora befolkningsinriktade projekt inte har inneburit några säkra effekter på riskfaktornivåer eller sjukdomsförekomst
- Att bristande stringens i utvärderingsansatserna har uppenbarats
- SBU rekommenderar inte att starta nya stora befolkningsinriktade program enligt förebild från dessa projekt.

Det finns också forskare, som studerat samhällsinterventiva projekt, som menar att forskningen om samhällsinterventioner är på fel spår.

Thompson och Kinne (1999) menar att dagens samhällsinterventiva projekt sällan behandlar eller söker uppnå norm- och värdeförändringar och också sällan försöker mäta sådana förändringar. En förklaring härtill kan vara bristen på teorier som förklarar hur sådan förändring frambringas.

Även Fortman m fl är kritiska till forskningens inriktning:

Forskningen bör skifta fokus från att ha studerat huruvida samhälleliga förändringar är möjliga att frambringa genom intervention till att istället försöka utveckla bättre metoder för att organisera lokalsamhället och frambringa bättre metoder för hälsouppllysning riktad till olika högriskgrupper, inkorporera dessa ansträngningar i vården och andra samhällsstrukturer och sträva efter att bevara regler och miljömässiga förändringar samt höja hälsoupplysningens effekter (Fortman, m fl, 1995 citerad i Bracht, 2001).

Samordning av strategier

Praktiker och forskare inom området hälsokommunikation är överens om att ingen metod fungerar optimalt för sig själv utan måste kombineras med andra för att bli maximalt effektiv (Backer, Rogers & Sopory 1992, Flora J. & Cassady D. i Bracht 1991, Bracht 2001 och Dearing 2003).

Det finns idag en konsensus bland massmedieforskare att massmedieeffekter inte kan beskrivas som en enkel linjär process, utan att de också innefattar inslag av interpersonell kommunikation.

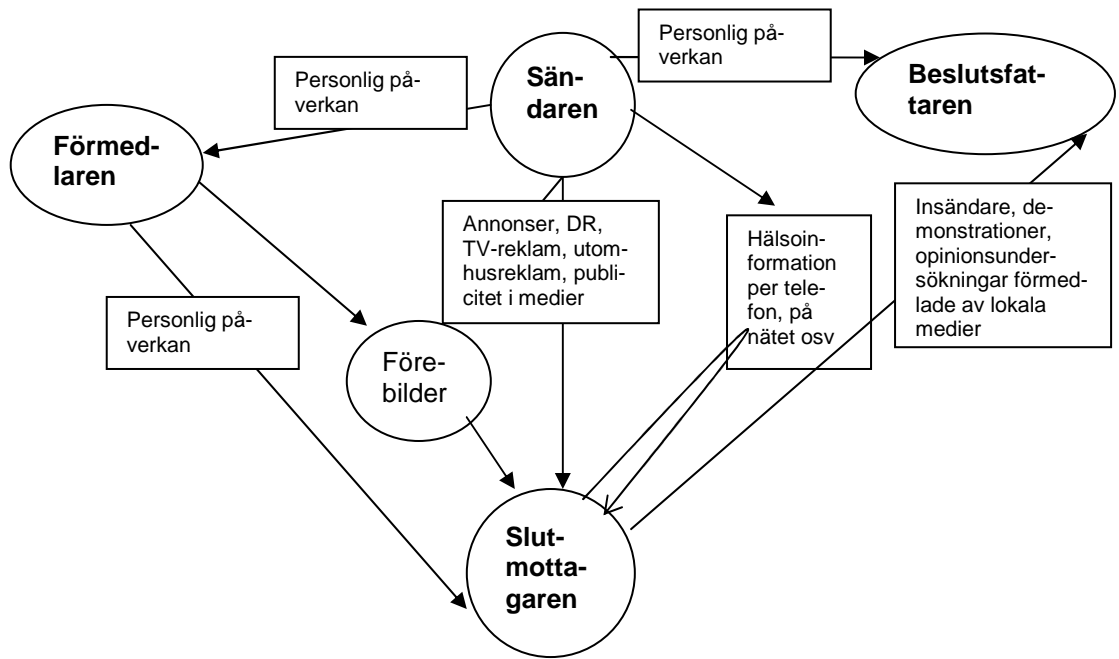
News coverage not only increases the likelihood of individual exposure to health messages but is also likely to influence behavior indirectly by facilitating processes of social and cultural change (Yanovitzky 2002).

För projekt som i huvudsak använder sig av en samhällsinterventiv strategi kan massmedier rätt använda vara ett viktigt komplement som kan skapa synergieffekter.

- Massmediekampanjer kan användas för att förstärka effekterna av samhällsinterventiva projekt genom att sätta en fråga på medieagendan, något som ökar den interpersonella kommunikationen kring en hälsofråga och därmed påverkar riskgruppernas riskmedvetenhet.
- Samhällsinterventiva projekt bygger till stor del på förväntade spridningseffekter genom personlig påverkan. Massmedier kan också påskynda spridningen av goda exempel och effektiva metoder (Palm 2001).
- I den mån opinionsbildningsmål ingår i projektet är massmedier ett helt oundgängligt verktyg. Om beslutsfattaren har intrycket att allmänheten – väljare, anställda, kunder – stöder en viss linje ökar sannolikheten att denne fattar beslut i enlighet med linjen ifråga. Indikationer på allmänhetens ståndpunkt når i regel beslutsfattaren via medier i form av insändare, debattartiklar, publicitet kring opinionsundersökningar m m.

Även efterfrågestyrda kommunikationssystem behöver massmedierna.

- Hälsokommunikationen når inte utanför de resursstarkas krets, om inte massmedier används för att lansera hälsowebbplatser och styra människor till dessa.
- Efterfrågestyrd information ger svar på frågor men mottagarnas selektiva perception kan ge missvisande information, även om varje enskilt påstående i informationen är sant. Information som upplevs som ofördelaktig bör ges genom mera offensiva medier, helst personlig påverkan.



Centrala myndigheters ansvar för hälsokommunikationen i Sverige

Det centrala målet för hälsokommunikationen i Sverige är ”att alla har möjlighet att få en korrekt och saklig hälsoinformation” (SOU 200:91).

För detta ändamål finns två grundläggande förutsättningar:

- Att utbudet av hälsoinformation är relevant, heltäckande, begriplig, sakligt och korrekt.
- Att hälsoinformationen distribueras så att den når även resurssvaga grupper om och när de behöver den. Sandberg 2004

En annan viktig förutsättning är:

- Att människors engagemang och intresse vidgas från att bara gälla den egna hälsan och den egna familjens hälsa till att också innefatta folkhälsofrågor på kollektiv och samhällelig nivå.

Utbudet av hälsoinformation

Den viktigaste hälsoinformationen är självfallet den som lämnas öga mot öga eller på telefon av vårdpersonal och larmpersonal. (Den kommer dock inte att behandlas här.)

Därutöver finns en rad kostnadsfria former av hälsoinformation från samhället, från frivilligorganisationer och från kommersiella företag – i synnerhet från läkemedelsföretag men också från barnmatsföretag och blöjtillverkare: webbplatser, trycksaker, mindre böcker, telefonrådgivningslinjer m m. Utöver den kostnadsfria informationen finns hälsoinformation att köpa i bokform, i specialtidningar, i hushållsfackpress, i populärpress och på betalsajter på nätet, t ex Aftonbladets och Expressens bantningssiter.

Ingenting tyder på att hälsoinformationen brister i mängd.

Huruvida den brister i kvalitet är svårt att uttala sig om.

Även kommersiell hälsoinformation produceras i regel i samarbete med medicinsk expertis. Huruvida kopplingen till kommersiella intressen ändå gör att den kommersiella informationen skiljer sig från den samhällsproducerade vad gäller objektivitet och saklighet bör utredas.

Distributionen av hälsoinformation

Att utbudet av hälsoinformation är stort och sakligt tillfredsställande behöver inte betyda att distributionen av den fungerar.

Push-information

Med push-information avses sådan information som når mottagaren vare sig denne efterfrågat informationen eller inte.

En svensk familj riskerar idag knappast att översköljas av oönskad hälsoinformation (utom under de perioder i livet föräldrarna är spädbarnsföräldrar). Utvecklingen i Sverige går mot allt färre offentliga massmediekampanjer. Kampanjen ”Sätt Sverige i rörelse” var och är huvudsakligen samhällsinterventiv och Alkoholkommitténs kampanj använde sig massmedier framför allt i början av projektet. Nu är även den nätverksbaserad.

Hiv/aids-informationen som fortfarande drar stora belopp, 2003 var samhällets kostnader för den 56 miljoner (Sölvesdotter 2004), har under årens lopp blivit alltmer selektiv och alltmer decentraliserad.

Utvecklingen från massmediekampanjer till andra strategier kan dels vara ett resultat av Statens Folkhälsoinstituts ändrade roll, dels en indikation på myndigheters sviktande tilltro till värdet av massmediekampanjer i hälsokommunikationssyfte. Huruvida denna misstro är befogad kan diskuteras.

För särskilda patientgrupper, t ex allergiker och reumatiker, torde patientföreningar spela en stor roll. Exakt vilken roll och hur stor roll är dock okänt.

Pull-information

Med pullinformation avses information som målgruppen själv får inhämta.

De stora målgrupperna förväntas i de flesta skeden i livet själva söka fram relevant information.

På en fiktiv fråga vad intervjupersonerna skulle ta sig till om de varit förkylda en tid och hade hög feber skulle 42% avvakta. Av övriga skulle 67% ringa – de allra flesta till vårdcentralen eller motsvarande – och några skulle åka direkt till vårdcentralen eller akuten. Även om det inte klart framgår av undersökningen kan man utgå från att man för det mesta söker hälsoinformation i akuta situationer – inte i så ofta i förebyggande syfte (Vårdbarometern 2004).

Under det senaste året var det 38% som ringt något sjukvårdsorgan för att råd och hjälp (att jämföra med 16% som sökt hälsoinformation på internet det senaste året). Av dessa var det ungefär en fjärdedel som hade ringt sjukvårdsupplysningen. Av dem som ringt sjukvården var nästan alla nöjda, för 21% av dem fick telefonsamtalet en egenvårdseffekt – de som ringde fick sådan hjälp att de ej behövde besöka sjukvården.

Uppenbarligen är telefonservicen väl fungerande och det helt dominerande redskapet när en individ eller en familj behöver akut hälsoinformation.

Konklusion

Centrala samhällsorgan kan inte ensam ansvara för alla former av hälsokommunikation men bör dels ta på sig rollen att korrigera obalanser och skevheter som är en följd av gällande system för hälsokommunikation, dels bistå andra aktörer med beslutsunderlag i form av forskning, erfarenhetsbanker, utbildning m m.

1. I den enorma mängd av hälsoinformation som finns i trycksaksform, på nätet, i bokform osv finns det en viss mängd direkt felaktig och motstridande information. Staten kan inte utan djupa ingrepp i tryckfrihetslagstiftningen förbjuda viss hälsoinformation. Det är däremot inte otänkbart att det ligger i alla hälsoinformationsproducenters intresse, såväl de offentliga, som de ideella och kommersiella, att någon form av frivillig certifiering, som garanterar informationens saklighet och ob-

ektivitet, införs. Certifieringsorganet behöver inte vara helstatligt utan kan vara partssammansatt av experter som representerar olika intressen.

2. Den viktigaste informationskällan när det gäller hälsofrågor för en svensk, som inte lider av någon akut eller kronisk sjukdom är dagspressen och andra medier. Den källa man har högst förtroende är emellertid inte medierna utan vårdpersonal. (Sandberg 2004). Även om informationen på det stora hela taget är korrekt så baseras urvalet av den på gängse nyhetsvärderingsprinciper, som prioriterar det dramatiska och det kommersiellt, vilket innebär att t ex Hiv/Aids, drog och fetma ur kosmetisk synvinkel ägnas stor uppmärksamhet, medan t ex fetma ur medicinsk synvinkel ägnas mindre. Detta förhållande i sin tur snedvrider riskuppfattningar. Att vissa risker, t ex Aids, överskattas är kanske mindre problematiskt, mer allvarligt är de risker som underskattas, t ex de som följer av felaktiga kost- och motionsvanor och av försämringar av individens närmiljö (Jarlbro 2004).

Enda sättet att parera dessa problem är att samhällen tar på sig uppgiften att höja riskmedvetandet för de mindre medianpassade sjukdomarna när så anses befogat, även till priset av massmediekampanjer kan komma att användas.

3. Som konstaterats ökar efterfrågestyrda hälsokommunikationssystem informationsklyftan mellan de resursstarka och de resurssvaga, även om det inte är några kommunicerande kärn mellan grupperna, så att de resursstarka ökar sina kunskaper på de resurssvagas bekostnad. Lösningen på detta problem kan självfallet inte vara att minska utbudet av efterfrågestyrd information, som ju bl a är en förutsättning för ändamålsenlig egenvård, utan att lära och förmå även de resurssvaga grupperna att använda sig av det efterfrågestyrda systemet på ett rationellt sätt. Kommersiella aktörer har knappast någon anledning att försöka lösa detta problem, utan uppgiften måste ligga på samhällsorgan som Statens Folkhälsoinstitut och Apoteket AB.
4. Ett ökat engagemang i och intresse för folkhälsofrågor hos medborgarna skulle dels leda till en generell kunskapsökning och därav följande beteendeförändringar i befolkningen, dels leda till att folkhälsofrågor uppvärderades bland politiker och andra beslutsfattare.

Statliga organ kan inte gärna bedriva gerillaverksamhet gentemot sig själva. Vad de kan göra, och vad de redan gör, är att stödja grupperingar som bildar opinion inom folkhälsoområdet, men också att skapa mötesplatser, där dialog kan föras mellan myndigheter och grupper av medborgare på central, regional och framför allt lokal nivå.

5. Effektiv hälsokommunikation är beroende av ett fylligt och relevant beslutsunderlag i form av forsknings-, utvärderings- och utredningsresultat samt sammanställningar och analyser av hälsokommunikatörernas erfarenheter.

Kunskaper om hur olika grupper av människor söker hälsoinformation i olika livssituationer, i olika hälsotillstånd (kroniskt sjuk, tillfälligt sjuk, frisk) och i olika skeden i livet finns punktvis, men en samlad bild saknas.

Detsamma gäller erfarenheter och utvärderingar av folkhälsoarbete på lokal och regional nivå, t ex de lokala folkhälsorådets förekomst, arbetssätt och effektivitet.

Initiering, finansiering, sammanställning av och spridning av beslutsunderlag vad gäller hälsokommunikation är en uppgift som är naturlig för en statlig myndighet.

Referenser

- Ajzen, L. (1991). The Theory of Planned Behavior. *Organizational Behavior and Human Processes*, 50 (2), 179–211.
- Ajzen, L. & Fishbein, M. (1980). *Understanding Attitudes and Predicting Social Behavior*. Englewood Cliffs: Prentice-Hall.
- Att förebygga sjukdom i hjärta och kärl genom befolkningsinriktade program – en systematisk litteraturöversikt. SBU-rapport nr 134.
- Backer, T.E., Rogers, E.M. & Sopory, P. (1991) *Designing Health Communication Campaigns: What works?* Sage.
- Burström, K (1999) Kostnadseffektivitetsstudier av primärpreventiva interventioner avseende hälsa. *Socialmedicin* 1999:6
- Bandura, A. (1977). *Social Learning Theory*. Englewood Cliffs: Prentice-Hall
- Bandura, A. (1994) Social Cognitive Theory of Mass Communication. I J Bryant & D Zillmann (red.), *Media Effects. Advances in Theory and Research*. Hillsdale: Lawrence Erlbaum Associates.
- Benigeri M.& Pluye P. (2003) Shortcomings of Health Information on the Internet. *Health Promotion International*. Nr 4 december 2003.
- Bernhardt, J M & Cameron K. A.(2003) Accessing, understanding and applying health communication messages: the challenge of health literacy. I Thomson T, Dorsey A, Miller K & Parrot R, Erlbaum (Eds) (2003) *Handbook of Health Communication*
- Bracht, N. (2001) Community Partnership Strategies in Health Campaigns. I R. Rice & C. K. Atkin (red) *Public Communication Campaigns*. (s. 323–341). Thousand Oaks: Sage
- Bracht, N. (2001) Community Partnership Strategies in Health Campaigns. I R. Rice & C. K. Atkin (red) *Public Communication Campaigns*. (s. 323–341). Thousand Oaks: Sage
- Brorsson, B. & Herlitz, C. 1988 AIDS-epidemin speglad i sjukvård och samhälle. Kunskaper m m om HIV/AIDS i befolkningen – utvecklingen 1986-1988. Uppsala universitet. Institutionen för socialmedicin 1988 (Rapport nr 8).
- Burström, K (1999) Kostnadseffektivitetsstudier av primärpreventiva interventioner avseende hälsa. *Socialmedicin* 1999:6
- Carlsson, U. (1980) Forskning om samhällsinformation. NSI:s rapportserie 15.
- Flora J. & Cassady D. (1991) Roles of Media in Community-Based Health Promotion. I Bracht (Ed.) *Health Promotion at the Community Level*. Sage.
- Dagens Medicin 2002-10-08, 2002-10-22 och 2002-11-05
- Dearing, J. W. & Rogers, E. M. (1996). *Agenda-Setting*. Thousand Oaks: Sage.
- Buller, D., Woodall, W. G., Hall, J. R. m.fl. (2001) A Web-Based Smoking Cessation and Prevention Program for Children Aged 12 to 15. I R. Rice & C. K. Atkin (red) *Public Communication Campaigns*. (s. 357–372). Thousand Oaks: Sage
- Eriksson, C. (1994). "Hälsan som budskap". I G. Carlsson & O. Arvidsson (red.), *Kampen för folkhälsan. Prevention i historia och nutid* (s. 321–351). Stockholm: Natur och Kultur.
- Falkheimer, J. (2004) *Att producera en region – medieretorik och strategier kring Örseund* (under tryckning).
- Falkheimer, J. & Palm, L. (2003). *Utvärdering av sentry.nu – en webbaserad informationskampanj riktad till män som har sex med män*. Rapport 2003:29. Stockholm: Statens Folkhälsoinstitut
- Gripen (1996) *Fimpa med fröken Skåne*. Malmöhus läns Landsting.
- Gutiérrez (1995) Working with women of Color. I Rothman, J., Erlich, J. L. & Tropman, J. E. (1995) *Strategies of Community Intervention* (5th ed.) Itasca: F. E. Peacock Publishers)

- Hale, J. L. & Dillard, J. P. (1995). "Fear Appeals in Health Promotion Campaigns. Too Much, Too Little, or Just Right?" I E. Maibach & R. L. Parrott (red.), *Designing Health Messages. Approaches From Communication Theory and Public Health Practice* (s. 65–80). Thousand Oaks: Sage.
- Hafstad, A (1997) Provocative anti-smoking appeals in mass-media campaigns. The Faculty of Medicine. University of Oslo.
- Haug, M (2002) The use of persuasion theory and formative research in a mediated anti-smoking campaign directed at adolescents. Faculty of Arts. University of Oslo.
- <http://www.fhi.se/fakta/fysakt14.asp> (2004)
- <http://www.vardbarometern.nu/1/profiles.asp> (2004)
- <http://www.nordicom.gu.se/sv/medienotiser/undersokningen.html> (2004)
- <http://www.svekom.se/samhplan/miljosid/Klimatkp%20nyh%20jan04.pdf> (2004)
- Hedquist, R. (2002). *Trovärdighet – en förutsättning för förtroende* (Rapport nr 182). Stockholm: Styrelsen för psykologiskt försvar.
- Holmberg, S. & Weibull, L. (2001). "Förtroendefall?" I S. Holmberg & L. Weibull (red.), *Land du välsignade?* (s. 27-48). (SOM-rapport nr 26). Göteborg: SOM-institutet.
- Holmberg, S. & Weibull, L. (2003). "Förgängligt förtroende". I S. Holmberg & L. Weibull (red.), *Fåfängans marknad* (s. 43–58). (SOM-rapport nr 33). Göteborg: SOM-institutet.
- Höglund, L & Persson, O (1985) Information och kunskap. Informationsförsörjning – forskning och policyfrågor. Umeå. Inum.
- Jarlbrog, G. (2004). *Hälsokommunikation – en introduktion* (2:a uppl. Under tryckning). Lund: Studentlitteratur.
- Kanström, L. (1994) Community-based Methods and Tools to Promote Dietar Changes – Some Experiences from the Stockholm Cancer Prevention Program. Sundbyberg: Karolinska institutet
- Katz, E. & Lazarsfeld, P. F. (1955) Personal Influence: The Part Played by People in the Flow of Mass Communications. Glencoe: The Free Press
- Korp, P (2002) *Hälsopromotion – en sociologisk studie av hälsofrämjandets institutionalisering*. (Akademisk avhandling för doktorsexamen, Göteborg Studies in Sociology No 10.) Department of Sociology: Göteborg University
- Kotler, P., Roberto, N. & Lee, N. (2002). *Social Marketing. Improving the Quality of Life* (2nd ed.)Thousand Oaks: Sage.
- Kreps, G. L. (2001). "The Evolution and Advancement of Health Communication Inquiry." *Communication Yearbook*, 24: 231–253.
- Lupton, D. (1995). *The Imperative of Health. Public Health and the Regulated Body*. London: Sage.
- Maibach, E & Parrott, R.L. (Eds) (1995) Designing Health Messages. Sage.
- McGuire, W.J. Theoretical Foundations of Campaigns. I Rice, R.E. & Atkins, C.K. (eds) Public Communication Campaigns. Sage.
- Metoder för rökavvänjning (1998) SBU-rapport nr 138.
- Murray-Johnsson, L & Witte, K (2003) Looking toward the Future: Health Messages Campaign Strategies. I Handbook of Health Communication (2003) Thomson T, Dorsey A, Miller K & Parrot R. Erlbaum
- Nationella folkhälsokommittén (2000) Hälsa på lika villkor – nationella mål för folkhälsan. Slutbetänkande. SOU 2000:91
- Nordicom-Sverige (2003). *Mediebarometer 2002* (Medienotiser 1/2003). Göteborg: Nordicom - Sverige.
- Ramsberg, J & Sjöberg, L (1996) The Cost-Efectedness of Lifesaving Interventions in Sweden. Handelshögskolan i Stockholm. Centrum för riskforskning. Rapport nr 24.
- Palm, L. (1994). *Övertalningsstrategier. Att välja budskap efter utgångsläge*. Lund: Studentlitteratur.

- Palm, L. & Hedín, A. (2001). *Hälsoinformatörens handbok*. Stockholm: Folkhälsoinstitutet.
- Palmblad, E. & Eriksson, B. E. (1995) *Kropp och Politik. Hälsoupplysning som samhällspegel från 30-tal till 90-tal*. Stockholm: Carlssons förlag.
- Parsons, R.J., Hernandez, S.H. & Jorgensen, D (1995) *Integrated Practise: A Framework for Problem Solving*. I Rothman, J., Erlich, J. L. & Tropman, J. E. (1995) *Strategies of Community Intervention* (5th ed.) Itasca: F. E. Peacock Publishers)
- Petty, R. & Cacioppo, J. (1986) *The Central and the Peripheral Way to Persuasion*. Springer Verlag.
- Proposition 2002/03:35. Mål för folkhälsan.
- Ramsberg J. & Sjöberg L. The Cost-Effectiveness of Lifesaving Interventions in Sweden. (1996) Handelshögskolan i Stockholm. Centrum för riskforskning. Rapport nr 24.
- Ray, M. L. (1973) *Marketing Communication and the Hierarchy of Effects*. I P. Clarke (red.), *New Models for Mass Communication Research*. London: Sage.
- Rogers, E. M. (1995) *Diffusion of Innovations* (4th ed.). New York: The Free Press.
- Rogers, E. M., Dearing, J. W. & Chang, S. (1991). "AIDS in the 1980s: The Agenda-Setting Process for a Public Issue." *Journalism Monographs* (126): 1–50.
- Rosengren, K-E. (2000) *Communication an introduktion*. Sage
- Rothman, J., Erlich, J. L. & Tropman, J. E. (1995) *Strategies of Community Intervention* (5th ed.) Itasca: F. E. Peacock Publishers
- Sandberg, H. (2002). *Publiken – kritisk dialogpartner eller passiv målgrupp? I L. Larsson (red.), PR på Svenska: Teori, strategi och kritisk analys*. Lund Studentlitteratur.
- Sandberg, H. (2004) *Medier och fetma: En analys av vikt*. (Akademisk avhandling för doktorsexamen, Lund Studies in Media and Communication 8). Lund: Lunds universitet, Avdelningen för medie- och kommunikationsvetenskap.
- Singhal, A. & Rogers, E. M. (1989). "Prosocial Television for Development in India". I R. E. Rice & C. K. Atkin (red.), *Public Communication Campaigns* (s. 331–350) (2:a uppl.). Newbury Park: Sage.
- Singhal, A. & Rogers, E. M. (2001). "The Entertainment-Education Strategy in Communication Campaigns". I R. E. Rice & C. K. Atkin (red.), *Public Communication Campaigns* (s. 343–356) (3:e uppl.). Thousand Oaks: Sage.
- Snyder, L. B. & Rouse, R. A. (1995). "The Media Can Have More Than an Impersonal Impact: The Case of AIDS Risk Perceptions and Behaviour." *Health Communication*, 7 (2): 125–145.
- Stephenson, M. T. & Witte, K. (2001). "Creating Fear in a Risky World: Generating Effective Health Risk Messages". I R. E. Rice & C. K. Atkin (red.), *Public Communication Campaigns* (s. 88–104) (3:e uppl.). Thousand Oaks: Sage.
- Sölvesdotter, M. (2004) Regeringsuppdrag om hälsoinformation/hälsokommunikation. PM. Statens Folkhälsoinstitut
- Thompson, B. & Kinne, S. (1999) *Social change theory: Applications to community health*. I N Bracht (ed.) *Health Promotion at the community level: New advances* (2nd ed.) (s 29–46). Thousand Oaks: Sage
- Tones, K. & Tilford, S (1997) *Health Promotion. Effectiveness, efficiency and equity*. Faculty of Health and Environment, Leeds Metropolitan University, UK
- Tillgren, P (1995) "Quit and Win" Contests in Tobacco Cessation. Theoretical framework and practices from a community –based intervntion in the Stockholm Cancer Prevention Program (SCPP) Karolinska institutet.
- Wallack L. & Dorfman L. (1999) *Putting policy into Health Communication*. I Rice R.E. & Atkin, C.K. *Public Communication Campaigns*. Sage
- Yanovitzky, I. (2002) *Effect on News Coverage on the Prevalence of Drunk-Driving Behavior: Evidence from a Longitudinal Study*. *Journal of Studies on Alcohol*

