

Att mäta medborgardeltagandet i ett samhällsinriktat hälsoprogram

Stockholms läns olycksfallsförebyggande program

Gunilla Bjärås

Bo J A Haglund

I Sollentuna kommun i Stockholms län, pågår ett samhällsinterventivt program, med syfte att minska antalet olycksfallsskador. Strategin i programmet är att få myndigheter, organisationer och grupper att delta aktivt i det förebyggande arbetet. Nivån på folkligt deltagande har en direkt inverkan på programmets utveckling. I denna studie har en ny metod att mäta deltagandet tillämpats. Fem indikatorer har använts med vilkas hjälp nivån på deltagandet kan mätas. De fem indikatorerna är: behovsanalys, representation i beslutsfattande, ledarskap, organisation och resursmobilisering. Metoden ger möjlighet att beskriva förändringar i deltagandet i ett samhällsinterventivt program. Den kan också användas som pedagogiskt instrument i förändringsarbete.

Gunilla Bjärås är chef för olycksfallsenheten vid Stockholms läns landsting, hälsovårdsenheten 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 läns landsting.

INTRODUKTION

Skador orsakade av olycksfall är ett allvarligt hälso-
problem både i industrialiserade länder och i utvecklingsländer. I Sverige är olycksfallsskador den vanligaste orsaken till död för personer under 30 års ålder. Teoretiskt sett kan nästan alla skador förhindras, därför är det viktigt att arbeta förebyggande (1).

I det förebyggande arbetet har utvecklingen gått

mot ett samhällsinriktat arbetssätt, som tex inom hälsoprogram för hjärt- och kärlsjukdomar och cancer (2,3,4). Det är angeläget att utveckla dessa strategier även inom olycksfallsförebyggande arbete. Ett aktivt deltagande av organisationer och grupper är väsentligt vid genomförande av samhällsinriktade program, också när det gäller att förebygga olycksfallsskador (5).

Befolkningens deltagande i arbetet för att förbättra sin egen hälsa, är ingen ny idé. Folkligt deltagande i hälsoprogram fick en ny mening både generellt och specifikt inom hälsovården på 1970-talet. Det framstod allt tydligare att svag ekonomisk och kulturell status spelade en avgörande roll för sjukdomsmönstret. Hälsa kunde inte längre betraktas som en angelägenhet enbart för den medicinska expertisen utan är intimt förknippade med social jämlikhet och fördelning av tillgängliga resurser (6,7,8).

I Alma Ata deklARATIONEN 1978, poängterades vikt av förebyggande insatser inom hälso- och sjukvårdssystemet (9). Enligt Alma Ata, är "community participation", folkligt deltagande, inte endast en fråga om fördelning av hälsovårdsresurser utan även viktigt för planering, genomförande och utvärdering av hälsoprogram.

Under de senaste tio åren, har hälsoplanerare alltmer använt sig av en samhällsinriktad ansats vid planeringen av hälsoprogram (2,4,10). Forskare har varit intresserade av att definiera och utvärdera individens, gruppens och organisationernas deltagandenivå i dessa projekt. Det brukar påstås att "ju större aktivitet, dess större deltagande", och "ju större deltagande, dess bättre är effekten".

Folkligt deltagande kan inte utvärderas enbart genom att räkna antal deltagare som övervarar ett möte, vilket har varit fallet i flera studier (11). Hur människor deltar och anledningen till varför de deltar, kräver kvalitativa metoder (12).

Utveckling av nya metoder behövs om man avser att mäta och utvärdera deltagandet och processen i ett hälsoprogram. En sådan metod har utarbetats av Rifkin et al (13). I denna artikel vill vi visa hur man kan tillämpa denna metod på i ett samhällsinriktat olycksfallsförebyggande program.

BAKGRUND

I ett samhällsinriktat förebyggande arbete, baseras strategin på antagandet att den process som pågår inom ett förebyggande program förändrar samhällets normer och värderingar. Förändringen själv är målet i många av de samhällsbaserade studierna, det är därför viktigt att förstå hur och varför en sådan förändring sker (14).

Oakley har för världshälsoorganisationens (WHO's) räkning nyligen gjort en översiktlig beskrivning av folkligt deltagande, teori och praktik för förändring av hälsa hos befolkningen. Syftet med den boken är att den skall vara ett första steg till att klargöra begreppet och dess praktiska innebörd, som instrument i Världshälsoorganisationens (WHO's) hälsa för alla strategin (15).

Utvecklingen av begreppet deltagande har varit nära förbundet med primärhälsovårdens utveckling.

Det finns tre basala ansatser, runt vilka idéer och erfarenheter kan struktureras. Den första är den traditionellt medicinska som bygger på föreställningen att hälsa är frånvaron av sjukdom och att förbättringar av hälsan endast kan nås genom att applicera medicinsk vetenskap och teknologi på samhällsnivå. Folkligt deltagande handlar här om att ställa upp på den medicinska professionens villkor. Den andra ansatsen som är planerarens, har växt fram som kontrast till det medicinska etablissemangets. Hälsa betraktas som fysiskt, mentalt och socialt välmående hos individen, och deltagande som ett medgivande från människor att bidra med material, pengar och eller arbetskraft i aktiviteter föreslagna av hälsovårdssektorn (16). Denna ansats har använts i det svenska dokumentet "Hälsa och sjukvård inför 90-talet" (HS

90) (17). I den tredje, som är en samhällsinriktad ansats, byggd på människors egenförmåga, definieras hälsa som ett mänskligt tillstånd och hälsoförändringar som ett svar på en utbildningsprocess där lokalsamhällets hela befolkning deltar. Befolkningen har kontroll över och ansvar för sin egen hälsa och de aktiviteter som växer fram för förändring av levnadsvillkoren.

Innan metoder för att mäta deltagande diskuteras, vill vi ge vår syn på samhällsbegreppet. Det finns ett antal definitioner i litteraturen för hälsoplanering. Vi har valt att definiera samhälle som en grupp av individer inom ett geografiskt område. Samhället kan också ses som ett system, inom vilket ett program opererar, vilket har utvecklats inom antropologin (18). Systemet innehåller sektorer, organisationer, grupper och individer. Sambandet mellan sektorer och organisationer är av speciellt intresse för ett hälsoprogram (19). Några av sektorerna är:

- 1 politisk
- 2 ekonomisk
- 3 hälsovård
- 4 utbildning
- 5 social
- 6 religiös

Förändringar i samhället kan börja i vilken sektor, organisation eller grupp som helst. Förändringar kan också uppträda samtidigt i flera organisationer.

Deltagande och engagemang av den lokala befolkningen är en fråga om förändring av värderingar, normer och beteende för varje individ som deltar. Det är viktigt att veta hur många individer som påverkas av hälsoprogrammet. Mätmetoden måste därför omfatta studier som ger både kvantitativa och kvalitativa data om de indikatorer som är viktiga för deltagandeprocessen (20).

Förändringar som sker inom organisationer och grupper, påverkar också någon eller några sektorer i samhället. Aktiviteter för att minska hälsoproblem, uppstår som ett resultat av en sådan förändring.

Förändringar i relationen mellan olika sektorer kan mätas genom att iakttä förändringar i makt, engagemang och deltagande i programmet. Det är också viktigt att iakttä en eventuell extern påverkan som kan förändra hela samhällssystemet.

Metoder använda i tidigare studier begränsar möj-

ligheten att förstå hur befolkningens deltagande är relaterat till förbättrad hälsa. I Pawtucket Heart Health Programme, i USA, har ett organiserat deltagande mätts i antal identifierade kontakter och aktiviteter inom organisationer (21). På det individuella planet, har ett deltagarregister tagits fram. På liknande sätt har deltagandet beskrivits i andra samhällsinterventiva program.

Redovisning av kvantitativa resultat har dominerat i beskrivningar av samhällsriktade hälsoprogram. En av anledningarna till detta är att den medicinska ansatsen fått dominera bland ledare för programmen. Ett annat skäl är att policyn för de tidskrifter där resultaten presenteras inte prioriterat forskningsresultat av tvärfacklig karaktär med redovisning av kvalitativa resultat och fallstudier. För att erhålla en djupare förståelse för hur och varför en förändring sker vid samhällsintervention, behövs kvalitativa metoder.

Många av de samhällsriktade programmen har utvecklats från ansatsen att öka deltagandet, "community involvement approach". Processen som sker över tid illustreras i *figur 1*. I början av programmet fattas besluten av hälsoplanerare och forskare. De definierar även problem och beslutar om vilka åtgärder som skall göras. De professionella är mest aktiva i de inledande stegen av programmet, lokala organisationer och grupper blir mer och mer engagerade i programmet efter några år (22, 23).

Fram till idag finns det ingen användbar metod för utvärdering av deltagande i samhällsriktade före-

byggande program. Metoder behövs därför för utvärdering av omfattningen av folkligt deltagande (process indikatorer).

Sollentuna olycksfallsskadeförebyggande program.

Sollentuna är en förortskommun till Stockholm, belägen i nordvästra delen av Stockholms län. Dess befolkning var omkring 49 000 vid årskiftet 1986/87. Befolkningen är yngre än genomsnittet för länet som helhet.

Programmet påbörjades 1984, när projektledaren från Stockholms län, Hälsovårdsenheten, hade fått i uppdrag att påbörja ett länstäckande olycksfallsförebyggande program. Projektledaren började med att presentera idéerna till ett program för primärvårdsledningen i Sollentuna kommun (24).

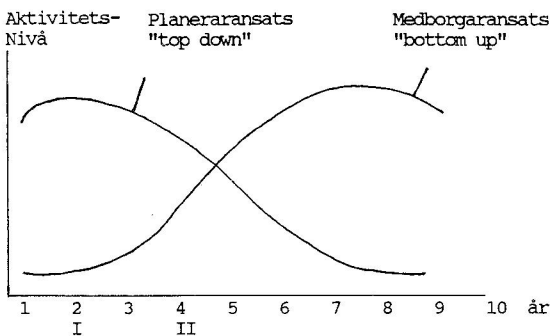
Målsättningen med programmet var att engagera organisationer, grupper och lokalbefolkning i olycksfallsskadeförebyggande aktiviteter.

I avsikt att identifiera personer och grupper som kunde vara intresserade av att delta i programarbetet, inbjöd projektledaren och primärvårdschefen ett 30-tal lokala organisationer och frivilliga grupper, till ett informationsmöte. Många av organisationerna visade vilja att delta i programarbetet. Detta resulterade i ett samarbete mellan kommunen, primärvården, landstinget och ett antal lokala frivilliga organisationer. Vid detta första möte, antogs en organisation för programarbetet, bestående av en ledningsgrupp och en samordningsgrupp. Ledningsgruppen inkluderade Primärvårdschefen, chefen för Miljö- och hälsovårdsförvaltningen och projektledaren från Hälsovårdsenheten.

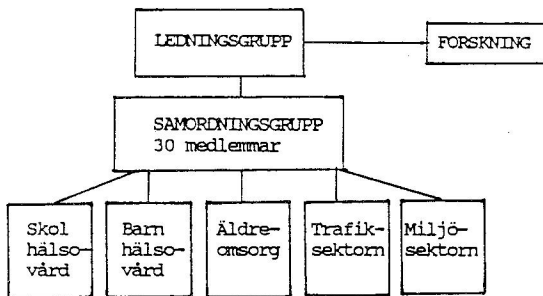
Programmet gav snart upphov till ett utökat behov av mindre arbetsgrupper, som kunde utarbeta och genomföra aktiviteter inom särskilda riskområden eller för särskilda riskgrupper. Arbetsgrupper bildades inom skolan, barnomsorgen, barnhälsovården, äldrehälsovården, trafik- och miljösektorn. (*Figur 2*)

Programmet omfattade *information* till den breda allmänheten, *utbildning* till personalgrupper för att nå en ökad medvetenhet bland organisationer. *Tillsyn* av olika slag har genomförts liksom *förändring och förbättring* av hem, skol- och fritidsmiljön. Verksamheten har i första hand inriktats mot förebyggande verk-

Figur 1. Aktivitetsengagemang för planerare och kommuninvånarna inom ett samhällsriktat förebyggande program, efter tidigare analystillfällen för deltagarindikatorer utmärkta som analys I och II.



Figur 2. Organisation för Sollentuna olycksfallsförebyggande program, vid analys år 4.



samhet för barn, ungdom och äldre.

Flera konkreta insatser har genomförts. Arbetsgrupperna har tex utarbetat informationsmaterial, posters, broschyrer och utställningar, samt använt olika medier som hjälp för att sprida information till befolkningen. Enkätstudier har genomförts, i avsikt att erhålla en bild av olycksfallsmönstret bland olika grupper i Sollentuna.

Kommunala skyddsronder i miljö- och hälso-skyddsförvaltningens regi har visat sig vara en av de viktigaste metoderna för att öka säkerheten i den fysiska miljön. Upprepade skyddsronder har genomförts, i olika delar av kommunen, i avsikt att identifiera och eliminera riskfaktorer i den fysiska miljön (25).

En annan aktivitet är cykelhjälm-kampanj-arbetet. Information om cykelhjälm och vikten av att använda dessa samt försäljning av hjälm, har erbjudits föräldrar och barn. Denna aktivitet har introducerats av en barnhälsovårdssjuksköterska, som tillsammans med sina kollegor ger regelbunden information till föräldrar om barnsäkerhet.

Efter tre års programarbete, togs ett politiskt beslut att nämndföranden i social- skol- gatu- miljö- och hälsoskyddsnämnderna samt kommunstyrelsen skulle ingå i lednings- och samordningsgrupperna.

Indikatorer som styr processen

Rifkin et al (13) har utarbetat ett ramverk för hur man mäter deltagandet i ett hälsoprogram. Användning av processindikatorer visar om deltagandet i ett hälsoprogram, har minskat, breddats eller varit oförändrat. Fem indikatorer som belyser processen, har identi-

Fem indikatorer som inverkar på processen har identifierats. Dessa är; behovsanalys, representation, ledarskap, organisation och resursmobilisering.

fierats. Dess indikatorer är: behovsanalys, representation, ledarskap, organisation och resursmobilisering.

För varje indikator, beskrivs en linje av deltagandet. De fem linjerna bildar tillsammans stommen till ett "spindel nät". Linjerna delas upp i en serie av punkter, varefter en markering på linjen kommer att beskriva deltagandet i programmet för varje indikator. Den yttre delen av linjen visar ett brett deltagande (stor anslutning och aktivitet från grupper), och den inre delen visar ett litet deltagande (alla beslut tages av ledningen). Om markeringarna på varje linje därefter sammanbinds erhålls ett "spindel nät". När de inre punkterna på varje linje sammanbinds erhåller vi en basfigur, som indikerar att det redan innan något som helst program startat, existerar någon form av samarbete och deltagande i samhället.

Genom att göra punkter på varje linje, och därefter sammanbinda dessa, kan bredden av deltagande påvisas. En baslinje konstrueras, för jämförande mätningar vid senare tidpunkt. Skillnaden mellan en sådan baslinje och andra mätningar kommer att visa om en förändring har skett. Projektledare, arbetsgrupper och personer med politiska eller ekonomiska fördelar av programmet, kan alla delta i insamling av informationen som ger ett "spindel nät".

Metoden är beskrivande och gör inget försök att bestämma om deltagandet är bra eller dåligt. Den ger endast en visuell bild av deltagande processen och kan därför utgöra ett pedagogiskt instrument i förändringsarbetet. Folkligt deltagande är en social process som omfattar ett antal indikatorer som påverkar processen. För varje indikator finns en rad frågor som är viktiga att belysa vid bestämning av bredden i deltagandet (tabell 1) (26).

Nyckelelement i processen

Många teorier och metoder har använts för att beskriva olika delar av den process som sker vid genomförandet av ett samhällsinriktat program.

Tabell 1. Kritiska frågeställningar för beskrivning av processindikatorer.

* BEHOVSANALYS

1. Hur har behoven identifierats?
2. Vem har identifierat dem?
3. Varför togs beslut om ett förebyggande program?

* REPRESENTATION

1. Vilka grupper är representerade i ledningen?
2. Vilken typ av ledning är det? (demokratisk, konstitutiv, auktoritär)
3. Hur fattas besluten?
4. Hur har ledarna erhållit sina mandat?
5. Hur är ledningens attityd, inför intervention?
6. Hur mobiliserar ledningen stöd?
7. Vilka grupper har fördelar av ledarskap?

* LEDARSKAP

1. Vilka fördelar har ledningen, av programmet?
2. Vem har det yttersta ansvaret?
3. Vem beslutar om aktiviteter och fördelning av resurser?

* ORGANISATION

1. Vilka grupper ingår i organisationen?
2. Delas programmets mål av andra organisationer?
3. Finns det behov av en separat organisation?
4. Hur ser organisationens ekonomiska stöd ut?
5. Hur är relationen mellan ledningen och den övriga organisationen?
6. Hur kom organisationen till?
7. Hur flexibel är den?
8. Hur motiveras organisationens personal? Är den avlönad?
9. Vem äger programmet?

* RESURS MOBILISERING

1. Vilka fördelar har erhållits?
2. Vilka resurser har givits programmet?
3. Hur har resurserna erhållits?
4. Vems intressen har tillfredsställts genom resurser, mobilisering och samarbete?

I Nord Karelen projektet har tre huvudkomponenter identifierats; planering, genomförande och utvärdering (4).

Bracht har utvecklat dessa komponenter till en femstegs modell, som använts för att beskriva Minnesota hjärt- och kärilprogram (27). De fem stegen är: 1. Samhällsdiagnos. 2. Initiering och design. 3. Genomförande. 4. Underhåll. 5. Utvärdering.

Varje steg motsvaras av en processindikator avsedd att mäta bredden av deltagande i programmet (tabell

Tabell 2. Jämförelse mellan femstegsmodellen och de fem indikatorerna som påverkar deltagandet i ett samhällsinriktat interventionsprogram.

1. Samhällsdiagnos	————	Behovsanalys
2. Design-Initiering	————	Ledarskap och representation
3. Genomförandet	————	Organisation
4. Underhåll	————	Resurs mobilisering
5. Utvärdering	————	Ny behovsanalys

2). Genom att studera indikatorn vid det korresponderande steget, ges en inblick i hur processen fortskrider.

I *samhällsdiagnosen*, som är en omfattande analys av samhället, ges oftast den första möjligheten för medborgarna att involveras i ett samhällsinriktat hälsoarbete. Analysen skall inte göras *för* samhället utan *tillsammans med* invånare i lokalsamhället. Ett lokalt arbete kan inte genomföras om inte befolkningen medverkar. Nivån på medverkan är den första indikatorn för att mäta deltagandeintresset i ett samhälle. En riktig analys ger både kvantitativ och kvalitativ information. Nivån på engagemang, från grupper och organisationer, i en *behovsanalys*, är en viktig del av processen i detta steg.

I *initieringen och designfasen*, är delmomenten följande: 1. Etablera en ledningsgrupp och val av projektledare/samordnare. 2. Val av organisationsstruktur. 3. Identifiering, val och rekrytering av organisationsmedlemmar. 4. Definiera organisationens förutsättningar och mål. 5. Klargör roller och ansvar bland organisationens medlemmar, personal och grupper. 6 Erbjud information och utbildning till deltagarna i programmet. Att mäta *representation och ledarskap*, är viktiga indikatorer i detta steg av programmet. Detta är i princip en nätverksanalys av aktiva organisationer.

Under *genomförandet*, omvandlas teori och design till aktivitet. Både experter och befolkningen mobiliseras. Nyckelfaktorer är att organisera arbetsgrupper och utveckla genomförandemetoder. Indikatorn för samhällsarbetet i detta steg *organisationen* och dess fullföljande av målsättningen.

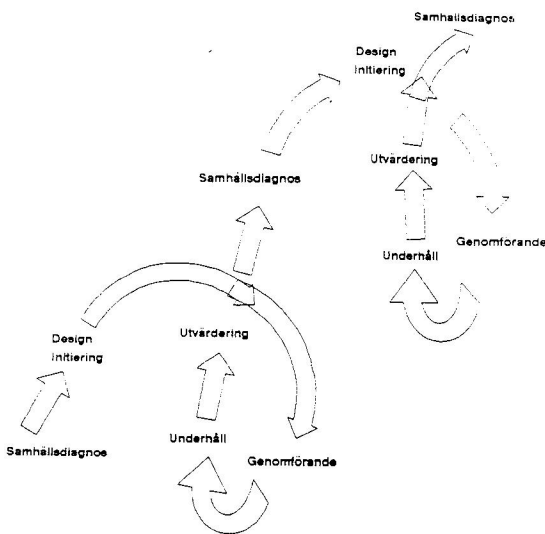
Under *underhållsperioden*, kan ledare och samarbetspartner utnyttja erfarenheterna från de olika

programaktiviteterna, och integrera programmet i kommunens ordinarie arbete. Äganderätten till programmet ökar när deltagandet ökar. *Mobilisering av resurser* korresponderar med detta steg i programmet.

Swedner har utvecklat en liknande diskussion i Sverige under 1970-talet (28). Han har utarbetat en modell för samhällsförändring i fem faser. Swedner visar att ett aktörsparadigm är väsentligt för forskare. Produktionen av ny kunskap utvecklas, – inom perspektivet av aktion –, endast inom en serie av rationella målinriktade aktiviteter, som också omfattar uppgifter som målformulering, verktygsproduktion, planering av åtgärder och utvärdering av insatser. Forskaren förväntas delta i alla dessa aktiviteter, i nära samarbete med administratörer, politiker och alla de som är exponerade för problemställningen. Genom att kombinera Swedners spiral, Brachts femstegsmodell och Rifkins fem indikatorer har vi erhållit en ny dimensions (*figur 3*).

Varje steg omfattar även de processindikatorer vi behöver för att identifiera bredden av deltagande.

Figur 3. Faser i hälsoutbildningsprogram på samhällsnivå, tillämpad som processspiral på Sollentuna olycksfallsskadeförebyggande program.



METODEN TILLÄMPAD PÅ PROGRAMMET

”Spindelnäts” modellen med dess generella frågor har tillämpats på det olycksfallsförebyggande program-

met i Sollentuna, i avsikt att visa förändringar i deltagandet bland lokala grupper, organisationer och individer. Utvärderingen har gjorts under det andra och fjärde året (*figur 1*).

Analys av insamlat material har gjorts vid två olika tillfällen. Basåret I, efter två års programarbete, samt utvärderingsår II, fyra år efter programstart. Deltagareobservationer och strukturerade intervjuer, med ett urval av nyckelpersoner från både primärvården och kommunen har genomförts vid de två olika perioderna. Dagboks anteckningar och protokoll har förts av projektledaren, under hela programmet. På basen av dessa metoder har ”bredden” på indikatornivån bestämts, genom att använda de generella frågeställningar som tidigare arbetats fram på Sollentuna situationen. Bedömningen är således huvudsakligen projektledarens.

Bedömningen av varje indikator har sedan analyserats genom att använda matrisen i *tabell 3*.

Analys efter 2 års programverksamhet

Behovsanalys

Under den första perioden var behoven i huvudsak identifierade av ledningsgruppen. Samhällsdiagnosen gjordes av projektledaren (29), med hjälp av offentlig statistik, lokala data samt årliga rapporter från lokala organisationer. Projektet var en del av länets olycksfallsförebyggande verksamhet, initierat av landstingspolitiker. Projektledaren skrev också projektplanen med ledningsgruppen. Behoven i inledningsskedet bedömdes av en begränsad grupp, varför indikatorn fått ett lågt värde.

Representation

Ledningen representerades från början av programarbetet av flera olika grupper i kommunen, som fattade de flesta besluten. Stöd för olika aktiviteter, mobiliserades vid samordningsgruppsmötena. I en av organisationerna pågick det olycksfallsförebyggande verksamhet redan innan detta program startade. Andra organisationer deltog i ett tidigt inledningsskede. Flera representanter i samordningsgruppen hade fördelar av ledarskapet. Representationen i programmet bedömdes därför som tämligen bred.

Tabell 3. Indikatorer för värdering av medborgardeltagande fördelade efter nivå av deltagande.

Indikator	Nivå av deltagande		
	Låg (1)	Mellan (2)	Hög (3)
Behovsanalys	Experter beslutar	Experter och samhället definierar behoven tillsammans	"Samhället" frågar efter programmet
Representation	Representerar en liten grupp	Kombination av intressen liten eller stor grupp	Representerar flera gruppers intressen
Organisation.	Rigid, drivs av en eller flera organisationer, experter.	Mitt emellan	Flexibilitet i möten och målsättning. medborgardeltagande.
Resurs mobilisation	Inget ekonomiskt stöd	Mitt emellan	Ekonomiska fördelar erbjuds programmet
Ledarskap.	"Externa" experter tar alla beslut	Besluten tas gemensamt av experter och medborgare	"Samhället" tar alla besluten och använder experterna som resurs

Ledarskap

Projektledaren bestämde utformningen av projektet tillsammans med de övriga i ledningsgruppen, och presenterade en projektplan för de organisationer som var villiga att delta. Ledningsgruppen var ansvarig för det planerade arbetet. Deltagandet i ledarskapet bedömdes som begränsat.

Organisation

Ett 20-tal organisationer och lokala grupper var representerade i den konstruerade organisationens samordningsgrupp. Programmets målsättning sammanföll med flera av organisationernas målformuleringar. De flesta av besluten togs i början av ledningen, medan samordningsgruppen blev ett forum för redovisning av genomförda aktiviteter samt diskussion om nya programidéer. Ingen av deltagarna erhöll ekonomisk kompensation för sina insatser. De flesta som tillfrågats uppfattade att det var projektledaren som ägde och styrde projektet. Deltagandeaspekten för denna indikator bedömdes därför som mycket låg.

Resursmobilisation

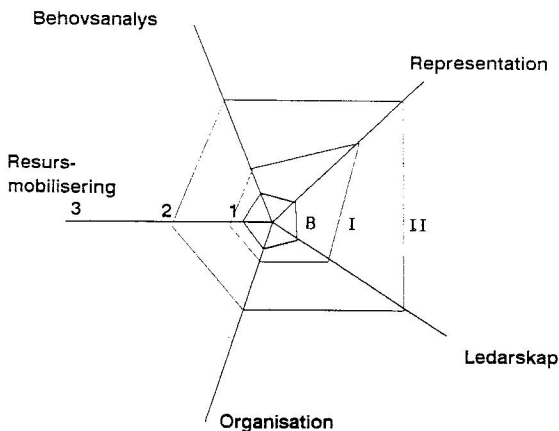
De resurser som erhöles och använts under de första två åren var mycket små, och inga finansiella utfästelser hade givits till projektet, förutom att kommunens försäkringsbolag bidrog ekonomiskt till vissa informationsmaterial. Projektledaren var den enda som var anställd för förebyggande arbete inom olycksfallsområdet. Det var främst ledningens intressen som tillgodosattes under den första perioden av programmet. Även denna indikator bedömdes därför som snäv efter två år.

Vid en summering av deltagarnivån vid baslinjemätningen efter 2 år, ser man att få resurser och inget ekonomiskt stöd har givits av kommunen. Vidden av deltagande var inte särskilt stort, utom från ledningen. "Spindel nätet", som representerar baslinjebedömningen efter två år av projektet visas som linje I i figur 4.

Analys efter 4 års programverksamhet

Vår andra analys gjordes två år senare.

Figur 4. Indikatornivå för deltagande bedömd efter 2 och 4 år, samt baslinje i Sollentuna olycksfallsskade-
förebyggande program. B=basaktivitetsnivå, I=deltagan-
de efter 2 år, II=deltagande efter 4 år.



Behovsanalys

Organisationer och grupper hade startat egna aktiviteter i avsikt att analysera lokala behov, tex genom kommunala skyddsronder, cykelhjälmkampanj. Fle-
ra enkätstudier bland kommunens invånare hade genomförts. Behoven bedöms av en större grupp. Deltagandeindikatorn hade således väsentligt vidgats under tvåårsperioden.

Representation

Kommunalrådet i kommunen hade involverats i ledningsgruppen, som nu utökats till fyra medlemmar. Även för denna indikator hade "bredden" ökat.

Ledarskap

Ett antal lokala politiker hade kommit in i projektet, och tog nu del i arbetet inom samordningsgruppen. Besluten togs gemensamt av experter och övriga i gruppen. Grupper och individer i kommunen visade nu ett intresse att delta i projektet. Arbetsgrupper hade etablerats för att möta kommunens nya behov. Deltagarindikatorn för ledarskapet för programmet hade ökat betydligt.

Organisation

De lokala politikerna var efter fyra år involverade i samordningsgruppens arbete. Några av de andra re-

Intervjuer, dagböcker och enkäter har använts som instrument för att mäta vem som deltagit och hur man deltagit i det förebyggande arbetet.

presentanterna hade fallit bort, som tex den lokala tidningen. De flesta av deltagarna i samordningsgruppen var engagerade i arbetet. Projektledaren hade annonserat sitt beslut att lämna programmet efter ytterligare ett år. En diskussion om vem som skall leda programmet hade påbörjats i ledningsgruppen. Idéer om en ny organisation tog fart. Samordningsgruppen bestod nu även av personer som ej var att betrakta som experter, vilket gav ett bredare deltagande för denna indikator.

Resursmobilisation

Under tvåårsperioden hade ett antal arbetsgrupper bildats. Dessa grupper var specialiserade och arbetade med varierande uppgifter, som tex kommunala skyddsronder och cykelhjälmkampanj. Ekonomiska resurser från kommun och primärvård har använts för utbildning och information i dessa kampanjer och aktiviteter.

Den andra analysen efter fyra år, visar att deltagandet har förändrats mellan de två perioderna med ett "bredare" deltagande (figur 4).

DISKUSSION

Det finns behov av nya metoder för att mäta och utvärdera deltagandet vid olika tidpunkter i ett hälsoprogram (15). I detta program har vi tillämpat en metod som ger oss denna möjlighet (13.26).

Intervjuer, dagböcker och enkäter har använts som instrument vid mätning av *vem* som deltagit och *hur* man deltagit i det förebyggande arbetet i Sollentuna. För att även kunna beskriva *varför* vissa individer och organisationer deltar och andra inte, måste man göra en mycket djupare analys av gjorda intervjuer.

Vi har använt en ny kvalitativ metod som genom fem olika indikatorer, ger olika delar av deltagandet. Många studier menar att deltagande är avgörande för framgång i det förebyggande arbetet. Detta

är ett sätt att fånga in och beskriva en förändringsprocess i ett lokalsamhälle. Tidigare har de flesta studier mätt vem som deltagit. *Vi vill* genom den nya metoden visa *hur* man deltagit, men avgränsat till nivå av deltagande dvs *bredden*.

Genom att utnyttja indikatorerna för deltagande har möjlighet givits att mäta deltagandet i ett program. Indikatorerna avser att beskriva en förändring i deltagandet från en period till en annan. Förändringen mäts från basåret, i detta fall år 2 av programmet. Ett stort antal aktiviteter och insatser från medlemmarna i organisationen ger en förändring i deltagandet, som visas i avståndet mellan "spindel nät" I och II. Jämförelsen mellan de två "spidelnäten", visar en ganska anmärkningsvärd ökning i deltagandet. Denna metod, visar emellertid inte kvaliteten på deltagandet. Metoden beskriver endast förändringen från en period till en annan.

Skillnaderna mellan baslinjen och mätningen två år senare visar en ökning i folkligt deltagande. En av de mest uppenbara skillnaderna är att de nya idéer om kommunens behov, kom från personer i samordningsgruppen, oftast från "nyckelpersoner", som var tidiga deltagare i programmet. Dessa idéer har lett fram till konkreta aktiviteter, som kommunala skyddsronder, cykelhjälmkampanj, utbildningsinsatser, livvästdepot och flera olika enkätstudier. Dessa aktiviteter har ökat känslan för programmet och breddat deltagandet.

Det är också viktigt att politikerna har tagit del i arbetet inom ledningsgruppen och samordningsgruppen. Detta kan komma att lyfta vissa av besluten till en politisk nivå. Ledarskapet har utökats betydligt.

Även resurserna som kommit programmet till del under de två åren är betydligt större än tidigare. Detta tillskott tydliggörs i "spidelnätet".

Denna metod visar sig vara ett användbart instrument för att redovisa förändringar. Varje förändring som presenterats av "spidelnätet", borde vara av intresse för de personer som är involverade i programmet. Vi hoppas för Sollentunas del på att kunskapen kan leda till ett utökat lokalt intresse för pro-

grammet. Metoden är mycket användbar vid formativ utvärdering, och således inte endast som en slutgiltig bedömning, när programmet är avslutat. Metoden som är lätt att tillämpa borde kunna få en utbredd användning vid utvärdering av hälsoprogram.

De fem indikatorerna redovisar inte hur en förändring i deltagandet eventuellt kan påverka ett socialt deltagande. Vi vet fortfarande inte om programmet når ut till de som har det största behovet. Vi har ingen indikator som talar om för oss hur bra eller dåligt programmet är. Metoden visar oss endast *vem* som deltar och *hur* deltagandet sker. Där finns fortfarande ett stort behov av forskning inom detta område. Genom att analysera data som kommer från djupintervjuer och dagböcker, kan man utveckla metoder i avsikt att erhålla information om varför vissa individer och grupper deltar i ett program, och andra inte. Det är också viktigt att utveckla metoder som kan hjälpa oss att förklara relationen mellan en befolknings aktiva deltagande i hälsoprogram och effekter i hälsotillstånd till följd av programmet.

En ytterligare aspekt på metoden är att "spidelnätet", visuellt kan vara ett pedagogiskt redskap. I arbetet med att informera och förtydliga vad som sker i ett program, behövs nya metoder för kunskapsöverföring mellan de som deltar i programmet. Metoden kan därför också vara ett instrument som stärker deltagarna i programmet och pekar på svagheter som behöver förändras och styrka i programmet som behöver förstärkas. Spidelnätet kan således vara en katalysator för ytterligare förändring.

REFERENSER

13. *Rifkin S B, Muller F, Bichmann W*: Primary a Health Care: On measuring Participation. *Soc Sci Med* 1988; 26:931–40.
15. *Oakley P*: Community Involvement in health development. An examination of the critical issues. Geneva: World Health Organisation, 1989.

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