

# Behovsanalys i lokalsamhället

Några erfarenheter utifrån Hälsoprofil Skaraborg 1977

**Anders Bolin**

**Bo Haglund**

**Sven-Olof Isacson**

Författarna diskuterar vikten av lokal kännedom om hälsoförhållanden och övriga levnadsvillkor som utgångspunkt för förebyggande hälsoarbete. Kommundiagnosen exemplifieras och den förebyggande ansatsen beskrivs med bland annat rökning och olycksfall som utgångspunkt.

Bo Haglund är biträdande hälsovårdsöverläkare vid hälsovårdsenheten i Skövde där Anders Bolin är utredare och Sven-Olof Isacson hälsovårdsöverläkare.

## Inledning

De socioekonomiska villkor som befolkningen lever under utgör huvudbetingelsen för uppkomst av hälsa eller ohälsa. Det gäller framför allt i ett internationellt perspektiv om vi ser till tredje världens folk men gäller även vårt västerländska samhälle (3, 8, 14).

För att kunna genomföra förebyggande insatser, förbättra folkhälsan, är lokal kännedom om sjukdomspanorama och sociala levnadsvillkor av avgörande betydelse. En effektiv sjuk- och hälsovårdsplanering hänger intimt samman med denna kunskap (1, 15).

.....  
*För att kunna genomföra förebyggande insatser, förbättra folkhälsan, är lokal kännedom om sjukdomspanorama och sociala levnadsvillkor av avgörande betydelse.*  
.....

## Nivåbeskrivning av hälsoproblem och sjukvårdsutnyttjande

I en behovsanalys är det viktigt att strukturera upp upplevda hälsoproblem, vårdbehov och vårdutnyttjande för att veta vad man mäter på olika nivåer. Detta ligger till grund för vilka åtgärder som bör genomföras och dessutom vilken organisatorisk lösning som skall väljas.

I figur 1 sammanfattas principerna i en modell. Här kommer vi framför allt att diskutera faktorer som påverkar befolkningens hälsoförhållanden och beskriva en analysmodell för orsaker till hälsoproblem via kommundiagnoser.

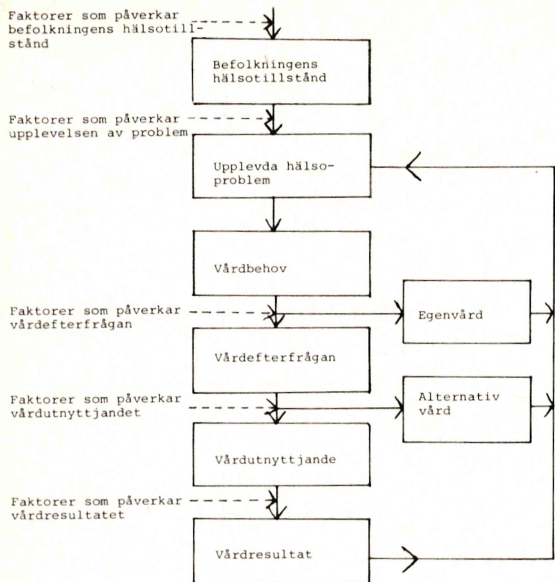
## Registerdata i lokalsamhället

Tillgängliga registerdata på den översta nivån utgöres av dels orsaks- eller organisationsinriktad statistik och dels befolkningsorienterad statistik och utvecklas av Rosén (16) på annan plats i numret.

## Diagnosprocess i lokalsamhället

Bland befolkningsorienterade registerdata kan också inräknas statistik från enkäter och intervjuer om hälsotillstånd och sjukvårdskonsumtion. På rikspanet i Sverige utgör Statistiska Centralbyråns årliga levnadsnivåundersökningar (ULF-undersökningar) ett exempel. Dessa tillåter pga urvalsstorleken idag ej nedbrytning till primärkommunnivå. Undersökningen Hälsoprofil Skaraborg utgör därför en förlängning och tillåter jämförelser mellan kommuner och slutsatser om förhållanden inom kommuner.

Figur 1. Nivåstrukturering av hälsoproblem. Från befolkningens hälsotillstånd till vårdresultat.



I figur 1 i föregående artikel (Eriksson, Haglund 1981) sammanfattades den arbetsmodell som vi använt oss av för att ställa kommundiagnosen (7).

Analysen i relationen samhällsprofil och hälsoprofil, knutpunkten i figuren, ger möjligheter till en diagnos som anvisar vägar till åtgärdsprogram. Samhällsprofilen är styrande vad gäller utformningen av åtgärdsprogrammet.

Modellen har sina begränsningar. Den ger en kvantitativ problembeskrivning och anvisar vägar för åtgärdsprogram. För att beskriva utformning, innehåll samt utvärdering av ett åtgärdsprogram behöver man utvidga modellen (4, 5, 7).

### Material och metodik

Hälsoprofil Skaraborg är en tvärsnittsstudie som genomfördes våren 1977, huvudsakligen med enkät-

Undersökningen Hälsoprofil Skaraborg utgör därför en förlängning och tillåter jämförelser mellan kommuner och slutsatser om förhållanden inom kommuner.

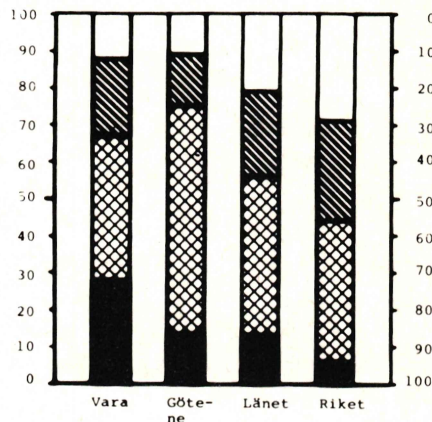
metodik på ca 8 000 slumpvis utvalda skaraborgare i åldern 25-75 år. Den viktigaste anledningen till studien var att få basdata före genomförandet av ett hypertoni-vårdprogram i länet men samtidigt gjordes en beskrivning avseende en mängd data som kan utgöra indikatorer på länsbefolkningens hälsotillstånd och hälsomedvetande (2).

Populationsstorleken styrdes av att urvalet skulle vara representativt både för länet och för varje kommun, så att kommunjämförelser var möjliga. Material och metodik har redovisats utförligare tidigare (9, 10).

### Samhällsprofiler

Ålder och könsstrukturen varierar betydligt beroende på vilken nivå man studerar. Skaraborgs län har högre andel äldre än Sverige för övrigt. I länet föreligger också en lägre andel verksamma inom offentlig sektor. Inom tillverkningsindustri och jordbruk

Figur 2. Förvärsarbetande dagbefolkning (20-w tim) efter näringsgren 1975-11-01. Vara, Götene jämfört med länet och riket. (%)



(Källa: FoB 1975)

- Offentlig förvaltning
- Handel + samfärdsel + privata tjänster
- Tillverkningsindustri + Byggnadsverksamhet
- Jordbruk och skogsbruk



däremot finns en högre andel.

Om vi går ner till kommunnivå finns det relativt stora skillnader mellan kommunerna. Vissa kommuner har betydligt högre andel äldre, andra högre andel i yrkesverksam ålder och yngre.

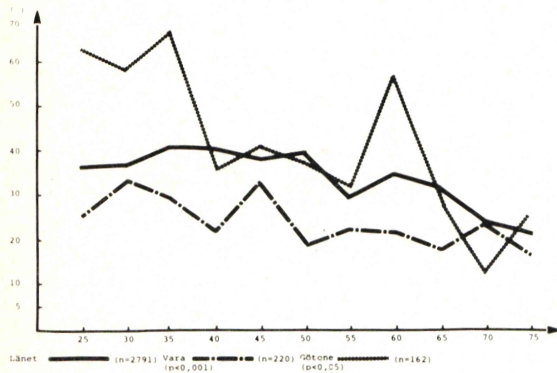
Åldersstrukturen samvarierar med näringsstrukturen på kommunnivå. I kommuner med hög andel verksamma inom jordbruk föreligger också högre andel äldre. I industrikommuner finns på motsvarande sätt fler i yrkesverksam ålder samt i yngre åldrar. I figur 2 jämförs två kommuner som utgör extremer. Vara är en av de största jordbrukskommunerna i länet och Götene en utpräglad industrikommun.

### Hälsoprofiler, utgångspunkten för preventivt arbete

För att se om systematiska skillnader föreligger mellan kommunerna har testningar för olika variabler genomförts, där varje kommun jämförts med länet för övrigt. Stora skillnader har därvid framkommit, bl a beträffande rökvanor.

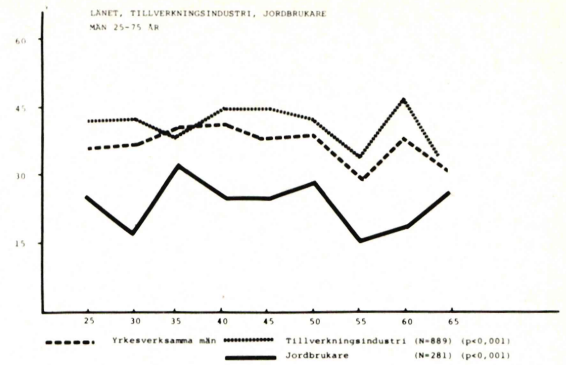
Extremkommuner med lägre respektive högre andel dagligrökare för män är Vara och Götene vilka redovisas i figur 3.

Figur 3. Hälsoprofil Skaraborg 1977 röker dagligen, länet, Vara kommun. Götene kommun. Män 25-75 år.



Skillnader i rökvanor mellan två kommuner kan till stor del förklaras av demografiska skillnader.

Figur 4. Röker dagligen i yrkesverksam ålder, länet, tillverkningsindustri, jordbrukare, män 25-75 år

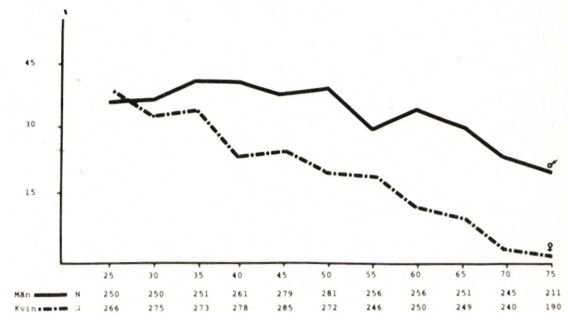


Industriarbetare röker betydligt mycket mer än övriga män i yrkesverksam ålder och jordbrukare mindre, vilket redovisas i figur 4.

Fynden överensstämmer väl med andra studier (11, 12, 13, 17, 18). Skillnader i rökvanor mellan de två kommunerna kan till stor del förklaras av demografiska skillnader.

I figur 5 redovisas rökvanorna i länet.

Figur 5. Röker dagligen, länet, män och kvinnor



Allt fler röker i yngre åldrar vilket gäller framför allt kvinnor. Resultaten som redovisats visar på att vi på länsnivå borde försöka förändra rökvanor hos yngre individer och då framför allt hos yngre kvinnor.

Resultaten som redovisats visar på att vi på länsnivå borde försöka förändra rökvanor hos yngre individer och då framför allt hos yngre kvinnor.

nor. I Vara borde målsättningen vara att vidmakthålla en låg rökfrekvens medan man i Götene skulle koncentrera anti-rökpropagandan på män verk samma inom industri, där 60–65 procent röker i yngre åldersgrupper.

### Kommundiagnostik – ett exempel

Som avslutning vill vi ta upp ytterligare några variabler som avspeglar ohälsa eller beteendevanor som kan ge upphov till ohälsa. Med utgångspunkt från "hälsoprofiler" har vi valt ut några variabler som avviker i Vara kommun (figur 6).

Figur 6. Kommundiagnos, Vara ett exempel

Bred pil uppåt betyder signifikant fler, nedåt signifikant färre ( $p < 0,05$ ). Smal pil uppåt resp nedåt tendenser ( $0,05 < p < 0,1$ ) till fler resp färre i kommunen.

Profil	Variabel	Män	Kvinnor
Soc ekonom förhållanden	Ogift	↑	-
	Utbildning	↓	↓
	Hemmafruvar	-	↑
	Jordbrukare	↑	↑
Arbetsförhållanden	Kroppsligt ansträngande	↑	↑
	Viktindex	↑	↑
	Systoliskt blodtryck	-	-
Hälsokontrollvariabler	Diastoliskt blodtryck	↑	-
	Rökning	↓	-
	Motion	↓	↓
Beteendevariabler	Allmän trötthet	↓	-
	Yrsel	-	↑
	Hemorroider	-	↑
Vårdutnyttjande och läkemedelskonsumtion	Besökt läkare	↓	-
	Besökt distrikts-sköterska	-	↑
	Sökt läkare p g a olycksfall	↑	↓
	Smärtstillande medicin	↑	-
	Järnmedicin	-	↑
Alternativ vård	Kiropraktikerbesök	↑	↑

.....  
 Både den högre andelen olycksfall och också en högre andel läkemedelskonsumtion av smärtstillande medel kan sannolikt tillskrivas arbetsvillkoren med hårt kroppsarbete och förslitningssymtom.  
 .....

Samhällsprofilen i Vara karaktäriseras av att man har en hög andel sysselsatta inom jordbruk. Åldersstrukturen karaktäriseras av en hög andel i äldre åldrar och en relativt sett lägre andel i yrkesverksam ålder. Man har vidare en låg förvärvsverksamhet bland kvinnor. För män gäller också att de har hårdare arbetsvillkor än män i övriga delar av länet. För både män och kvinnor gäller att man har en lägre utbildningsnivå. För män gäller också att de i högre grad är ungarlarlar.

Om vi ser till hälsoprofilen framkommer för män att dessa har övervikt i högre grad än för övriga män i länet. De har vidare också ett förhöjt diastoliskt blodtryck. Männerna har vidare sökt läkare pga olycksfall under sista året i högre grad. Både den högre andelen olycksfall och också en högre andel läkemedelskonsumtion av smärtstillande medel kan sannolikt tillskrivas arbetsvillkoren med hårt kroppsarbete och förslitningssymtom. Män i Vara har en lägre sjukskrivningsfrekvens, mindre psykisk ohälsa och framför allt röker de mindre än länsgenomsnittet.

Den kvinnliga delen av befolkningen i Vara uppvisar ett annat mönster. Som männen arbetar de kroppsligt hårt. De har mera hemorroider. De har mera yrselbesvär. Ingen avvikelse föreligger jämfört med länsgenomsnittet vad gäller kvinnornas rökvanor.

Åtgärder som bör diskuteras mot den här bakgrunden är förhållanden som leder till övervikt och förhöjt blodtryck hos männen i Vara. Vidare bör ett förebyggande program för att minska olycksfallen också vara angeläget i kommunen. Det bör också vara viktigt att undersöka närmare vilket beteende den yngre generationen i Vara valt vad gäller rökvanor. Röker de i liten utsträckning som fäderna eller röker de som mödrarna?

Mot den här bakgrunden bör det också vara lät-



Vidare bör ett förebyggande program för att minska olycksfallen också vara angeläget i kommunen.

tare att genomföra generella restriktioner mot tobaksbruk i tex offentliga lokaler i Vara jämfört med Götene.

### Konklusion

En kommundiagnos, som exemplet Vara antyder, kan utgöra en utgångspunkt för inriktningen av ett hälsoarbete i lokalsamhället. Kompletterat med annat epidemiologiskt basarbete bedrivet av hälso- och sjukvårdspersonal i lokalsamhället utgör den en mycket betydelsefull utgångspunkt för fortsatt planering. Experten på kommundiagnosen bör i framtiden vara distriktsläkaren i lokalsamhället. Socialmedicinsk och epidemiologisk expertkunskap på länsnivå utgör i ett framtidsperspektiv en nödvändighet. Principerna för hälsoarbetets utformning i en kommun redovisas i annat arbete (6).

### REFERENSER

1. *Allander E*: Vård vid vändpunkt. En översikt över aktuell vårdforskning. Stockholms läns landsting, 1976.
2. *Berglund G, Isacsson S-O, Rydén L*: Vårdprogram för högt blodtryck i Skaraborgs län. December 1976. Publicerad i *Spri spec publ S 52*, 1977.
3. *Bergström S, Haglund B, Xaba-Mokoena M*: Hälso- och sjukvård i Sydafrika. *Läkartidningen* 76: 1189–1194, 1979.

4. *Bolin A, Svanström L*: Några metodproblem vid analys av vårdssystem. *Samhällsvetenskaplig forskning i öppen vård*. Dalby, 1978.
5. *Bolin A o a*: Kommunbaserad hälsovård. Landstingets hälsovård. Skövde 1980.
6. *Bolin A, Haglund B*: Inför satsningen på förebyggande arbete i primärvården. Erfarenheter och synpunkter. *Socialmedicinsk tidskrift* nr 4–5, 1981.
7. *Eriksson C-G, Haglund B*: Vad är en kommundiagnos? *Socialmedicinsk tidskrift* nr 4–5, 1981.
8. *Haglund B*: Ohälsa i u-land. Ett försök till analys av hälsans underutveckling. *Socialmedicinsk tidskrift* 8–9, 1977.
9. *Haglund B, Isacsson S-O red*: Hälsoprofil Skaraborg 1977. Projekt rapport. Landstingets Hälsovård 1980.
10. *Haglund B, Isacsson S-O red*: Kommundiagnostik. Basen för förebyggande arbete. Erfarenheter från tvärsnittundersökningen Hälsoprofil Skaraborg 1977. Under tryckning 1981.
11. *Holme I, Helgeland A, Hjermann I, Lund-Larsen P-G, Leren P*: Coronary Risk Factors and socio-economic status. The Oslo study. *The Lancet* Dec. 25, pp 1396–1397, 1976.
12. *Holme I, Helgeland A, Hjermann I, Lund-Larsen P-G, Leren P*: (a) Coronary Risk factors in various occupational groups: The Oslo study. *British Journal of preventive and social Medicine* 31: 96–100, 1977.
13. *Holme I, Helgeland A, Hjermann I, Lund-Larsen P-G, Leren P*: (b) Koronare riskfaktorer og socioökonomisk status. Oslo-undersökelsen. *Tidskrift for den Norske Laegeforening* nr 27, sid 1380–1382, 1977.
14. *McKeown T*: The role of medicine. Dream mirage or nemesis. The Nuffield Provincial Hospitals Trust, London 1976.
15. *Newell K W*: Health by the people. From "Health by the people". WHO, Geneva 1975.
16. *Rosén M*: Kan vi kartlägga den lokala befolkningens hälsoförhållanden? *Socialmedicinsk tidskrift* nr 4–5, 1981.
17. *Williams R R, Horm J W*: Association of cancer sites with tobacco and alcohol consumption and socioeconomic status of patients: interview study from the third national cancer survey. *J Natl cancer inst.* 58 (3): 525–547 mars 1977.
18. *Wynder E L, Stellman S O*: Comparative epidemiology of tobacco-related cancers. *Cancer Res.* 37 (12) : 4608–4622 dec 1977.