

Samhällsdiagnosens roll i preventivt arbete

— en teoretisk ram

Bo J A Haglund

Samhällsdiagnosbegreppet som utgångspunkt för förebyggande arbete har under 1980-talet förändrats. Orsaken till förändringen kan fr a sökas i användningen i hälsoprogram på samhällsnivå gentemot folkhälsoproblem som hjärt- kärlsjukdomar, cancer och olycksfall. Som en följd av dessa program har organisationsprofilen fått en stor betydelse. Denna del av samhällsdiagnosen är viktig i klarläggande av möjligheter/ kanaler som finns i lokalsamhället till förändringsarbete. En annan viktig komponent är ansatser i förändringsarbetet som bygger på människors egenförmåga och aktiva deltagande i folkhälsoarbetet. För att samhällsdiagnosen skall bli en katalysator i ett dynamiskt förändringsarbete måste kartläggningar och analys baseras på folkligt deltagande.

Bo J A Haglund, docent vid Karolinska Institutet, Institutionen för socialmedicin, Kronan, Sundbyberg och tillika biträdande hälsovårdsöverläkare och chef för landstingets hälsovårdsenhet i Stockholms län.

Utvecklingen av förebyggande strategier har förändrats från monofaktoriellt inriktat arbete mot individer till ett multifaktoriellt angreppssätt mot högriskindivider i grupper till förebyggande program där hela samhället deltar lokalt (community intervention 1,2). Parallellt har en utveckling av epidemiologien ägt rum från deskriptiv (som besvarar frågor om när, var och hur) över en analytisk (som försöker besvara varför) till en interventiv epidemiologi (med frågor vad händer om).

I hälsoutbildningsprogrammen suddas gränserna ut mellan hälsosystemet och samhället för övrigt. Politiker, administratörer, läkare och opinionsbildare samarbetar i hälsoutbildningsprogrammen sida vid sida

med representanter för officiella och frivilliga organisationer. Aktiviteterna inriktas inte längre mot högriskgrupper utan mot samhället i sin helhet. Huvudsakligen har programmen utvecklats inom hjärt-kärlområdet och startade i Nordkarelen, Finland, 1971 (3).

Avsikten var att sänka den höga dödligheten i hjärt- och kärlsjukdomar i regionen genom förändringar av levnadsvanor. Nya metoder för förebyggande arbete utarbetades och anpassades till lokala förhållanden. Genom ett helhjärtat samhällsengagemang stöttades också förändringar i levnadsvanor genom ett förändrat livsmedelsutbud och en ny prispolitik. Motionsanläggningar byggdes och nya lagar tillkom för att påverka rökvanorna. Flera liknande program pågår för närvarande och idag finns ett 100 tal sådana program världen över.

Nordkarelenprojektet i Finland och även Novisadprojektet i Jugoslavien är speciella med ett engagemang från befolkningen och politiker i projektstarten (3,4). De amerikanska programmen har en mera strikt vetenskaplig inriktning (5,6,7,8).

Samhällsanalys som grund för hälsoutbildningsprogram

På grund av att projekten i USA har varit mer strikt vetenskapliga experiment har analysen av interventionskommunernas struktur varit en viktig utgångspunkt för val av strategi. Omfattande samhällsanalys har genomförts i t.ex. Minnesota och Pawtucket. Interventionskommunen Mankato i Minnesota, med ca 40 000 invånare, ligger i ett landsbygdsdistrikt, där näringslivet är uppbyggt kring jordsbruksproduktion. Den här interventionskommunen är kanske mest känt genom TV serien om lilla huset på prärien. Be-

Samhällsanalysen har varit utgångspunkt för val av strategi i kommuner där intervention genomförs

folkningen är av skandinaviskt ursprung och området kan karakteriseras som medelklassområde.

I Pawtucket, Rhode Island, med ca 70,000 invånare dominerar i stället småindustrier med en arbetarbefolkning huvudsakligen av portugisiskt ursprung. Strategin för förändringsarbetet som utvecklats är självklart annorlunda i ett sådant område.

Samhällsanalysen har varit utgångspunkt för val av strategi i kommuner där intervention genomförs och kontrollområden har också valts utifrån en samhällsanalys.

De stora samhällsinterventiva programmen utgör frontlinjen i preventionen idag och samhällsdiagnostiken utgör utgångspunkten för val av strategier. Men, hur får vi kunskap om lokalsamhället? Hur har samhällsdiagnosen växt fram?

Hur nå kunskap om lokalsamhälle?

I modern tid har samhällsdiagnosbegreppet först utvecklats i u-landsmiljö, vilket är lättförståeligt mot bakgrunden av det stora behovet av hälso- och sjukvårdsinsatser och samtidigt knappa resurser i dessa delar av världen (9-12). Samhällsdiagnosbegreppet har emellertid också svenska rötter som framgår av exempelvis collegium medicums anvisningar 1755 till de svenska provinsialläkarna att utföra "klinisk topografiska beskrivningar av sina upptagningsområden" (13). Under senare tid har nödvändigheten av en behovsorienterad och målinriktad planering slagits fast i hälso- och sjukvårdslagen från 1983 och samhällsdiagnosbegreppet har getts stort utrymme i utredningen "Hälso- och sjukvården inför 1990-talet" (14).

Den samhällsdiagnostiska processen kan översiktligt indelas i tre nivåer, 1/ deskription dvs diagnos, 2/ analys och 3/ åtgärder (15,16,17). King definierar den deskriptiva delen av samhällsdiagnosen som mönstret av sjukdomar i samhället beskrivna i termer av betydande faktorer som påverkar detta mönster (10).

Syftet med samhällsdiagnosen är att identifiera problem, sätta upp prioriteringar för planering och utvecklande av hälsoprogram, men även sjukvårdande aktiviteter i lokalsamhället.

Den deskriptiva nivån av samhällsdiagnosprocessen

Samhällsdiagnosen baseras på traditionell deskriptiv epidemiologi. I denna försöker man besvara tre frågor, när (time), var (place) och vem (person)? I beskrivningen av hälsomönstret hos befolkningen är den socioekonomiska fördelningen utgångspunkten i analysen (9). Det är betydelsefullt att beskriva lokalsamhällets befolkning i förhållande till ålder, kön, ras- och etniska grupper, socioekonomiska faktorer och andra personrelaterade karakteristika som civilstånd, familjestruktur, socialt nätverk men också levnadsvanor då vi vet att dessa faktorer starkt samvarierar med behov av såväl sjukvård som förebyggande program på alla nivåer.

Inom ramen för HS90-arbetet har samhällsdiagnosbegreppet vidareutvecklats (14). De ursprungliga två dimensionerna samhällsprofil och hälsoprofil har var och en delats i ytterligare två dimensioner. Samhällsprofilen har delats in i en samhällsprofil som beskriver samhällsförhållandena och en vårdprofil eller en hälsoserviceprofil, där den sistnämnda utgör mera en beskrivning av hälso- och sjukvårdens resurser och dess användning. Hälsoprofilen har delats upp så att den innehåller en del som beskriver hälsorisker och en som beskriver hälsa och välbefinnande i lokalsamhället.

Samhällsprofilen svarar till frågor av typen Vilka bor i området? Vilka är levnadsbetingelserna?

En rad socioekonomiska indikatorer som har utvecklats inom ramen för social rapporteringsarbete i Norden (18,19) är betydelsefulla ingredienser i samhällsprofilen och även för arbetet inom WHO när hälsa för alla till år 2000 diskuterats (20,21). Jacobsen har i ett danskt arbete ytterligare fördjupat samhälls-

Samhällsdiagnosen baseras på traditionell deskriptiv epidemiologi

profilen genom att i tillägg till traditionella demografiska och socioekonomiska beskrivningar operationalisera denna profil i livsformsanalyser (22). Utgångspunkten är att kulturella skillnader i olika livsformer visar sig i olika intressen och krav i tillvaron. Dessa kunskaper är avgörande vid förebyggande förändringsarbete.

Hälsoriskprofilen identifierar hälsorisker och också hälsofrämjande faktorer. Hälsoriskprofilen omfattar tre huvudkomponenter; levnadsvanor, sociala risker samt fysisk/kemiska och biologiska riskfaktorer.

Levnadsvanor inkluderar bl a matvanor, alkoholvanor och tobaksbruk. Andra faktorer är skäl och hinder till att inte använda hälso- och sjukvårdssystemet. Egenvårdsaktiviteter och användande av alternativ hälso- och sjukvård inryms också.

Ett gott socialt nätverk utgör ett skydd för hälsan och därför bör detta beskrivas. Variabler som kan vara användbara är civilstånd, vänrelationer, medlemskap i frivilliga eller politiska organisationer.

Fysisk/kemisk/biologiska riskfaktorer ger en beskrivning av den lokala miljön i närsamhället vad avser vatten, jord, luft, klimat, boende etc.

Hälsoprofilen beskriver hur hälsa och välbefinnande är fördelat hos befolkningen i lokalsamhället. Principiellt kan den beskrivas i två komponenter; hälsoindikatorer och hälsoindex (23).

Hälsoindikatorer kan definieras som enskilda faktorer vilka reflekterar hälsoläget hos den enskilde eller en grupp av individer och kan användas för att sätta upp mål för förebyggande arbete såväl som vårdande aktiviteter.

Hälsoindex är sammansatta mätinstrument av två eller flera indikatorer vilka reflekterar hälsoläget hos individer eller grupper. Dessa kan i första hand användas för mål när det gäller vård och rehabilitering.

En viktig del i samhällsdiagnosarbetet som utvecklats framför allt utifrån de internationella hjärt-kärlförebyggande programmen har varit "organisationsanalysen" eller *organisationsprofilen*. I både Minne-

sota och Pawtucket programmen har en uttömmande beskrivning av vilka organisationer som finns i lokalsamhället utgjort betydelsefulla utgångspunkter för hälsoprogramarbetet (24).

I *figur 1* ges exempel på organisationer och där framkommer också att hälso- och sjukvården är ett specialfall av organisationsprofilen.

Figur 1. Organisationsprofilen vid en samhällsdiagnos

- 1 Frivilliga organisationer,
- 2 Religiösa organisationer,
- 3 Fackliga organisationer,
- 4 Utbildningsorganisationer,
- 5 Fritidsorganisationer,
- 6 Myndigheter,
- 7 Professionella organisationer eller grupper ej inom hälsosektorn,
- 8 Media/kommunikation,
- 9 Hälso- och sjukvårdssystemet.

Hälso-serviceprofilen svarar på frågor av typen hur resurserna är organiserade och utnyttjade i hälso- och sjukvårdssystemet. Hälso- och sjukvårdssystemet kan beskrivas i relation till syfte (förebyggande, hälsofrämjande, behandlande, rehabiliterande och vårdande) och typ av aktivitet (sluten vård, öppen vård eller hemsjukvård), men också i förhållande till hur väl hälso- och sjukvården når speciella riskgrupper i samhället.

I förhållande till betoningen i hälso- och sjukvårdslagen om jämnlik fördelning av hälso- och sjukvårdens resurser är det viktigt att utifrån samhällsprofilen och hälsoriskprofilen speciellt se på hur resurser utnyttjas i olika socioekonomiska grupper.

Den analytiska nivån i samhällsdiagnosprocessen

En central teoretisk modell i samtliga projekt har varit att det kulturella beteendet – tex mat och rökvanor – styrs av ett samspel mellan individ och samhälle. En förändringsprocess genomförs genom att många involveras på olika nivåer i samhället. Förändringsarbetet har fokuserat på fyra basala strukturer i samhället; individ, smågrupper, organisationer och lokalsamhället som helhet. Alla nivåer måste påverkas samtidigt för att förändring skall äga rum.

En viktig del i samhällsdiagnosarbetet har varit organisationsprofilen

I projekten i Nordkarelen, Novisad och Pawtucket — har utgångspunkten huvudsakligen varit att genomföra förändringsarbetet genom en gräsrotsstyrd strategi dvs samhällsaktivering genom en "sociologisk modell". Lokala politiker, frivilliga organisationer och aktiv medverkan av primärvårdens hälso- och sjukvårdspersonal har varit hörnstenarna i Nordkarelen- och Novisadprojekten. I båda dessa projekt har man dessutom via hälso- och sjukvårdsorganisationen sparat upp högriskindivider.

I Pawtucket har samhällsanalysen tillsammans med medbestämmande principen medfört att förändringsarbetet huvudsakligen inriktats på att engagera frivilliga organisationer. Vid genomförandet var det därför till en början kyrkorna som användes som den huvudsakliga kanalen för förändringsarbetet (25).

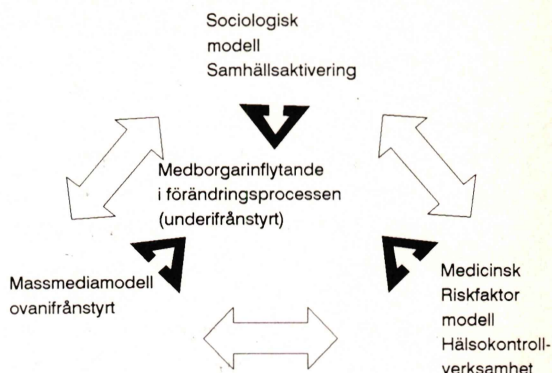
I Minnesota har principen varit ett samhällsstyrt förändringsarbete där samhällsanalysen inriktats på att finna olika formella ledare i samhället. Med ledning av dessa analyser har man organiserat lokala styrgrupper bestående av dessa ledare. Ordförande i styrgruppen i ett interventionsområde är samtidigt ägare till en av Minnesotas största livsmedelsindustrier.

I ett annat interventionsområde är projektledaren en fd storföretagare och tillika borgmästare. Man har också använt sig av en systematisk hälsokontrollverksamhet där samtliga kommuninnevanare erbjudits besök för kartläggning av bl a kolesterolnivåer, rökvanor, osv. Utgångspunkten har således varit en medicinsk riskfaktormodell.

Stanfordprojektet är också till sin karaktär ovanifrån styrt där medlet för förändringsarbetet har varit massmedia.

I figur 2 sammanfattas de teoretiska utgångspunkterna för de tre projekten i USA, Pawtucketprojektet har utgått från en sociologisk modell. Stanfordprojektet har huvudsakligen varit massmediaorienterat och projekten i Minnesota har till en början huvudsakligen koncentrerats på hälsokontrollverksamhet. Genom åren har de tre projekten samordnats och dessutom påverkats av den lokala "verklighetens" processer och då har alla tre projekten successivt rört sig mot mitten i figuren och blivit alltmer lika. De kan numera sägas ha en gemensam strategi för folkligt deltagande i förändringsprocessen (6).

Figur 2. Teoretiska utgångspunkter för hälsoprogram på samhällsnivå.



Den här förskjutningen i det förebyggande arbetet har också haft konsekvenser för samhällsdiagnosbegreppet.

Några teoretiska reflektioner över samhällsdiagnosen

En utgångspunkt för en vidareutveckling av de teoretiska grundvalarna för samhällsdiagnosbegreppet kan man finna i de diskussioner som förts inom socialt förändringsarbete (Community Development). Teorier för socialt förändringsarbete växte fram som en följd av avkoloniseringen av tredje världens länder under 1950- och 60-talen. Det reflekterade till en början framför allt kolonialtjänstemännens försök i massutbildning i de afrikanska länderna, med syfte att få en välutbildad administrativ stab som kunde fortsatt leda länderna när kolonistörerna lämnade länderna.

Genom att knyta idéerna om socialt förändringsarbete till regeringsprogram hoppades man att åstadkomma en snabb förändring av landsbygden.

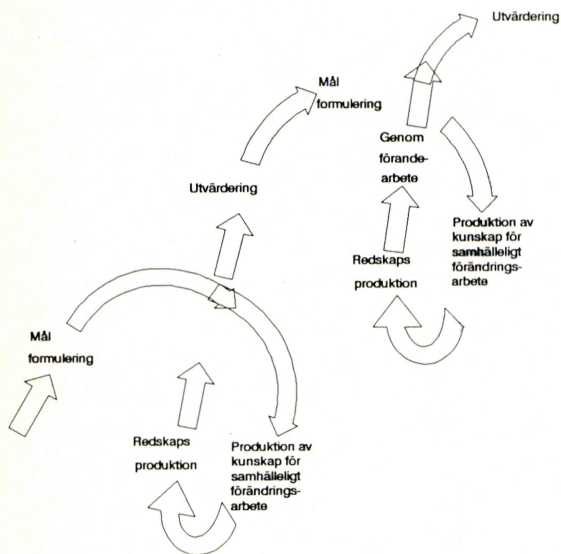
Socialt förändringsarbete

Samhällsförändringsarbete och dess principer fick allt fler företrädare under 50- och 60-talet. Framför allt under 60talet redovisades en rad program som misslyckats. Skälen för detta var att man i de teorier som utvecklades under 50-talet inte tog hänsyn till de konflikter som finns även i ett lokalsamhälle (26). Förändringsarbetet byggde också på antagande om en

homogenitet i samhället som inte existerar. Det var ofta vissa socioekonomiska skikt i lokalsamhällets som presenterade sina problem som program och därför blev samhällsförändringen en del av byråkratin och inte en strategi för förändring. Detta fick till följd att programmen i stället för stöd till lokala resurser upplevdes som ett hinder, med tex beroende av andras resurser. Betydelsen av att utbilda personer som kan vara viktiga i förändringsprocessen underskattades också (27).

Dessa misslyckanden medförde att diskussionen koncentrerades på begreppet brukarinflytande eller folkligt deltagande (community participation). Swedner har i Sverige varit den som under 1970-talet fört denna diskussion vidare. Swedner har utvecklat en modell med fem faser i ett samhälleligt förändringsarbete (28). Detta består av regelbundet återkommande arbetsuppgifter som är bundna till varandra i en process där resultaten av arbetet i de tidigare faserna utgör en viktig utgångspunkt för arbetet i de senare, vilket illustreras i modellen (figur 3).

Figur 3. Faser i samhälleligt förändringsarbete. Efter Swedner, *Socialt arbete – en tankeram*.



Förändringsarbetets fem faser är enligt Swedner; målformuleringsarbete, kunskapsproduktion, redskapsproduktion, genomförandearbete och utvärderingsarbete.

Målformuleringsarbete innebär att på grundval av en noggrann analys av individers och grupperns behov, anspråk och faktiska levnadsnivåer försöker man beskriva de mål man vill försöka uppnå genom förändringsarbetet, en sk samhällsanalys. Genom att på så sätt bli uppmärksam på skillnaden mellan det som existerar och det man vill uppnå kan problemen formuleras. Denna fas utgör grunden för det hälsopolitiska programarbete som initierades internationellt bl a av den kanadensiske hälsovårdsministern Lalonde och som alla svenska landsting idag brottas med (29).

I Sverige har tankegångarna, som systematiserats av Swedner, tillämpats inom kommunal planering både för bostads- och socialsektorn. Exempel från bostadssektorn utgör de bostadssociala planeringar som utvecklades under 1980-talet (30,31,32). På motsvarande sätt har sociala områdesbeskrivningar utvecklats (33).

Grundläggande i analysen och framför allt genomförandet av hälsoprogram är folkligt deltagande (eng: community involvement eller community participation) i programarbetet (34,35,36). Rifkin har utvecklat detta och menar att det finns i princip tre modeller för ett brukarinflytande (37).

Den första är den *traditionellt medicinska* som vilar på föreställningen att hälsa är frånvaro av sjukdom och att hälsoförbättringar enbart kan uppnås genom att applicera medicinsk vetenskap och teknologi på samhällsnivå. Brukarinflytande i det här fallet handlar om att ställa upp på den medicinska professionens villkor.

Ett andra perspektiv på hälsoprogramarbete är *planerarnas*. Detta synsätt växte fram i kontrast till det medicinska etablissemangets och baseras på WHOs målsättningar om ett fysiskt, mentalt och socialt välbefinnande hos den enskilde. Ett förbättrande av befolkningens hälsa sett i detta perspektiv är ett resultat av fördelningen av hälso- och sjukvårdssystemets tjänster till befolkningen. Det är utgående från den här ansatsen viktigt att kartlägga befolkningens behov och att mobilisera lokalsamhällets invånare. I båda dessa perspektiv på brukarinflytande är modellen "uppiifrån och ner". HS 90 projektet i Sverige med betoningen på fördelningspolitiska målsättningar för hälso- och sjukvården är ett näraliggande exempel på detta perspektiv (14,21).

Det tredje perspektivet belyses den sociala förändringsstrategin utifrån ett gräsrotsperspektiv (nerifrån och upp)

I det tredje perspektivet belyses den sociala förändringsstrategin utifrån ett gräsrotsperspektiv (nerifrån och upp). Hälsan ses i denna modell som ett mänskligt tillstånd och hälsoförändringar som ett svar på en utbildningsprocess där lokalsamhällets alla medlemmar deltar men dessutom har kontroll och ansvar för sin egen hälsa och de aktiviteter som växer fram för förändring av levnadsvillkoren.

I ett internationellt perspektiv finns många exempel på förändringar baserade på lokala initiativ inom områden som omgivningshygien, jordbruksutveckling och samhällsutbildning. I sydostasien samlades man vid en kongress 1982 för att försöka finna gemensamma modeller för gräsrotsstrategin inom hälso- och sjukvårdsområdet (38). Man fann att modellen innehöll tre gemensamma komponenter. Den första var att förändringsarbetet var behovsstyrt och att behoven var definierade av den lokala befolkningen. Dessa behov var också målen för förändringen.

För det andra var både organisationen och aktiviteterna lokalt styrda. Detta medförde att lokal motivation och lokala resurser, förankrade i existerande nätverk, användes i förändringsarbetet. För det tredje fanns i de presenterade försöken en komponent av utbildning som ofta benämndes återföring eller utvärdering. Det är en självspeglingsprocess där uppnådda mål ökar självförtroendet (38). Den internationella diskussionen har nyligen kritiskt granskats av Oakley där han redovisar den teoretiska utvecklingen och ger en rad praktiska exempel på folkligt deltagande som en viktig del av strategin att nå hälsa för alla till år 2000 (39).

För svenskt vidkommande har ideerna testats i en sociologisk avhandling av Dahlgren (40) där han studerat samhällsplanering i lokalsamhället i tre kommuner i Norrbotten och då analyserat hur väl samhällsplanerarna lyckats lösa sina uppgifter med tillgängliga resurser beroende av teoretiskt perspektiv. Dahlgrens slutsats är att ett förändringsarbete byggt på det tredje perspektivet är mest effektivt. Brukardeltagande redan i samhällsdiagnosen är det första steget till ett brukarinflytande i enlighet med gräsrotsperspektivet i ett åtgärdsprogram. Nichter (41) hävdar att en av de viktigaste ingredienserna är en deprofessionalisering

Figur 4. Aspekter på hälsoutbildningsprogram på samhällsnivå utgående från teoretiska ansatser i ett förändringsarbete.

Aspekter	Hälsovård	Deltagande	Rollen för professionella	Utbildning av hälsoarbetare	Utvärdering	Finansiering
Ansatser						
Medicinsk	viktigaste programkomponenten	för att ge god service	nyckel	del av servicen	hälsostatus statistik	från alla möjliga källor
Planerar	nödvändig men ej tillräcklig för hälsoförbättring	för att maximera resurser	komponent	del av service-medel för förändring	effekter effektivtets mätningar	från extern till intern
Folkligt deltagande	medel för mobilerings	för att skapa förbättrad social struktur	resurs	medel för förändring	utbildningsprocesser	självfinansiering primärt mål

och Bennet (11) går steget vidare och hävdar att en brukarstyrd samhällsdiagnos (community self diagnosis) måste vara utgångspunkten. Detta avspeglas också i Jacobsens studie (22). Vid genomförandet av ett åtgärdsprogram byggt på brukarstyrning måste man gå fram stegvis, där man i varje steg tillsammans med lokal befolkning formulerar målsättningar, utarbetar metoder för aktiviteter och vilken information som behövs för att nå maximal effekt (34).

Åtgärder – metoder för förändringsarbete i lokal-samhället

Den ansats som tas till utgångspunkt för hälsofrämjande programarbete medför olika konsekvenser i valet av metoder i en rad aspekter (figur 4). Rifkin (37) har i detalj diskuterat detta för följande sex aspekter:

- 1 Hälso och sjukvårdens roll i förebyggande programarbete på samhällsnivå
- 2 Synen på brukarinflytande
- 3 De professionellas roll
- 4 Betydelsen av utbildningen av lokalsamhällets hälsoarbetare
- 5 Utvärderingen av programmet
- 6 Finansiellt stöd till programmet

I den teoretiska delen av sin avhandling utvecklar Rifkin (27) i detalj analysen när det gäller aspekterna eller konsekvenserna som blir följden av olika ansatser i det förebyggande arbetet.

I dessa frågor ligger fronten idag för det kommun-diagnostiska tänkandet. Deltagarappektens tre viktigaste frågor är: 1) *Varför* deltagande? 2) *Vilka* deltar? och 3) *Hur* deltar man?

i. När det gäller frågan *varför* brukarinflytande hävdas utifrån den medicinska ansatsen att ett sådant inflytande ökar effektiviteten vid utnyttjandet av den service som erbjuds.

I ett planerarperspektiv är skälet för brukarmedverkan att man därigenom får ett resurstillskott inom ett område som lider av ständig resursbrist. Aktiviteter, i

Den ansats som tas till utgångspunkt för hälsofrämjande programarbete medför olika konsekvenser i valet av metoder i en rad aspekter

Frågan vilka som deltagar är i grunden politisk

syfte att uppnå en bättre hälsa, som utförs av experter och lekmän i samverkan kan ge en bättre hälsoservice.

Varför deltagande utifrån den tredje ansatsen, den brukarstyrda, inte är ett medel för en bättre hälsovård utan ett medel för de som utnyttjar tex hälsovården att bedöma vad som är bra och vad som bör göras tillgängligt för alla. Deltagande är således ett steg för lokalsamhällets befolkning att få en större kontroll över sina livsbetingelser.

ii. Frågan om *vilka* som deltagar är i grunden politisk. Frågan måste analysera vem som har kontroll över ackumulering och distribution av resurser. Rättvis resursfördelning, jämlikhet även i fördelningen av de hälsobefrämjande insatserna, har varit i fokus i den hälsopolitiska debatten i Sverige sedan förarbetena till hälso- och sjukvårdslagen startade i slutet av 1970-talet. Att det är de socialt underprivilegierade grupperna i samhället som i första hand skall få ett större inflytande är man överens om oavsett ansats.

iii. En rad faktorer påverkar *hur* människor deltar.

A. För det första är det *politiskt-ekonomiska system* som råder i landet grundläggande. I socialistiskt dominerade länder betonar regeringsprogram och organisationer en jämlik distribution av resurser och kollektiva aktiviteter framhålls som medlen för att nå sådana mål. I icke socialistiska länder, med individuella drivkrafter som norm, kan det vara svårt att långsiktigt upprätthålla programaktiviteter som bygger på överenskommer i samhället av ovan typ.

B. För det andra: Den förhärskande *kulturella värdegemenskapen och samhällets sociala struktur* är två andra basala faktorer som är avgörande för hur man deltar.

C. En tredje faktor av betydelse är vad som är *fokus* för aktiviteterna. Några frågor av betydelse är: Är fokus konkreta mål som tex bättre distribution av hälsoservice eller att utveckla potentialen för människorna att själva kunna lösa sina problem? Är aktiviteterna samhällsorienterade eller samhällsbaserade? Deltar människorna i beslutsprocessen eller bidrar de bara i genomförandet?(26, 39).

En fokusering på utveckling av de mänskliga resurserna som svar på den första frågeställningen ligger nära de idéer som utvecklats av Paulo Freire (42,43). Människor utvecklar i detta perspektiv lösningar på sina egna problem.

Ett samhällsorienterat program genomförs på basen av professionella analyser och förslag till åtgärder. Ett samhällsbaserat program däremot involverar så många av lokalsamhällets invånare som möjligt i alla faser av ett program. Redan från planeringsfasen när samhällsdiagnosen utförs bör så många som möjligt involveras för att programmet skall ge identifikation och delaktighet i lokalsamhället.

Den tredje frågeställningen handlar om deltagandet är aktivt eller passivt. Deltagande i passiv bemärkelse handlar om att man fogar sig i "myndigheternas" beslut medan ett aktivt deltagande innebär att lokalsamhällets invånare utgör subjekten och inte objekten i hälsoprogrammets genomförande.

I artikeln har samhällsdiagnosbegreppets framväxt diskuterats. Dess praktiska användning är att det ger utgångspunkter för preventivt arbete genom att klargöra lokalsamhällets befolkningsstruktur och dess livsbetingelser.

För att samhällsdiagnosen skall bli en katalysator i ett dynamiskt förändringsarbete för bättre folkhälsa har en strategi byggd på människors egenförmåga och aktiva deltagande betonats. Erfarenheter av denna strategi i praktiskt hälsoarbete finns från några program i Sverige, kanske främst Norsjöprojektet. Likaså finns erfarenheter från kommunal planering. För att utveckla hälsoarbetet under 90-talet behöver dessa erfarenheter ytterligare befrukta varandra.

REFERENSER

1. *Svanström L, Haglund BJA.* Att förebygga – samhälls medicin i praktiken. Lund: Studentlitteratur, 1987.
3. *Haglund BJA, Svanström L.* Från epidemiologiska studier till hälsoutbildningsprogram på samhällsnivå. En historisk analys av preventiva strategier. *AllmänMedicin* 1986;7:38-41.
5. *Haglund BJA, Hedberg P, Holm L-E, Hydén E, Mårdsjö G, Svanström L.* Att förebygga hjärt-, kärl- och cancer sjukdomar. Rapport från studieresa i USA januari 1984. Sundbyberg: Landstingens hälsovård, Vårdcentralen Kronan, 1984. (Röd rapportserie nr 4)

7. *Farguhar JW, Maccoby N, Wood PD.* Community education for cardiovascular health. *Lancet* 1977;I:1192-5.
8. *Blackburn H.* Research and demonstration projects in community cardiovascular disease prevention. *J Public Health Policy* 1983;4:398-421.
9. *Morris JN.* Uses of epidemiology. Edinburgh: Churchill & Livingstone, 1975.
10. *King M.* Medical care in the developing countries. A symposium from Makerere. Nairobi: Oxford University Press, 1966.
11. *Bennet FJ.* Community diagnosis and health action. A manual for tropical and rural areas. London: Macmillan Press Ltd, 1979.
12. *Gideon H.* Making the community diagnosis – the point of departure for community health programmes. *Contact*, 1977, no 40.
13. *Haglund BJA, Svanström L.* Samhällsmedicin – en introduktion. Lund: Studentlitteratur, 1983:222-7.
22. *Jacobsen ET.* Nansengadekvarteret under lup. grundlaget för en sundhetsprofil. Köpenhamn: Dansk Sygehus Institut, DSI-rapport 89.03, 1989.
23. *Dever GEA.* Community health analysis. A Holistic Approach. Germantown: Aspen System Corporation 1980.
24. *Bracht NF.* The selection and use of community analysis methods in community – wide intervention programs: Experiences from the Minnesota Heart Health Project. In Haglund BJA, Tillgren P (Eds). *The Role of community analysis and focus groups in community intervention studies.* Stockholm: Stockholm County Council. Public Health publication series, 1986
28. *Swedner H.* Socialt arbete. En tankesamling. Lund: Liber förlag, 1983.
32. *Mårtensson B, Orrskog L.* Så vill vi göra't. Arbetsmetodboken. Stockholm: Statens råd för byggnadsforskning, 1984.
33. *Lindberg K, Hagelin M.* Social områdesbeskrivning – Alby. Stockholm: Socialtjänsten i Alby, 1987.
34. *Johnstone M.* Development of a community health programme. In: Rifkin SB (Ed). *The Human Factor. Readings in Health, Development and Community Participation.* Contact Special series 1980/3.
37. *Rifkin SB.* Health Planning and Community Participation, Case studies in South East Asia. London: Crom Helm, 1985.
38. *Brownlea A.* Grassroots initiative in health care: Urban and rural models that work. Brisbane: Griffith university, 1983.
39. *Oakley P.* Community involvement in health development. An examination of the critical issues. Geneva: World Health Organisation, 1989.

Fullständig referenslista kan erhållas från Bo JA Haglund, Inst för Socialmedicin, Kronan, 172 83 Sundbyberg.