

Socialmedicin för säkerhets skull 1954 - 2024

Del 1: Pionjärerna

Bjarne Jansson

Bjarne Jansson, senior professor, socialmedicin, Karolinska Institutet.

E-post:jansson.bjarne@gmail.com.ORCID: 0000-0002-2461-6059

Presentationen beskriver utvecklingen från Berfenstams och Ehrenpries initiativ år 1954 om förebyggande av barnolycksfall och skadeforskningen i Lund via Skaraborgs hälsovårdsarbete till Karolinska Institutet och den internationella etableringen av säkra och trygga kommuner (Safe Communities). Verksamheten kännetecknas av ett arbete både på lokal, regional och nationell nivå. I fokus har varit en gränsöverskridande epidemiologisk och primärpreventiv samverkan mellan socialt arbete, socialmedicin och teknik.

Of interest is the very early initiative in Uppsala, year 1954 by Berfenstam and Ehrenpries on the importance of reducing injuries among children. It was the start of a national safety program. Later on (year 1958) at the department of social medicine, Lund University a program on farm occupational hazards and work related injuries was implemented. The experiences were transferred (year 1976) to the Community Health Unit at Skaraborg county. A community intervention research program was launched using a trial and a control area including all patients treated at trauma care centers. The intervention program included children, home, elderly, school, work and sports injuries. The results showed a significant reduction among children and the overall population in the trial area. The model was transferred to the Stockholm County, as part of the health and safety programmes at the department of social medicine.

Den inledande artikeln beskriver utvecklingen från Berfenstams och Ehrenpries initiativ år 1954 om förebyggande av barnolycksfall och skadeforskningen i Lund via Skaraborgs hälsovårdsarbete till Karolinska Institutet. I artikel 2 ges en presentation av säkra och trygga kommuner "Safe Communities" som ett av WHO:s program och den internationella masterutbildningen i injury prevention and safety promotion. I artikel 3 redovisas institutionens traumaforskning och forskargruppernas inriktning. I artikel 4 beskrivs ett samarbete mellan forskargrupper från KTH och KI inom området innovationer för säkerhet och ergonomi. Flera artiklar inom området är publicerade i SMT, perioden 1980 – 2011.

Socialmedicinsk skadeforskning - en historik

Barnolycksfall

En av förgrundsgestalterna i arbetet för en ökad barnsäkerhet var barnläkaren och professorn i socialmedicin i Uppsala Ragnar Berfenstam (1). Tillsammans med barnkirurgen Theodor Ehrenpries och Ulla Bonde vid Röda Korset bildades Samarbetskommittén mot barnolycksfall år 1954. En viktig insats som kraftigt bidrog till att minska antalet barnolycksfall. Kommittén ersattes år 1980 av Barnmiljörådet. Han inspirerade flera andra socialmedicinare att engagera sig i det säkerhetsfrämjande arbetet som barnläkaren Lars H. Gustafsson som redovisade sociala skillnader i skaderisker bland barn (2). Signifikativt för både Berfenstam och Gustafsson var vikten av en noggrann epidemiologisk analys av händelseförloppet och platsen för skadan. Båda förespråkade även en balans mellan barns behov av "äventyrslekar" i förhållande till skaderisker. Det preventiva arbetet skulle fokusera mer på de allvarliga riskerna för svåra skador. Flera uppföljande analyser av dödsorsaksregistret visar på en kraftig nedgång av antalet skador med dödlig utgång bland barn (3).

Arbetskador och fallolyckor

Lunds universitet byggde upp ett forskningscenter kring lantbrukets arbetsmiljö med fokus på skador och ergonomiskt relaterade belastningssjukdomar och kemikalieexponering (4). Professor Gunnar Lindgren tillhörde den första generationen av socialmedicinare i Sverige; installerad vid medicinska fakulteten, Lunds Universitet, 1959. Lindgren blev en pionjär när han 1968 initierade Jordbrukets Socialmedicin i samarbete med Jordbrukets skyddspropaganda. I ett 40-tal publikationer har både olycksfall och ergonomiska problem samt förgiftningsrisker redovisats (5). Ett samarbete startades med fokus på tillämpning av epidemiologisk analys (6). Leif Svanström antogs som doktorand och ingick i en tvärvetenskaplig grupp för analys av trappolycksfall (7). En annan av Lindgrens doktorander, Anders Thelin, kunde i sin avhandling påvisa att incidensen av hjärt-kärlsjukdomar och cancer var väsentligt lägre hos jordbrukare. Däremot var olycksfallsincidensen högre än riksgenomsnittet. Detta kunde påvisas även i en av avhandlingarna från Falköpingsprogrammet. Forskningen i Lund om lantbrukets hälsoproblem påverkade LRF:s beslut 1976 att starta en riksomfattande företagshälsovård för lantbrukare – Lantbrukshälsan.

I början av 1970-talet kom arbetsmiljön alltmer i fokus för forskningen. En forskargrupp från Malmö/Lund bildades under ledning av Svanström från Socialmedicin för att analysera arbetslivets olycksfallsskador. Gruppen bestod av forskare från Institutionen för Industriell Organisation vid Lunds Tekniska Högskola och Institutionen för Arkitektur, Lunds Tekniska Högskola (8). En styrgrupp

bildades med representanter från SAF, TCO, Yrkesinspektionen, Arbetskyddsstyrelsen, Arbetskyddsfonden, Arbetsstilsynet i Köpenhamn, de kirurgiska klinikerna, ortopediska kliniken och ögonkliniken vid Malmö Allmänna Sjukhus. Gruppen genomförde 1974 en epidemiologisk undersökning av akutpatienter omhändertagna vid Malmö allmänna sjukhus som drabbats av olycksfall i arbetet (9). Resultatet bidrog även till utveckling av en epidemiologisk analysmodell (10).

Skaraborgs olycksfallsprogram

I och med att Svanström utsågs till t.f. hälsovårdsöverläkare vid Hälsovårdsenheten i Skövde överfördes erfarenheterna från utvecklingsarbetet i Lund till Skaraborgs län. Skaraborgsperiodens betydelse för socialmedicinens forskning kring olycksfall var unik även i ett internationellt perspektiv. Den medgav en möjlighet till ett ”befolkningsbaserat” laboratorium för olycksfallsforskning. Vid den samhällsmedicinska enheten ”Hälsovårdsenheten” i Skövde framtogs därför en forskningsplan som underlag för ett lokalt aktionsforskningsprojekt (12). Forskningen kom senare att ligga till grund för uppbyggnaden av det internationella WHO ”Safe Community” programmet. Falköpingsprojektet byggde på en kvasi-experimentell fall-kontroll design och en aktionsforskningsmodell för mobilisering av en hel kommun (12). I grunden ett samhällsarbete med rötter i anglosaxisk tradition (community development, community work, community participation). Det var en konsensusbaserad modell med en ”top-down” struktur där mobilisering och samverkan är nyckelbegreppen. Den här typen av aktionsprogram innebar en utvidgning och en förstärkning av redan pågående säkerhetsarbete genom att tillföra ny kunskap från akutsjukvården. Exempel var nya samarbetsformer och bildande av ”koalitioner” mellan olika intressegrupper. Vid skador utan uppsåt så finns det ofta en allmän acceptans att vara med och påverka. Hälsoproblemet i sig är inte kontroversiellt jämfört med mer beteenderelaterade problem knutna till t ex. tobak och alkohol. De flesta har en egen erfarenhet av lindriga eller mer allvarliga skador. Data från kartläggningen från akutsjukvården hade ett stort nyhetsvärde både för lokalbefolkningen men också för skadeforskningen. Det var första gången en undersökning av personskador behandlade inom akutsjukvården i en totalbefolkning genomförts. Under planeringen framtogs flera underlagsrapporter (12 - 16).

Ett olycksfritt Falköping

Programmet bestod i huvudsak av sex olika faser: i) datainsamling från akutsjukvården ii) uppbyggnad av en lokal organisation, iii) mass-kommunikation, iv) skyddsutbildning av nyckelgrupper; v) riskanalyser och implementering av olika skyddsåtgärder och vi) fortlöpande utvärdering. Arbetet med att bygga

upp en lokal organisation startade med en inledande föreläsning av hälsovårdsöverläkaren Sven-Olof Isacson ”Isac” inför en fullsatt hörsal av chefer inom den kommunala förvaltningen och ledande politiker. Isac gick igenom dödsorsaksstatistiken och betonade att skador bidrog till flest förlorade levnadsår. Därefter introducerades ambitionen att starta upp en ledningsgrupp som skulle ha ansvaret för ett kommunbaserat program för att minska skadorna i kommunen. Mötet var avgörande för möjligheten att engagera nyckelpersoner i kommunen. Det beslutades att vid nästa möte träffas i kommunhuset och starta upp arbetet. Den ledande politikern från centerpartiet deltog vid detta möte och ställde sig bakom satsningen. Data från kartläggningen diskuterades i mindre grupper och vilka riskgrupper och miljöer som skulle prioriteras. Operativa grupper konstituerades och startade upp diskussioner och presenterade förslag på åtgärder. Det rådde en stor entusiasm i gruppen. Beslutades att en referensgrupp skulle bildas som ansvarig för programmet. Till ordförande i referensgruppen utsågs hälsovårdsöverläkaren Sven-Olof Isacson som ansvarade för arbetet under de två första åren, vilket enligt min bedömning starkt bidrog till den stora uppslutningen och resultaten. I gruppen ingick cheferna för de kommunala förvaltningarna som gatukontoret, socialkontoret och fastighetskontoret. I gruppen ingick också skyddsingenjörer från företagshälsovården och lantbrukshälsan, personal från akutmottagningen, Röda Korset, läkare från vårdcentralen, en journalist från lokaltidningen och representanter för pensionärsföreningen och hyresgästföreningen. Vi hade månatliga möten med den stora gruppen och mer frekventa möten med de mindre grupperna. I programmet deltog en journalist i varje möte med referensgruppen som publicerade en helsida med programmets olika åtgärdsförslag. Till varje artikel bifogades en ”logo” med texten ”Ett olycksfritt Falköping” i lokaltidningen. En teckningslärare från gymnasiet tog fram en layout till olika affischer som skulle sättas upp i kommunen. (Han hade personligen råkat ut för ett blixtnedslag på en fotbollsmatch.) Ett omfattande datainsamlingsarbete krävdes av både den centrala enheten (HVE) och personalen inom sjukvården. De första analyserna visade på en del för området specifika typer av skador beroende på kommunens industri- och jordbruksstruktur. Den vetenskapliga delen ansvarade Svanström för. Han rekryterade fyra doktorander för att analysera och utvärdera programmet.

Den inledande *informationskampanjen* innehöll utställningar, affischer och teaterföreställningar. Här ges några exempel. En permanent utställning på BVC om skaderisker bland barn och visning och demonstration av lämplig skyddsutrustning. Under BVC-sköterskornas hembesök användes ett riskanalys-instrument i form av checklistor med information om risker i olika åldrar. En skyddsron d i hemmet genomfördes. Faktapärmar distribuerades till varje BVC-mottagning som innehöll information om test av leksaker mm. När föräldrarna lämnade BB

fick de gratis låna en barnbilstol. En barnvagnsaffär tog hem barnsäkerhetsprodukter och försäljningen ökade kraftigt. Till industrierna i kommunen togs fram en specifik affisch som innehöll information om de vanligaste arbetsskadorna (ögon-, kläm- och fallskador) som behandlats vid sjukhusets akutmottagning. Två skyddspärmar distribuerades till företag och lantbruk (17,18). Samtliga fastighetsägare fick information om säkerhet vid takarbete.

Utbildningsdelen innehöll studiedagar för personalen inom BVC, förskola, familjedaghem och distriktssköterskor. I föräldrautbildningen infördes information om skaderisker bland barn. Särskild satsning på kontroll av kommunens lekplatser. Även studiedagar för grundskolans personal och en särskild reflexkampanj där 7-åringar fick reflexer. Mörkerövningar genomfördes med årskurs 2 och 4. Utvärderingen visade på en hög användning både bland barn och äldre. Utbildningsdagar arrangerades för distriktssköterskor, personalen vid äldreboenden och inom hemtjänsten samt pensionärsorganisationerna. En 3-dagars utbildning för personalen inom företagshälsovården i riskanalys genomfördes med stöd av två forskare från KTH (Urban Kjellén och Tore Larsson) och två forskare från Arbetskyddsstyrelsen om tillbudsrapportering och ISA-olycksfallsregister (Ewa Menckel och Ragnar Andersson). Båda lade fram sina avhandlingar som ett samarbete mellan KI och ASS. Flera yrkeskategorier deltog som skyddsingenjörer, yrkesinspektörer, skyddsombud, arbetsledare och skyddskontaktmän inom lantbruket. En rapport från utbildningen distribuerades till skyddsombuden (19). I syfte att bidra till en fortsatt uppmärksamhet kring lantbrukets hälsoproblem formulerades ett åtgärdsprogram för både hem- och arbetsolycksfall (20). Barn boende på lantgårdar utgör en särskild riskgrupp (21). I skogsarbetet inträffade de allvarligaste skadorna (22). En längre skyddsutbildning vid skogsarbete för lantbrukare genomfördes som en del av lantbruksstudien (23, 24). En internationell jämförelse genomfördes med stöd av Arbetsmiljöfonden (25).

I arbetet med *riskanalys och tillsyn* av olika miljöer användes checklistor som distribuerades till lantbruket, skolan och äldreomsorgen. De publicerades också i lokaltidningen samtidigt med att de sändes ut. Även särskilda skyddsronder genomfördes i bostadskvarter, förskolor och daghem. En hel del produkter fick bytas ut som inte fyllde säkerhetskraven. Även lekplatserna hade stora brister. En satsning på ombyggnad av en olycksdrabbad vägkorsning gjordes. Kommunens vägföreningar inventerade risker i vägnätet. Vilket ledde till en satsning på nya cykel- och gångbanor. När allt var på plats så gavs fortsatt stöd till verksamheten från HVE med utbildnings- och faktamaterial.

Resultaten var lovande med tydligast effekt på skador bland förskolebarn. Även viss påverkan på skador bland äldre och inom arbetsmiljön. Efterhand kunde vi avläsa i akutsjukvårdsmaterialet att särskilt skador bland barn i förskoleåldern minskade väsentligt jämfört med kontrollkommunen Lidköping. Ana-

lyserna visade på en total minskning med 23 procent jämfört med Lidköping. En uppföljande analys år 1982 visade på en ytterligare minskning. Varje delområde resulterade i både landstingsrapporter och doktorsavhandlingar. Bo Jacobsson studerade skador bland barn och ungdomar uppdelat på skolmiljön, hemmet, trafikmiljön, idrottsskador och arbetsolycksfall. Lothar Schelp redovisade rapporteringssystemets uppbyggnad och resultatet från hem- och arbetsolycksfall. Bjarne Jansson granskade kvaliteten i datainsamlingen (injury surveillance system) och skador inom lantbruket, både hem- och arbetsmiljön. Marianne de Loes analyserade idrottsskadorna inom 17 olika idrottsgrenar.

Modellen spreds sedan vidare först till kontrollkommunen Lidköping som startade upp ett liknande åtgärdsprogram med fokus på skador bland barn och äldre. En analys av programmets innehåll och effekter presenterades i rapporter till kommunledningen. Därefter inriktades fokus på trafikmiljön och skador i samband med cykelåkning bland barn. Även detta presenterades i kommunrapporter och artiklar. Ett åtgärdsprogram för skador bland äldre initierades av Maj Ader som fortfarande pågår men har reviderats under åren. Numera ingår skadorna i ett mer brett folkhälsoarbete. Kommunen har också ett erfarenhetsutbyte med både svenska och utländska kommuner inom området.

Socialmedicin, Stockholms läns landsting

Efter Svanströms installation som professor vid KI i Stockholm initierades ett liknande landstingsbaserat skadeförebyggande program under ledning av Gunilla Bjärås som redovisade innehållet i flera landstingsrapporter (26, 27). Tillsammans med ortopederna Acke Alberts framtog ett för länet anpassat registrerings-system inom sjukvården (28). En KI-enhet bildades med Ragnar Andersson som chef för planering, forskning och utvärdering med stöd av professorn i ortopedi Ian Goldie och professorn i neurokirurgi Hans von Holst. Lokala program implementerades i flera kranskommuner som t ex Nacka. Samtidigt bildades ett svenskt nätverk med stöd av ett nationellt program som byggdes upp inom Socialstyrelsen under 1980-talet. Det flyttades till Folkhälsoinstitutet 1992 och vidare till MSB räddningsverket 2002 men utvecklades 2006. Motala kommun får betraktas som det mest genomarbetade och uthålliga programmet under ledning av professorn i folkhälsovetenskap Kent Lindqvist (29). Även Falun har satsat långsiktigt på det förebyggande arbetet enligt Falköpingsmodellen. Med utgångspunkt i dessa erfarenheter lyckades Svanström engagera WHO i en internationell satsning att sprida de svenska erfarenheterna och till skapa en plattform för arbetet. Satsningen fick beteckningen ”Safe Communities” och är ett nätverk av kommuner som ges stöd från KI att starta och utveckla det förebyggande arbetet. I artikel 2 redovisas detta arbete från starten 1989 och framåt. Resultaten finns redovisade både som rapporter och vetenskapliga avhandlingar.

Sammanfattningsvis så visar erfarenheterna vikten av att samverka mellan lokalsamhället och akademien. På så sätt kan ett evidensbaserat förebyggande arbete garanteras med en långsiktig och uthållig integrerad verksamhet.

Referenser

Artiklar och rapporter

1. Berfenstam R, et al. Barnolycksfall i Stockholm år 1955. *Läkartidningen*, 1957;54(24):1950 - 73).
2. Gustafsson L.H. Så skadas barn. Epidemiologiska studier av olika faktorerers betydelse för uppkomsten av barnolycksfall (Ak. Avh.), Uppsala, 1975.
3. Jansson B, de Ponse Leon A, Ahmed N, Jansson V. Why does Sweden have the Lowest Childhood Injury Mortality in the World? The Roles of Architecture and Public Pre-school Services. *Journal of Public Health Policy* 2006; 27 (2):146 - 165.
4. Lindgren G. Mekaniseringen inom jordbruket har medfört nya hälsorisker. *Socialnytt* 1973; 6:1 - 4.
5. Lindgren G. Institutionen för Socialmedicin Lund-Malmö 1958 – 1980. *Sydsvenska medicinhistoriska sällskapets årsskrift*. 1990 (suppl) 13: 20 - 66.
6. Lindgren G, Svanström L. Från beteendemodeller till epidemiologiska modeller inom olycksfallsforskningen. *Läkartidningen* 1974;71: 2989 - 91.
7. Svanström I. Fall i trappa. En epidemiologisk olycksfallsstudie. (Ak avh.) Lunds universitet, Lund, 1973.
8. Andersson R, Svanström L. Olycksfall i arbete – analys och åtgärder, Malmö, 1981.
9. Andersson R, Johansson B, Lindén K, Svanström K och Svanström L. Olycksfall i arbetsmiljö. Utveckling av en forskningsmodell. *SMT* 1975;3: 1 - 10.
10. Andersson R, Johansson B, Lindén, K, Svanström K, och Svanström L. Olycksfall i arbetsmiljö. En epidemiologisk undersökning i Malmö. *SMT* 1975; 3: 212 - 17.
11. Svanström L. Olycksfallsepidemiologi – behov av deskriptiva studier och utvecklad teori. *SMT* 1981;2: 115 - 120.
12. Nyström, M, Ström, L Svanström K & Svanström, L. Försök med olycksfallspreventiv verksamhet i en kommun, projektplan nr. 13. Skaraborgs läns landsting, Hälsovårdsenheten, 1976.
13. Schelp L, Svanström L, Svanström K. Att registrera olycksfall. Hälsovårdsenheten, Rapport blå serie nr 4, Skövde, 1978.
14. Nyström M, Svanström L. Att analysera arbetsolycksfall, Hälsovårdsenheten, rapport i blå serie nr 5, Skövde, 1979.
15. Schelp L, Svanström K, Svanström L. Olycksfallsprevention på kommunnivå. *SMT* 1981;9: 488 - 93.
16. Schelp L, Svanström K, Svanström L. Olycksfall i Falköpings kommun år 1978. Hälsovårdsenheten, Rapport i grön serie nr 13, Skövde, 1979.
17. Jansson B, Schelp L. (red.). Utbildning om arbetsolycksfall. Hälsovårdsenheten, rapport i blå serie nr. 7. Skövde, 1982.
18. Jansson B. Skyddspärm för lantbruket - arbetsolycksfall. Hälsovårdsenheten, rapport i blå serie. Skövde, 1982.
19. Jansson B. Skyddspärm för industrin - arbetsolycksfall. Hälsovårdsenheten, rapport i blå serie. Skövde, 1982.
20. Jansson B. Att förebygga arbetsolycksfall - åtgärdsprogram för industri och lantbruk. *SMT* 1983; 1:37 - 44.
21. Jansson B, Karlsson C. En epidemiologisk studie av hemolycksfall på 2 454 lantgårdar i Falköpings och Lidköpings kommuner år 1983. Samhällsmedicinska enheten, rapport i grön serie nr 4. Skövde, 1986.
22. Jansson B, Karlsson C. Arbetsolycksfall inom lantbruket - en epidemiologisk studie på 2 454 lantgårdar i Falköpings och Lidköpings kommuner år 1983. Samhällsmedicinska enheten, rapport i grön serie nr 5. Skövde, 1986.
23. Björklund A, Jansson B, Johansson B, Johansson I, Larsson L, Niklasson L, Palmér K-E, Sporrang Y. Endagskurser för lantbrukare i skyddsfrågor vid skogsarbete. Projektplan 1986:19. Samhällsmedicinska enheten, Kärnsjukhuset, Skövde, 1986.
24. Jansson B, Nicklasson L, Johansson I, et al. Säkerhet vid skogsarbete inom lantbruket. Samhällsmedicinska enheten, rapport i grön serie nr. 6. Skövde, 1986.
25. Jansson B. Förebyggande arbete inom lantbruket i USA. Rapport från en studieresa sommaren 1986. Karolinska institutet, socialmedicinska inst. rapport i röd serie. Sundbyberg, 1986.

26. Bjärås G. Förutsättningar för olycksfallsförebyggande arbete i Stockholms län. Grön rapport nr 112, Karolinska Institutet, Sundbyberg, 1985.
27. Bjärås G, Kriisa M, Svanström L. Olycksfallsförebyggande arbete hos äldre i Skarpnäck, Stockholm. Rapport i svart serie nr 6. Landstingets hälsovård, 1983.
28. Jansson B, Alberts KA. Epidemiologisk bevakning av skador genom yttre våld och förgiftning via akutsjukvården i Stockholms län. Rapport i orange serie, Hälsoprogramenheten, Landstinget, Sundbyberg, 1990.
29. Lindquist K. En olycksfri kommun: kartläggning och förebyggande av olycksfall i Motala kommun. Östergötlands landsting, Motala, 1983.

Doktorsavhandlingar

- Gustafsson LH. Så skadas barn. Epidemiologiska studier av olika faktors betydelse för uppkomsten av barnolycksfall, Uppsala universitet, Uppsala, 1975.
- Svanström L. Fall i trappa. En epidemiologisk olycksfallsstudie. Lunds universitet, Lund, 1973.
- Jacobsson B. Accidents among children and teenagers in a swedish rural municipality. Karolinska Institutet, Solna and Sundbyberg, 1986.
- Schelp, L. Epidemiology as a basis for evaluation of a community intervention programme on accidents. Karolinska Institutet, Solna, 1987.
- Jansson, B. A system for injury surveillance in Swedish emergency care as a basis of injury control. Studies on epidemiology of injuries in agriculture. Karolinska Institutet, Solna, 1988.
- deLoes, M. Risk exposure and incidence rates of acute injuries from sports and physical exercise in a total population. Karolinska Institutet, Solna, 1989.
- Ekman, R. Injuries in Skaraborg county, Sweden. Karolinska Institutet, Stockholm, 1996.
- Bjärås G. Community diagnosis, participation and leadership: studies of a Swedish injury prevention program. Karolinska Institutet, Stockholm, 1992.
- Lindquist K. Towards community-based injury prevention: the Motala model. Linköpings universitet, Linköping, 1993.