

Samhällsdiagnosens roll i planeringen av ett samhällsinriktat olycksfallsförebyggande arbete

Stockholms läns olycksfallsförebyggande program

Gunilla Bjärås

Bo J A Haglund

Skador till följd av olycksfall är ett allvarligt hälsoproblem i Sverige liksom i övriga världen. De flesta av olycksfall kan förhindras. Det är därför viktigt att arbeta förebyggande. Ett samhällsinriktat förebyggande program med avsikt att minska olycksfall har utvecklats i Sollentuna kommun inom Stockholms län. Vid planeringen av det förebyggande programmet gjordes en analys av lokala data, en sk samhällsdiagnos. Samhällsdiagnosen omfattar tre steg: beskrivning, analys och åtgärdsprogram. Denna rapport koncentreras kring de två första stegen, som innehåller fyra olika profiler: samhälls-, hälso-, risk- och organisations profil. Det beskrivande steget syftar till att definiera kommunens möjligheter att göra prioriteringar inför det förebyggande arbetet. Studien visar att samhällsdiagnosen är ett användbart redskap vid planeringen av ett samhällsinriktat program ämnat att förebygga olycksfall.

Gunilla Bjärås är chef för olycksfallsenheten vid Stockholms läns landstings hälsovårdsenhet och doktorand vid Karolinska institutet, Institutionen för Socialmedicin, Kronan, Sundbyberg och Bo J A Haglund, docent vid samma institution och tillika bitr hälsovårdsöverläkare och chef för landstingets hälsovårdsenhet i Stockholms län.

Skador orsakade genom olycksfall är ett allvarligt hälsoproblem, och den vanligaste dödsorsaken förutom cancer och hjärt- och kärlsjukdomar. Mer än 75 % av alla skador inträffar inom bostadsområden. De flesta olycksfallen sker bland barn, ungdom och äldre (1, 2).

Vid planeringen av ett samhällsinriktat förebyggande program riktat mot olycksfallsskador, finns det behov att beskriva och analysera lokala data med avseende på dödlighet, riskfaktorer och organisationsstruktur. I aktuell litteratur som behandlar strategier och principer för pre-vention, kallas denna modell för samhällsdiagnos (3, 4).

I denna artikel diskuterar vi samhällsdiagnosen och dess användning vid planeringen av ett samhällsinriktat program med avsikt att förebygga olycksfallsskador (5).

Begreppet samhällsdiagnos har utvecklats vid arbetet med hälso- och sjukvårdsfrågor i u-länderna (6, 7). Morris var en av de tidigaste att beskriva samhällsdiagnosen (8).

Det samhällsdiagnostiska konceptet omfattar den process som deltagande grupper ser som behov, möjligheter, resurser och kompetens inför planeringen av ett förebyggande program (3, 4).

Den samhällsdiagnostiska processen består av tre steg, det beskrivande, det analytiska, vilka leder fram till ett åtgärdsprogram. De två första stegen i samhällsdiagnosen är av central betydelse i planeringsfasen (9).

Samhällsdiagnosen baseras på traditionell beskrivande epidemiologi. I beskrivningen av befolkningen är den socioekonomiska fördelningen utgångspunkten i analysen (10). Inom ramen för HS90 arbetet har samhällsdiagnosbegreppet utvecklats för svenskt hälsoarbete. De ursprungliga två dimensionerna, samhällsprofil och hälsoprofil har delats upp i ytterligare två, hälsoriskprofil och hälsoserviceprofil (11). I den-

na studie har en analys gjorts även av lokala organisationer, en sk organisationsprofil, som utvecklats under 1970-talet, för preventiva program, riktade mot hjärt- och kärlsjukdomar (12–15).

Det är en fördel att ha tillgång till olika registerdata för att kunna genomföra en samhällsdiagnos. I Sverige finns ett stort antal register som tillhandahåller information om befolkningen och dess levnadsvanor. Det nationella "Dödsorsaksregistret" omfattar data också om olycksfallsskador. Det nationella "Slutenvårdsregistret", ger information om sjukdom och skador, och på många vårdcentraler bla i Sollentuna sker öppenvårdsregistrering av samtliga patientbesök.

Det är även lätt att ta del av officiell demografisk och socioekonomisk data på kommunal nivå. Alla kommuner i landet är ålagda genom lag, att insamla och sammanställa lokala data för planeringsändamål.

Som komplement till officiella data har inom Sollentuna kommun ett antal studier genomförts i syfte att erhålla data om det lokala olycksfallsskademönstret.

MÅLSÄTTNING

Målsättningen med denna artikel är att beskriva hur samhällsdiagnosmodellen har använts i planeringsfasen av ett samhällsinriktat förebyggande program mot olycksfallsskador. Inför detta arbete har vi:

- konstruerat en *samhällsprofil* som omfattar demografiska och socioekonomiska, data viktiga för planeringen av ett olycksfallsskadeprogram,
- använt befintliga registersystem i avsikt att identifiera riskgrupper för att därmed skildra *hälsoprofilen*,
- i en *riskprofil* beskrivit och analyserat riskfaktorer i omgivningen och
- i en *organisationsprofil* försökt identifiera samarbetspartner.

SAMHÄLLSDIAGNOS MODELL

Under 1970- och 1980-talet blev samhällsdiagnosen allt mer betydelsefull i hälsoplanering (11). Genom att använda samhällsdiagnos modellen, är det möjligt att identifiera problem och göra prioriteringar i planeringsfasen av förebyggande program.

Det första steget som är beskrivande omfattar *samhällsprofil, hälsoprofil, riskprofil samt organisationsprofil*.

Steg I. Beskrivning

Offentlig statistik från 1985 och 1986 har använts för att beskriva de fyra profilerna i Sollentuna. Här ingår data från Primärvården, Skolhälsovården, Gatukontoret, Miljö- och hälsoskyddsförvaltningen, Stadsbyggnadskontoret och Socialförvaltningen (16–23).

Samhällsprofil

Samhällsprofilen är en beskrivning av basala demografiska data. De socioekonomiska variablerna omfattar ålder, kön, civilstånd, andel utländska medborgare, familjestruktur, förvärvsfrekvens och inkomst. Alla dessa variabler är viktiga vid identifiering av riskgrupper i samhället (16). Sollentuna är beläget i den norra delen av Stockholms län. Antalet invånare var ca 49 000, 1985. Där finns ett större antal barn (22% < 16 år) än i Stockholm (15% < 16 år) och färre äldre (10% jfrt med 15% i Stockholm). Bebyggelsen i Sollentuna är en blandning av villabostäder från 1920-talet och lägenheter i flerbostadshus från sent 1950 och 60-tal.

Kommunen består av fyra tydligt avgränsade kommundelar, Tureberg, Rotebro, Edsberg och Helene-lund. Trots att Sollentuna är en av de rikaste kommunerna i länet, finns det påtagliga skillnader mellan de olika kommundelarna.

I Tureberg, den centrala kommundelen, lever 48% av de 12 000 invånare i flerbostadshus byggda under 1960-talet. Ett fåtal äger sina bostäder. Medelfamiljen består av 3 personer eller fler, ändå är hela 13% av Turebergs invånare ensamstående. Åldersfördelningen är jämn i kommundelen.

Ungefär 5 800 invandrare bor i centrala Sollentuna. De flesta av dem är bosatta inom Turebergsområdet. Sju av tio kommer från länder utanför Norden. Tureberg har den högsta arbetslösheten i kommunen med 5%, vilket kan jämföras med Rotebro's 3%. Under 1986 var 567 personer registrerade som arbetslösa i kommunen. De flesta (32%) var mellan 25 och 34 år (22).

Edsberg har 14000 invånare, varav de flesta hyr lägenheter i flerbostadshus. Mer än 30% av beståndet är smålägenheter, 1 till 2 rum. Det stora antalet smålägenheter, resulterar i att en stor andel äldre och personer med låg inkomst är bosatta i *Edsberg*.

Rotebro har en befolkning på totalt 15000. Detta distrikt skiljer sig från de andra genom att ett relativt litet antal personer lever ensamma, få är invandrare, få är arbetslösa och här bor endast ett fåtal äldre. Befolkningen i *Rotebro* äger till största delen sin egen bostad. *Rotebro* har även den högsta medianinkomsten i kommunen.

Helenehund med sina 8000 invånare, visar medelvärden för alla de använda variablerna.

Hälsoprofil

Hälsoprofilen avser att redovisa fördelningen av hälsa, ohälsa, sjukdom, skador och död inom kommunen, och hjälper oss att identifiera hälsoindikatorer, nödvändiga vid beskrivning av en befolknings hälsostatus.

Dödsorsaks- och slutenvårds statistik förs kontinuerligt på Sveriges alla vårdinstanser. Eftersom denna data är personidentifierbar är det möjligt att relatera dödsfall och sjukdom till lokala områden (24). *Sollentuna* har dessutom, sedan 1978, en registrering av alla primärvårdsbesök (17).

Den totala dödligheten i *Sollentuna* är låg i alla åldersgrupper, jämfört med länsgenomsnittet (16–23). Med avseende på sjukdom, så har *Sollentuna* också en av de friskaste befolkningarna i länet, med ett undantag för invandrare (17).

Mer än 70% av befolkningen i *Sollentuna* besökte primärvården under 1986. Kvinnor utnyttjar vården mer än män, utnyttjandegraden stiger med åldern. I *Tureberg* utnyttjar fler personer vården än i de övriga kommundelarna. Vårdutnyttjandet är märkbart högre bland låginkomsttagare (17).

Dödsfall och skador i samband med trafikolyckor registreras av den lokala polisen. De flesta trafikolycksfall som rapporteras är ej allvarliga. Polisregistreringen visar en ökande trend av rapporterade olycksfall under 1980-talet. Under 1985 rapporterades 243 olyckor i *Sollentuna*. Av dessa var 77 personskador (18).

En kontinuerlig olycksfallsregistrering har utvecklats av skolhälsovården, där skador inträffade bland skolbarn i *Sollentuna* ingår. Materialet från 1986 visar att av 7600 skolbarn, hade 141 varit inblandade i olycksfall, av dessa var 78 pojkar och 63 flickor. De flesta olycksfallen hade skett på skolgården under rasterna (19).

Som ett komplement till de ovan nämnda insamlingsystemen, har enkätstudier genomförts i *Sollentuna* i avsikt att beskriva det lokala olycksfallsmönstret. Resultaten från en studie, 1986, bland ett urval av 800 barn i åldern 0–16 år, visade att 22% av pojkarna och 15% av flickorna skadats vid olycksfall under ett år. Mer än hälften av de rapporterade olycksfallen hade skett utomhus. Av dessa olycksfall hade 22% hänt intill den egna bostaden, 19% på gator och vägar, 14% på lekplatser (20). De flesta inomhusolyckorna hade skett i den egna bostaden.

Sedan 1978 har årliga enkätstudier till ett befolkningsurval mellan 18–65 år genomförts av primärvården i *Sollentuna*. Dessa studier har omfattat frågor om olycksfallsskador (17). Resultat från 1985 års studie visade att av de 641 personer som deltog i studien hade 9% under de senaste 12 månaderna utnyttjat sjukvården pga olycksfallsskada. Fallskador uppgavs vara de mest vanliga och omfattade 30% av alla skadorna.

Riskprofil

Riskprofilen är ett resultat av två skyddsronder genomförda under 1985 och 1986 i *Tureberg*. De genomfördes i avsikt att identifiera risker i den yttre fysiska miljön. En grupp "experter" gick ut och letade efter olycksfallsrisker inom bostads-, butiks-, handels- och serviceområde. Uppenbara risker som hittades, dokumenterades i en rapport, fotograferades och markerades på en karta.

Vid skyddsronderna uppmärksammades fyra grupper av risker i kommunen. Riskerna har klassificerats enligt nordisk klassifikation för olycksfallsskador (NOMESCO)(25). Av alla riskfaktorer var 27% inom gruppen risk för "slag/stöt pga kontakt med föremål, person eller djur". Dåligt underhåll av gångbanor och trappor, som kan leda till "slag/stöt pga fall i samma nivå" dvs snubbling och fall, förekom i 23%, medan risker som kan leda till "fall-skador till lägre nivå" förekom i 14%. "Andra risker", som giftiga växter,

trasiga elskåp, fönster m m svarade för totalt 36 %.

Skyddsronsmetoden som har utvecklats inom ramen för Sollentuna Olycksfallsförebyggande Program, beskrivs mer detaljerat på annan plats (21).

Organisationsprofil

En organisationsprofil är en beskrivning av de kommunala förvaltningar, organisationer och föreningar vars verksamhetsområde ligger nära den planerade förebyggande verksamheten. Den initiala avsikten är att finna de organisationer som kan ha intresse och kompetens för ett olycksfallsförebyggande arbete. Studien visar att det finns många förvaltningar och organisationer i kommunen som både känner ansvar och har kunskap att påverka olycksfallsfrekvensen. De mest intresserade av att delta i ett förebyggande arbete redovisas i *tabell 1*.

Fem av dessa organisationer har skrivna mål, som omfattar skadeförebyggande arbete. Dessa är Primär-

Tabell 1. Organisationer intressanta för ett olycksfalls-skadeförebyggande arbete i Sollentuna.

-
1. Primärvården
 2. Miljö- och hälsoskyddskontoret
 3. Skolkontoret
 4. Gatukontoret
 5. Socialkontoret
 6. Politiker
 7. Polisen
 8. Försäkringsbolag
 9. Röda Korset
 10. Hem och skola
 11. Hyresgästförening
-

vården, Polisen, Miljö- och hälsoskyddsförvaltningen, Gatukontoret och Röda Korset. Även Skolhälsovården, Socialförvaltningen och Fritidsförvaltningen har hälsofrågor och säkerhet som en del av sitt ordinarie arbete.

Några av organisationerna har också stöd av olika lagtexter för sin förebyggande verksamhet. Hälso- och sjukvårdslagen från 1982, ger hälso- och sjukvården ansvar att utreda, förebygga och behandla sjukdomar och skador (26). Skollagen från 1981, ger ansvar till skolhälsovården för hälsoutbildning bland barn och ungdomar (27).

På samma sätt har Miljö- och hälsoskyddslagen

givit riktlinjerna för Miljö- och hälsoskyddsförvaltningarnas möjligheter att förbättra miljön genom att eliminera riskfaktorer som kan leda till olycksfallsskada (28).

Socialförvaltningarna har samma lagstadgade ansvar, som hälsosektorn, med hänsyn till förebyggande aktiviteter (29). Socialförvaltningen har arbetat fram utbildningsprogram för förebyggande insatser för äldre personer och förskolebarn.

Bland de övriga organisationerna verkade det i detta skede, som lokala Hyresgästföreningen och Hem och skola, hade det största intresset för det förebyggande arbetet.

Steg II. Analys

Nästa steg i samhällsdiagnosen är en analys. Analys av data insamlat för varje profil, ger oss möjlighet att identifiera problem och riskgrupper i kommunen. Den ger oss även möjlighet att identifiera de ledare och organisationer som mest sannolikt kommer att delta i ett olycksfallsförebyggande arbete.

Analysen visar på att ett antal riskindikatorer koncentrerade i den centrala delen av Tureberg. Det är det området som har den högsta andelen invandrare. Det är viktigt att minnas detta, eftersom dödstaten är högre bland invandrare än bland svenskarna (16, 23, 30). Där bor många äldre, många ensamstående föräldrar och många personer med låg inkomst. Flera studier visar på en korrelation mellan låg inkomst och risk för skada. Barn från låginkomstfamiljer löper 2,5 gånger så stor risk att dö av olycksfall som andra (31). Turebergs invånare har också den högsta vårdkonsumtionen i Sollentuna. Arbetslösheten är stor vilket uppenbart är en riskfaktor att vara medveten om i samband med olycksfallsskador (16). Samma fördelning av riskindikatorer finns i Edsberg, med en hög andel ensamstående personer med låg inkomst och många äldre.

Relevanta faktorer redovisas i *tabell 2*. Faktorer som ålder, låg inkomst, arbetslöshet, ensamboende, etnisk tillhörighet har i andra studier analyserats och påvisats vara viktiga som riskindikatorer för flera sjukdomar som cancer och hjärt- och kärlsjukdomar, men även för olycksfallsskador (16).

Analysen av hälsoprofilen visar att de förebyggande insatserna skall riktas mot barn, ungdomar och äldre.

Tabell 2. Viktiga indikatorer för analys av samhällsprofilen kommundelsvis. (1985).

Kommundel	Privat hus %	Ensam- boende ¹ %	< 15 år %	> 65 år %	Invand- rare %	Arbets- lös ² %	Låg inkomst ³ %
Tureberg	63	13	22	9	16	5	16
Rotebro	73	10	26	7	9	3	9
Edsberg	62	20	18	13	11	4	15
Helenelund	65	13	24	10	12	4	14

Detta är i överensstämmelse med tidigare studier (2). Analysen visar emellertid att även andra grupper bör beaktas i det förebyggande arbetet. I Tureberg t ex bor många invandrare med låga inkomster eller arbetslösa. I Edsberg bor många ensamstående äldre med låg inkomst. Detta är av betydelse vid prioritering och fördelning av befintliga resurser.

Olycksfall sker i huvudsak i hemmet, skolan och på fritiden. Resultaten visar att de flesta olycksfallen sker utomhus på lekplatser, gator och på skolgårdar. Kommunala skyddsronder ökar medvetandet för riskfaktorer som påverkar dessa olycksfall.

Vi vet genom andra studier att risken för skada ökar med stigande ålder (32). Samhällsprofilen visar att ett stort antal äldre personer bor ensamma i småhus eller lägenheter. Majoriteten av skador bland de äldre sker inomhus (33). Skyddsronderna visade att där är många förändringar som kan göras i den fysiska miljön för att förbättra situationen för de äldre.

Organisationsprofilen lyfter fram flera organisationer som kan ha ett intresse att delta i ett förebyggande arbete. Bland dessa visade Primärvården, Miljö- och hälsoskyddsförvaltningen, Skolhälsovården, och Gatukontoret störst intresse. Beredda att delta var även Polisen, Försäkringsbolag, Hyresgästförening och Röda Korset.

Steg III. Åtgärdsprogram

Det tredje steget i samhällsdiagnosen är åtgärdsprogrammet som redovisas på annan plats.

DISKUSSION

Samhällsdiagnosen omfattar tre olika steg; beskrivning, analys och åtgärdsprogram. I det första och andra steget som fokuseras i denna rapport har fyra profiler använts: samhälls-, hälso-, risk- och organisations profil.

Sverige har en relativt lättillgänglig officiell statistik som kan användas för att beskriva de olika profilerna i samhällsdiagnosen. I Sollentuna finns det dessutom, lokalt utarbetade datainsamlingssystem med syfte att beskriva hälsotillstånd och hälsorisker.

För insamling av relevant data om olycksfallsskador, behövs dock en total registrering av alla patienter som besöker sjukhus och vårdcentraler för behandling av skador, till följd av olycksfall (2). Flera länder inklusive Sverige, testar nu olika system för registrering av skador. För ett förebyggande arbete på lokal nivå finns det behov av registrering som omfattar skadeplats-, aktivitet-, mekanism- och situationskod, enligt ny nordisk klassifikation för olycksfallsskador (25). Ett registerformulär bör även ha utrymme för en klartextbeskrivning av omständigheterna kring olycksskadehändelsen. En klartext är det bästa instrumentet för lokala skadeförebyggande åtgärder. De kommunala skyddsronderna, som har utvecklats i Sollentuna, kan ses som en lovande metod och kompletterande riskinventering i den fysiska miljön.

En samhällsdiagnos kan vara mer eller mindre detaljerad beroende på tillgång på relevant lokal data för varje profil. För länder som inte har tillgång till lika många statistiska källmaterial som vi har i Sverige, måste istället den lokala kunskapen om samhället beaktas. Genom lokala studier och befolkningens erfarenheter kan en samhällsdiagnos genomföras. På det sättet utvecklades samhällsdiagnos metoden i de icke industrialiserade länderna under 1950-talet (6,8).

Den samhällsdiagnostiska processen består av tre steg, det beskrivande, det analytiska och åtgärdsprogrammet.

Samhällsdiagnosen är högst relevant i planeringsfasen av ett olycksfallsförebyggande program.

Det är viktigt att vara medveten om samhällets statistiska karaktär, som medför att den demografiska och socioekonomiska strukturen förändras över tid. Strukturen påverkas av många olika faktorer tex befolkningens ålder, flyttningsmönster, samt mer radikalt av, upprustning och nybyggnationer av bostads- och produktionsområden. En samhällsdiagnos bör således göras om efter några år, för att kunna anpassa det förebyggande arbetet efter gällande omständigheter.

Var och en av de fyra kommundelarna i Sollentuna visade karaktäristiska data, delvis beroende på typ av bostäder och ägandeförhållande. Ju mindre geografiska områden och ju mer detaljerad data som analyseras, dess mer noggrann kan planeringen av åtgärdsprogrammet bli. Resurserna kan fördelas på ett effektivt sätt och de preventiva insatserna kan riktas mot

dem som har det största behovet av olycksfallsprevention.

Samhällsdiagnosen har visat sig vara användbara i planeringen av hälsoprogram riktade mot hjärt och kärlsjukdomar och cancer. Denna studie visar att samhällsdiagnosen är högst relevant även i planeringsfasen av ett olycksfallsförebyggande program. Av stor betydelse är då organisationsprofilen, som visar organisationernas möjlighet att delta i ett förebyggande program riktat mot olycksfallsskador.

REFERENSER

1. Bjärås G: Förutsättningar för olycksfallsförebyggande arbete i Stockholm län, mars 1985. Sundbyberg: Institutionen för Socialmedicin, Vårdcentralen Kronan, 1986: Grön rapport nr 112.
2. Haglund BJA: The Community Diagnosis Concept - a Theoretical Framework for Prevention in the Health Sector. In: Haglund BJA, Tillgren (Eds.) In Implementation Strategies of Community Intervention. Scand J Prim. Health Care. 1988; suppl no 1.

En fullständig referenslista kan erhållas från Gunilla Bjärås, Inst för Socialmedicin, Kronan, 172 83 Sundbyberg.

Socialmedicinsk tidskrifts temanummer

Olycksfallsepidemiologisk forskning nr 10/87

Ur innehållet

L Schelp: **Metoder för registrering av olycksfallsskador**

B Malter: **Informationssystemet om arbetsskador**

Leif Svanström: **Utvärdering av olycksfallsprevention**

B Springfield, J Thorsson: **Utvärderingsproblem vid arbetsmiljöregleringar**

A Hammarström, U Janlert: **Prevention av olycksfall bland barn och ungdomar
– vad kan landstinget göra?**

G Bjärås: **Kommunal samverkan med primärvården inom det skadeförebyggande området**

Kan beställas hos

Socialmedicinsk tidskrift

Färjestadsvägen 18

161 54 Bromma