

Hälsovårdsenheten som förebild eller inspiration

- om att förverkliga en unik hälsoplan

Bjarne Jansson

Bjarne Jansson, senior professor, socialmedicin, Karolinska Institutet.

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

Sjukvårdsdebatten i Skaraborg präglades under 1960-talet av en förskjutning mot en ökad satsning på primärvård och hälsovård. Det konstaterades att många sjukdomar och riskfaktorer bättre kunde påverkas i ett tidigare skede genom primärpreventiva metoder i lokalsamhället. En unik Hälsoplan både i tid och till innehåll beslutades av den politiska ledningen. Parallellt påbörjades en utbyggnad av primärvården där hälsovården skulle vara en integrerad del. Socialmedicin vid Lunds universitet hade bedrivit forskning inom området och engagerades i uppbyggnaden av en ny enhet – Hälsovårdsenheten. Syftet var utveckla epidemiologiska metoder och evidensbaserade förebyggande åtgärder till nytta för länets sjutton kommuner. En översikt av de politiska besluten och det förebyggande utvecklingsarbetet presenteras.

It was a fortune timing in the beginning of 1970s between health politics at Skaraborg county and social medicine at Lund university, which contributed to the development of local public health work. The novel health plan was operationalized by the establishment of a Community Health Unit. The unit developed during the period 1972 – 1987 epidemiological tools and evidence based local health prevention projects on relevant risk factors. An overview of the political considerations and the following results is presented.

Landstingets hälso- och sjukvårdspolitik

För att förstå tillkomsten av Hälsoplanen och Hälsovårdsenheten kan det vara av värde att studera innehållet i flera landstingspolitiska beslut om både ett nytt centralsjukhus och en utbyggd primärvårdsorganisation. I slutet av 1960-talet planerades en väsentlig förändring av hälso- och sjukvården i Skaraborgs län. Det framgår av betänkandet från 1965 ”Hälso- och sjukvård i Skaraborgs län”, vilket bidrog både till inrättandet av ett nytt centralsjukhus – Kärnsjukhuset och en utbyggd primärvård. I planeringen av sjukhuset deltog förutom lokala tjänstemän även professorerna Lars Werkö och Stig Bengmark och överläkaren i socialmedicin Claes-Göran Westrin. Werkö spelade en viktig roll i rekryteringen av läkare från Göteborg till det nya sjukhuset. Principen för det nya sjukhuset beskrivs i en artikel i SMT 1967 (1). Westrin (1968) betonade i en artikel i SMT behovet av en socialmedicinsk funktion vid sjukhuset (2). Samtidigt planerades för en utbyggnad av primärvården. Två tjänstemän och en extern arkitekt fick därför i uppdrag att ta fram ett underlag för den fysiska utformningen respektive innehållet i länets vårdcentraler (3). I rapporten anges även att hälsovården skall ges hög prioritet och vara integrerad i verksamheten. Tre områden lyfts fram: hälsoupplysning, prevention och hälsoövervakning av individ och närmiljö. Även inrättande av socialmedicinska team föreslås och en satsning på intern och extern landstingsbaserad företagshälsovård. I Skara kommun startade en försöksverksamhet på vårdcentralen under ledning av överläkaren i socialmedicin Claes-Gösta Westrin. Flera verksamheter som sjukvård, försäkringskassa, folktandvård, apotek, rehabilitering, psykologmottagning, företagshälsovård och arbetsförmedling samlokaliseras under ett tak (4). Sammantaget lades här en grund både organisatoriskt och innehållsmässigt för satsningen på hälsovård i länet.

Landstinget antog därför följdriktigt en för den tiden (1970) mycket unik ”Hälsoplan” där ansvaret för det preventiva arbetet betonades (5). Därigenom fanns politiskt stöd så att folkhälsoarbetet kunde utvecklas mer i detalj. Hälsoplanen framtogs av en planeringskommitté bestående av riksdagsmännen Harald Petersson (ordf.) och Paul Jansson, landstingsledamöterna David Johansson och Karl Leuchovius samt sjukvårdsdirektör Gunnar Demitz-Helin. Sekreterare i planeringskommittén var bitr. sjukvårdsdirektören Sven Bengmark och bitr. sekreterare var direktörsassistenten Björn Carlsson. Hälsoplanen var ett tredje steg i en planeringsprocess som inletts år 1964 och som resulterat både i en sjukvårdsplan och en öppenvårdsplan. I en bok av Demitz-Helin och Tengstrand (1990) framgår av citatet nedan att planeringskommittén använde cirkklarna i figuren för att åskådliggöra problemområdet (6). ”Kommittén försökte därför sammanfatta hela det svåröverskådliga problemområdet i en enkel symbol,

nämligen tre koncentriska cirklar, varav den innersta betecknade den enskilde och hans hälsoproblem, den mellersta närmiljön och dess hälsorisker och den yttersta som stöd för samhällsmiljön i stort.” Hälsoplanens dimensioner bygger på en cirkelmodell (The Concentric Zone Model) som publicerades redan år 1925 av sociologen Burgess inom Chicagoskolan (7). Demitz-Helin redovisade (1971) även innehållet i hälsoplanen för en bredare publik i en artikel i SMT (8). Medborgarna informerades via ett särskilt temanummer i landstingets tidning ”Kontakt R”. Modellen i hälsoplanen har under åren utvecklats och fyllts med ett mer detaljerat innehåll med beteckningen ”regnbågsmodellen” (9).

I Hälsoplanen betonas sjukvårdens ansvar även för det primärpreventiva arbetet. Det var ett genomarbetat förslag till en ny hälso- och sjukvårdspolitik. Landstingen tillsammans med socialförsäkringen bar ju de största kostnaderna för ohälsan. Arbetsgruppen konstaterade att hälsovården var eftersatt och behövde utvecklas. Individens medverkan ansågs central men att det krävdes en samverkan med olika lokalt ansvariga för att påverka hälsorisker i närmiljön. Fyra motiv lyftes fram; det humanitära, trygghet, rättvisa och ekonomi.



Hälsoplanen

I inledningen anges att: ”Hälsoriskerna i samhället kan inte effektivt motverkas genom insatser begränsade till sjukvårdshuvudmannens ansvarsområde, utan måste angripas framförallt från andra samhällssektorer.” Tankegången i hälsoplanen låg mer än tio år före de internationella hälsopolitiska dokument som lanserades av WHO. Den innehåller en ambitiös och heltäckande genomgång av hur sjukvården via en utbyggd hälsovårdande verksamhet kan bistå med resurser och kunskaper till befolkningen. I planen betonas vikten av samordning mellan sjukvården och övriga samhällssektorer (s. 1). Utvecklingsarbetet bör hålla en hög kvalitet (s. 10) och ha en stabil och långsiktig bas inom vårdcentralernas organisation (s. 9). Detta kräver informationsutbyte och delaktighet i det förebyggande primärkommunala arbetet (s. 2). Här ingår därför ett ansvar för att medverka i att planera, initiera och utvärdera hälsovårdsarbetet (s. 12). Även vikten av att prioritera angelägna åtgärder betonas (s. 16). För att utveckla arbetet och uppnå detta inrättas en särskild hälsovårdsenhet. *Av intresse är då buruvida denna enhet kunde leverera i enlighet med dessa mål och innehåll.* Ett antal övergripande målsättningar anges som innefattar åtgärder inom samhällsmiljön, hälsoupplýsning, förebyggande behandling och hälsoövervakning (s. 16). Inom i) samhällsmiljön framhålls samverkan och utveckling av en landstingsbaserad (intern och extern) företagshälsovård. Området ii) hälsoupplýsning innefattar kost- och näringsfrågor, fysisk aktivitet, tandhälsovård, mödra- och barnhälsovård, äldres hälsa, olycksfallsprevention, läkemedelskontroll, tobak, alkohol och drogförebyggande arbete och utbildning i sex- och samlevnadsfrågor. I iii) hälsoövervakningen ingår i stort alla åldersgrupper i livets olika skeden som mödravård, 4-årskontroller, skolhälsovård, företagshälsovård, gynekologisk screening, äldres hälsa och tandhälsokontroller. Även en fortlöpande hälsoregistrering föreslås påbörjas vid Skara vårdcentral (4). Företagshälsovårdens inriktning var olycksfallsprevention (skyddsronder, skyddsutrustning, tillbudsrapportering mm), kemiska och fysikaliska risker, ergonomi, hälsokontroller, sjukvård/utbildning/första hjälp och rehabiliteringsstöd.

I förslaget till ”operationalisering” av de uppställda målen anges förslag på organisation och personalbehov. Inom hälsoupplýsningen bedömdes ett behov av dietister för kostinformation inom mödrahälsovården, psykolog inom barnhälsovården och tandvårdsupplýsning via folktandvårdens personal för mödrar och fluor-sköljningar till barn. Hälsoövervakningen bestod i huvudsak av olika hälsokontroller anpassade för olika åldersgruppers behov (barn, skola, mödrar, gynekologiska kontroller, äldres hälsotillstånd, företagshälsovård och fortlöpande hälsoregistrering). För att kunna starta upp denna verksamhet uppställdes krav på organisation och personalbehov. En särskild hälsovårdsenhet skulle inrättas för planering och ledning av hälsovården. Tre tjänster bedömdes

viktiga i starten; en hälsovårdschef, en hälsoupplysningsledare och en hälsovårdsöverläkare. Ett hälsoråd skulle inrättas med representanter från olika medicinska specialiteter för att bevaka utveckling och förebyggande behov inom sina områden. Även en länskommitté för hälsoupplysning föreslogs. I planen betonades att hälsovården i huvudsak kommer att levereras från vårdcentralerna och därmed bli ett väsentligt inslag i verksamheten. Fullt utbyggt beräknades kostnaderna per år till 6,5 mkr (1970-årspriser).

Hälsovårdsenheten

I syfte att utveckla tankarna i hälsoplanen bildades år 1972 initialt en särskild avdelning vid landstingets centrala kansli i Mariestad. Två befattningar inrättades, en hälsovårdschef och en hälsoupplysningsledare och fokus var livstilfaktorer som kost, motion, alkohol och droger. Hälsoupplysningen bedrevs mestadels som ANT-kurser i skolor och i föreningar. Även allmänna hälsokontroller introducerades som senare blev en del av landstingets interna och externa företagshälsovård. En helt ny befattning som hälsovårdsöverläkare inrättades år 1973. Till chef för enheten anställdes läkaren och docenten Sven-Olof Isacson ("ISAC") från socialmedicin i Lund. Han hade en bakgrund inom invärtesmedicin, kardiologi och även allmänmedicin och hade på plats studerat innehållet i de internationellt pågående hjärt-kärlpreventiva programmen i USA och Finland. Ambitionen var att med stöd av Hälsovårdsenheten på sikt stärka primärvårdens förebyggande arbete. Under perioden 1974 - 1977 expanderade verksamheten och parallellt pågick ett 20-tal olika projekt i länets kommuner. En viktig uppgift enligt hälsoplanen var att utveckla även den externa företagshälsovården till att omfatta personal inom kommuner och mindre företag. Det större företagen som t ex Volvo hade en egen intern företagshälsovård. Till en början var arbetet inriktat på livstilfaktorer. En försöksverksamhet med s.k. sammanhållen kommunbaserad hälsovård startade inom primärvården i Vara kommun. Ytterligare en förändring genomfördes år 1977 vid införandet av blockorganisationen med totalt nio medicinska specialiteter. Inom varje block tillsattes en hälsovårdsansvarig som kontaktperson med HVE som särskilt ansvarig för blockets förebyggande arbete. Här lades grunden till vårdprogrammet för högt blodtryck tillsammans med medicinkliniken och Lars Rydén, föräldrautbildningen tillsammans med Bengt Kjellman vid barnkliniken och olycksfallsprogrammet med Olav Gudmundson vid ortopedkliniken. Så här i efterhand får man betrakta verksamheten fram till 1978 som en stegvis och unik utveckling. Det fanns inte mycket erfarenhet att hämta från annat håll inom landet. Sammanfattningsvis så var hälsovårdsenhetens uppgift att utveckla, genomföra, utvärdera och presentera verksamheten i enlighet med målsättningen i hälsoplanen.

Nästa större förändring initierades år 1980 då landstinget beslutade att inrätta

en lokalt politiskt styrd primärvårdsorganisation med en primärvårdsnämnd och en administrativ respektive en medicinsk chefposition. Den hälsopolitiska bakgrunden till primärvårdssatsningen var en föregångare till ALMA-ATA-deklarationen. Därför tillkom som ett resultat av utvecklingsarbetet vid HVE en lokal hälsovårdsenhet i varje kommun med en hälsoplanerare, hälsoinformatör/dietist och en sjuksköterska. Härigenom fick HVE en något förändrad roll mot mer utbildning för de nya medarbetarna, epidemiologiska analyser, forskning och informationsstöd via ett särskilt referensbibliotek.

När den externa företagshälsovården expanderade startade ett samarbete med ledningen (skyddschefen Alf Hassel) kring kemiska hälsorisker (organiska lösningsmedel) och olycksfallsprevention. Samarbete initierades också med den nystartade yrkesmedicinska kliniken vid KSS (Lennart Voog). Även ett samarbete om hälsorisker med radon i bostäder med yrkesmedicin i Linköping (Olav Axelsson) och miljömedicin i Örebro (Lennart Andersson). Tillkom miljömedicinska analyser om förekomsten av missbildningar från dioxin i rökgaser från värmeverk respektive missbildningar från bekämpningsmedel i jordbruket. Även en analys av sambandet mellan exponering för lim (bensen) bland ungdomar som sysslade med modellbygge och risken för leukemi.

Landstingsledningens ambition var att säkerställa en evidensbaserad verksamhet. Därför gavs utrymme för att projekten skulle kunna granskas vetenskapligt utöver de rapporter som producerades. Några av de anställda avsatte en del fritid till egen forskning baserad på datamaterial som insamlats i projekten från hälsoprofilstudien, blodtrycksprogrammet, olycksfallsprojektet och lösningsmedelsprojektet.

När ISAC var i USA på ett 1-års "sabbatical" ersattes han av docenten Leif Svanström från socialmedicin i Lund som tf. chef för enheten. Han bidrog till en expansion av verksamheten. Flera nya medarbetare anställdes: Mats Nyström, Kurt Hofgren, Karl-Erik Lockner, Stellan Gildå, Per Inge Karlsson, John Rydstedt, Lothar Schelp, Mona Tronstad, Bo Haglund, Anders Bohlin, Anders Andrén och Bjarne Jansson. Enheten övertog en av bostäderna för sjuksköterskor invid Skövde sjukhus nära Bolognersjön i Skövde. Därefter flyttades enheten 1980 till centralsjukhuset/KSS och lokaler ovanpå akutmottagningen.

Isac blev utnämnd till professor i socialmedicin vid medicinska fakulteten, Lunds universitet och överläkare vid socialmedicin i Malmö. Bo Haglund övertog tjänsten som hälsovårdsöverläkare. Det var egentligen följdriktigt, att efter en central uppbyggnadsfas decentralisera arbetet och stärka det kommunala folkhälsoarbetet. Den centrala enheten fick därigenom en roll som stödcenter med bibliotek, utbildning och metodutveckling. Flera omorganisationer följde och byte av chefer för enheten. Enheten flyttades från KSS till vårdcentralen i Ryd och ett namnbyte från HVE till "Samhällsmedicinska enheten". Företags-

läkaren Bengt Wramner från Bygghälsan övertog ansvaret efter Bo Haglund som flyttade till Stockholm och KI. Därefter övergick chefskapet först till distriktsläkaren Lars Berg från Tibro och därefter till distrikts- och idrottsläkaren Bengt Linder från Åtvidaberg. Delar av enheten flyttade tillbaka till KSS. Bengt Wramner fick i uppdrag att ombilda verksamheten och den nya enheten fick beteckningen Skaraborgsinstitutet.

Hälsovårdsprojekt

Det hade således startats upp ett stort antal hälsoprojekt under perioden 1973 - 1987 vars syfte var att efterhand inordnas under ett kommunalt hälsovårdsprogram. Den preventiva ansatsen byggde på *Gjestlands schema* med en uppdelning i primär- sekundär- och tertiär prevention.

1). *Hälsoprofil-77 Skaraborg*. Det saknades en samlad kunskap om hälsan och dess bestämningsfaktorer i länet. Initialt inriktades därför arbetet på att öka kunskapen om hälsoläget i länet och dess bestämningsfaktorer som helhet respektive i samtliga kommuner. Arbetet genomfördes därför i två steg, dels i form av en länsövergripande urvalsundersökning, dels som kommunspecifika analyser i samband med att lokala hälsoavdelningar inrättades vid varje vårdcentral. En noggrann behovsanalys är av stor vikt för att kunna implementera relevanta åtgärder. I planeringen inhämtades erfarenheter från de hjärt-kärlpreventiva forskningsprogrammen i USA och Finland om hur man initialt samlar in data om befolkningens hälsa och levnadsvillkor (10 - 12). Av betydelse var att både ISAC och Lennart Råstam varit gästforskare i Minneapolis, Minnesota. Till skillnad från den s.k. agensfokuserade "riskfaktorepidemiologin" har metodiken en mer deskriptiv ansats.

Den länsövergripande undersökningen innehöll både data från olika offentliga register och från intervjuer med befolkningen. Den var en del i ett hjärt-kärlpreventivt vårdprogram med fokus på blodtrycksscreening och behandling. Resultatet sammanställdes i en kommunprofil (ålders, socioekonomisk struktur och fysisk miljö) och en hälsoprofil (riskfaktorer och somatisk och psykisk ohälsa). Med hjälp av en enkätundersökning (tvärsnittsstudie) med ett statistiskt urval av 8,000 personer insamlades data från hela länet. Bo Haglund och Isac var de som planerade och genomförde studien (13). En utförlig beskrivning av undersökningen finns presenterad i en rapport från SPRI (14). I huvudsak uppgifter om ålder, kön, utbildning, civilstånd, sjukskrivning, sjukvård och tandvård, läkemedel, ärftlighet, livstilfaktorer som kost, motion, tobak och alkohol. Materialet (basdata) har använts även för planering och utvärdering av andra projekt som lösningsmedelsskador och olycksfall redovisat i HVE-rapporter, artiklar och avhandlingar. Metodiken har vidareutvecklats i flera steg (9). Den

har även tjänat som förebild och hjälpmedel vid utformning och framtagning av nationella respektive lokala folkhälsorapporter.

I och med att det inrättades lokala hälsoenheter i varje kommun påbörjades ett arbete med att ta fram ii) lokala kommundiagnoser som underlag för att starta upp mer specifika folkhälsoprogram i respektive kommun. Arbetet inleddes med en internutbildning, *Epidemiologi och hälsoplanering* för de nyanställda hälsoplanerarna. Föreläsare var bl a Sven-Olof Isacson, Stig Wall, Göran Dahlgren, Carl-Gunnar ”Charli” Eriksson och Leif Svanström. Kursdeltagarna fick i uppdrag att analysera hälsosituationen i samtliga sjutton kommuner. Utbildningen avslutades med att olika arbetsgrupper redovisade resultaten inför representanter för respektive kommun i form av en ”kommundiagnos”. Sammanställningarna innehöll analyser av demografiska data, sjukdomspanorama och riskfaktorer avsedda att användas i planeringen av förebyggande insatser av den kommunala organisationen och primärvårdens hälsovård i samverkan.

2). *Kommunbaserad hälsovård*. Syftet var att skapa en lärande miljö för hur man kan integrera det förebyggande arbetet inom primärvården. Försöksverksamheten startade 1978 vid Vara vårdcentral. Erhållna kunskaper och erfarenheter skulle senare kunna användas vid andra vårdcentraler i länet. På så sätt kunde man bidra till en förstärkning av det lokala hälsovårdsarbetet i hela länet. Under en 2-årsperiod etablerades samarbete och utbildning för olika personalkategorier (BVC, MVC, läkare, distriktsvården) på vårdcentralen. Tillsammans med skolan och föreningslivet startades Må bra – program med stöd av folkhögskolans lärare och elever. Innehållet i verksamheten var inledningsvis hälsoupplysning om kost, fysisk aktivitet, stressbehandling och tobaksprevention. Via distriktsläkare och företagshälsovården kunde personer hänvisas till hälsoenheten för i huvudsak livsstilsrelaterade hälsoproblem. Ett informations- och utbildningsansvar ingick också i hälsopersonalens arbetsuppgifter gentemot skolan, idrottsrörelsen och arbetslivet. En rad olika aktiviteter genomfördes vid sidan av mottagningsverksamheten som start av hälsogrupper, studiecirklar, utställningar, temadagar, tillhandahållande av informations- och utbildningsmaterial. Från den centrala hälsovårdsenheten rekryterades Anders Bolin och John Rydstedt. Den lokala hälsovårdsavdelningen kom att bestå av tre befattningar; en hälsoinformatör (sjuksköterska), en hälsovårdsledare (fritidsledare) och en hälsoplanerare (samhällsvetare/sociolog). Huvudman var den lokala politiska primärvårdsnämnden. Resultatet kom både att fungera som en inspiratör och en förebild för andra kommuner att starta upp liknande verksamhet beaktat de lokala förutsättningarna. Anders Bolin (1983) har presenterat erfarenheterna både i rapporter och artiklar (15). Tibro kommun var först med att etablera en liknande verksamhet. I början av 1980-talet hade samtliga primärvårdsnäm-

der i länet inrättat lokala hälsovårdsenheter. En utställning anordnades i början 1980-talet vid landstingets centrala kansli där de 17 olika enheterna fick redovisa sin verksamhet inför den politiska församlingen (16).

3). *Program för tobaksinformation i Skaraborg*. Ett länsövergripande program startade 1977 i nio av länets kommuner för att analysera vilka insatser som var mest effektiva. Det innehöll rökavvänjningskliniker, satsning på rökfria miljöer, utbildning av tobaksinformatörer, hälso- och sjukvårdspersonal och förskolepersonal samt masskommunikation via olika media-kanaler. De specifika satsningarna var en rökfri- hälso- och sjukvård som omfattade 1300 anställda inom sjukhus och vårdcentraler. Noteras kan att det tog tio år att få Kärnsjukhuset helt rökfritt. Ett antirökprojekt startades även bland 6:e klasselever. Därefter inriktades programmet på elever och personal i grundskolan och gymnasiet, studieförbunden och värnpliktiga. En satsning genomfördes för personalen vid MVC och BVC och för blivande och nyblivna föräldrar med information och rökavvänjningsgrupper. Data från Hälsoprofil Skaraborg för åldersgruppen 25 - 75 år användes för att få en bild av situationen i länet.

4). *Vårdprogram för högt blodtryck*. En stor del av befolkningen står på blodtrycks-sänkande behandling. Kvaliteten på behandlingen bedömdes som otillfredsställande. Blodtrycksscreening var ett eftersatt område. En allvarlig riskfaktor för hjärt-kärlsjukdom. Ett vårdprogram för högt blodtryck var ett konkret aktionsprogram och var ett samarbetsprojekt mellan primärvårdsblocket och medicinklinikerna inom programområdet. I området ingick Mariestad, Karlsborg, Töreboda, Skara, Skövde och Falköpings kommuner. Programmet startade 1977 och innehöll tre etapper. Utvärderingen fokuserade på medicinsk nytta, humanitära aspekter, hälsoekonomisk acceptans och organisatoriska förutsättningar att genomföra programmet. I programmet ingick kontinuerlig utbildning och datainsamling. Extern delfinansiering erhöles från SPRI. En särskild livskvalitetstudie genomfördes i samarbete med institutionen för psykosocial miljömedicin vid Karolinska Institutet. Av intresse var hur patienterna upplevde såväl positiva som negativa förändringar av upptäckt, utredning, behandling och uppföljning. Lennart Råstams avhandling visade att blodtrycksmottagningar med en välutbildad sjuksköterska som ansvarade för kontroller och vissa justeringar i medicineringen var mer kostnadseffektiva än traditionella kontroller hos läkare. De avancerade hälsoekonomiska analyserna var ett pionjärbete. Blodtrycksprogrammet var ett exempel på kvalificerad forskning som resulterade i flera avhandlingar. Lennart Råstam blev senare professor i folkhälsovetenskap vid Lunds universitet.

5). *Landstingets företagshälsovård*. Miljö- och arbetsmedicin var ytterligare ett område som utvecklades i samarbete med primärvårdens *externa* företagshälsovård. Distriktsläkaren skulle del av sin tid sköta hälsokontroller och arbetsplatsbesök tillsammans med en företagssköterska och en sjukgymnast. En central stödfunktion inrättades med en skyddschef och ett tiotal skyddsingenjörer. Det var främst fyra områden som var aktuella: kemiska hälsorisker, ergonomi, olycksfall och en försöksverksamhet med en psykosocial funktion påbörjades. Ansvarig för denna verksamhet var psykologen Kerstin Tode. Bakgrunden var det vidgade arbetsmiljö begreppet i arbetsmiljölagen (AML), där även arbetets psykologiska konsekvenser lagts till. Försöksverksamheten startade 1978 och var förlagd till Falköping och omfattade ca 1 100 statligt anställda. Basen i det lokala arbetet var etableringen av en intern och extern företagshälsovård. Inrättandet av en yrkesmedicinsk klinik vid KSS innebar en förstärkning av arbetet. Tre omfattande program ingick i hälsovårdsenhetens arbete; kemiska hälsorisker i arbetet och i den yttre miljön, olycksfallsskador i en befolkning och uppbyggnad av en psykosocial funktion inom företagshälsovården.

6). *Lösningssmedel – vårdprogram och prevention*. Risker med organiska lösningssmedel i arbetsmiljön uppmärksammades vid denna tid nationellt. Då de medicinska utredningarna ofta var bristfälliga beträffande uppgifter om exponering och att symtomen även kunde ha en annan förklaring bedömdes vikten av en utbildning för personalen inom sjukvården och företagshälsovården som angelägen. Eftersom ett stort antal företag använde lösningssmedelsbaserade lacker fick jag i uppdrag att ta fram en lokal kunskapsöversikt. Litteraturgranskningen innehöll en genomgång av problemet både medicinskt och tekniskt inklusive ett kapitel med försäkringsmedicinska domar om hur man bedömt kraven på fakta för ersättning till följd av lösningssmedelsskada.

Samtidigt hade Bo Haglund uppmärksammat ungdomar som byggde modellplan och använde lim som innehöll bensen. Ett lösningssmedel som även användes vid tillverkning av bildäck. Analyserna visade att pojkar uppvisade förändringar i blodbilden. Problemet redovisades i en rapport och en artikel i Läkartidningen (17).

Flera målare uppvisade typiska symtom som trötthet, yrsel, illamående, irritation av ögon, hud och lungor. Kroniska effekter observerades efter flera års hög exponering som sömnproblem, försämrad minnesfunktion, trötthet, koncentrationssvårigheter, irritabilitet, aggressivitet och depression.

I tvärsnittsstudien ”Hälsoprofil Skaraborg” ingick frågor om arbetsmiljön. Resultaten indikerade att en stor grupp i länet exponerades för kemikalier i arbetet. Tillsammans med de lokala fackförbunden, skyddsombuden, arbetsförmedlingen, yrkesmedicin och landstingets företagshälsovård genomfördes en

mer detaljerad kartläggning av exponeringen för organiska lösningsmedel (18). Kartläggningen genomfördes tillsammans med de regionala skyddsombuden i länet och företagshälsovården. Resultatet visade att ca 3000 personer exponerades 4 - 8 timmar per dag inom olika branscher i hela länet. Inom möbelindustrin i Tibro kommun var 400 personer exponerade 4 - 8 timmar per dag. Enligt vår kartläggning uppvisade 1/6 symptom på kroniska skador av lösningsmedel. Dessutom rapporterade många subakuta besvär av övergående art, men som på längre sikt kan ge upphov till kroniska skador

Det fanns ett uttalat behov av ett enhetligt omhändertagande. Tre åtgärder presenterades: i) kartläggning av problemets omfattning, ii) framtagning av ett vårdprogram och iii) utbildning av läkare och sjuksköterskor. Vårdprogrammets syfte var att underlätta utredning och bedömning av dessa patienter. Det innehöll fem delar; grundutredning, vidareutredning, rehabilitering, socialförsäkring och förebyggande insatser. En särskild faktpärm med analysinstrument och en kunskapsöversikt togs fram. Ett specifikt lösningsmedelsformulär användes som stöd för beslut om fördjupad anamnes, blodanalys och njur- och leveranalys. En metodik för neurologundersökningen bifogades. Yrkesanamnesen utvecklades från svaren i frågeformuläret. Sjukskrivningsmönstret inhämtas från Försäkringskassan. Vid behov utförs en neurofysiologisk utredning. Rehabiliteringsinsatser och arbetsskadeersättning utreds. Det viktigaste är att återkoppla till den arbetsplats där patienten exponerats och via den lokala skyddsorganisationen, företagshälsovården och yrkesmedicin initiera förebyggande åtgärder.

Ett omfattande tekniskt och pedagogiskt åtgärdsprogram startades i samarbete med ventilationsexpertis och pedagogiska institutionen vid Göteborgs Universitet. En demonstrationsanläggning byggdes på ett av de större möbel-företagen med stöd från Arbetsmiljöfonden. På samtliga företag vidtogs både ventilationstekniska förändringar och introduktion av användning av friskluftsmasker. En ökad medvetenhet och kunskap om kopplingen mellan exponering och skador konstaterades efter företagssköterskornas utbildning för personalen. Även yrkesmedicin från centralsjukhuset deltog i arbetet. Vårdprogrammet finns presenterat i sin helhet (19,20)

7). *Radon och lungcancer – epidemiologi och ventilationsprogram.* Tillsammans med professor Olav Axelssons yrkesmedicinska grupp vid Linköpings universitet och ÖL Kjell Andersson vid miljömedicin i Örebro genomfördes en internationellt unik epidemiologisk studie av sambandet mellan strålningsdoser från radon i bostäder och lungcancer. Studien omfattade tre län och utgjorde underlag till lokala preventiva program med fokus på ventilationstekniska lösningar. Studien var en av de största som genomförts. Ett samarbete mellan våra tre forskargrupper initierades. I kartläggningen av exponering ingick studier av geokartor och ”site-visits”

där data om typ av husgrund och byggnadsmaterial inhämtades. I ett randomiserat urval av hus sattes särskilda filmer upp för mätning av radonhalten. De samlades sedan in för analys och beräkning av radondöttrar. Parallellt inhämtades dödsbevis från samtliga avlidna med diagnosen lungcancer och en motsvarande kontrollgrupp. Ett intervjuformulär skickades ut för att komplettera med data om tobaksrökning. Även uppgifter om typ av ventilation i husen inhämtades. Resultaten visade en signifikant högre risk för lungcancer i hus med en hög radonstrålning; + 600 Bq. (21). Det förekom hus med så höga halter som 10,000 Bq i närheten av uranbrytningen i Ranstad. Vi hade som krav minst 30 års exponering. Resultatet presenterades för miljökontoren och den politiska ledningen i de aktuella kommunerna. Ett informationsprogram startades upp i en kommun där husägare och fastighetsägare informerades om vilka lämpliga åtgärder som kunde vidtas för att minska exponeringen. Resultatet av informationen utvärderades och presenterades i rapporter från Hälsovårdsenheten och i en vetenskaplig artikel. En (prisbelönad) poster presenterades vid en internationell miljömedicinsk konferens i Berlin (22). Studien bidrog till en ändring i kraven för hygieniskt gränsvärde med max på 200 Bq i nybyggda och 600 Bq i äldre hus.

Dioxin och fosterskador. De miljömedicinska problemen var mycket i fokus vid denna tid utöver kärnkraftsfrågan. Ett miljöalarm som ställde stora krav på analys och tolkning var föroreningar av dioxin från utsläpp från värmeverk. En barnmorska uppmärksammade att sex barn med missbildningen läpp/gomspalt hade fötts på en av BB-avdelningarna i länet. Miljörörelsen med Naturvårdsförbundet i spetsen skrev debattartiklar i lokaltidningen och ställde krav på utredning och eventuell stängning av värmeverket. Vi fick i uppdrag att i samarbete med kommunala miljöinspektörer analysera exponeringen för den aktuella hälsorisen. Vi inhämtade både meteorologiska data och medicinska journaler samt även veterinärmedicinska uppgifter. En barnläkare på sjukhuset genomförde intervjuer med föräldrarna om bl. a ärftlighet och exponering. Riskberäkningar genomfördes både på lokal och nationell nivå och en litteraturanlys. Vi förberedde en hearing i kommunen med hjälp av inkallade nationella experter. Det blev ett stormigt möte med en fullsatt aula och demonstranter med plakat. En rapport presenterades och en vetenskaplig artikel publicerades som innehöll en riskbedömning av samtliga värmeverk i landet (23, 24). Larret avskrevs då det framkom att det i flera av fallen fanns inslag av ärftlighet för missbildningen och att ingen familj hade bott i närheten av utsläppen. Det var enbart två kommuner i hela landet som hade signifikant fler fall. Inverkan av "slumpmässig variation" bedömdes förklara dessa, då missbildningen är sällsynt på lokal nivå. Min roll blev att försöka förklara att små tal oftast är kraftigt påverkade av slump. Som kontroll inhämtades även data från veterinärverksamheten om missbildningar bland betande djur. Vilket inte visade på några ovanliga sjukdomar eller missbildningar i området nära värmeverket.

8). *Förebyggande av olycksfall i en kommun*. En projektplan (HVE, 1976) utgjorde underlaget för ett lokalt aktionsforskningsprojekt. Den innehöll en kvasi-experimentell fall-kontroll design och en aktionsforskningsmodell för mobilisering av en hel kommun. Den här typen av aktionsprogram innebär en utvidgning och en förstärkning av redan pågående säkerhetsarbete genom att tillföra ny kunskap från akutsjukvården. Syftet var att utveckla arbetsformer som bygger på de boendes egna tankar, analyser och formuleringar av ett specifikt problem och ett eget ansvar för åtgärder. Exempel är nya samarbetsformer och bildande av ”koalitioner” mellan olika intressegrupper. 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. 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) kvalitativ och kvantitativ 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. Något som var nytt för publiken. 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. 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 förslag på åtgärder. Det rådde en stor entusiasm i gruppen. Beslutades att en referensgrupp skulle bildas som ansvarig för programmet. I gruppen ingick cheferna för de kommunala förvaltningarna som trafikkontoret, socialkontoret och fastighetskontoret. Även skyddsingenjörer från företagshälsovården och lantbrukshälsan, personal från akutmottagningen, Röda Korset, läkare från vårdcentralen, 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 och 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. Ett omfattande arbete 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 industri- och jordbruksstrukturen. (Aktionsprogrammet beskrivs i detalj i en separat artikel i detta nummer.)

9). *Hälsokontroll - 61 år*. Projektet startade 1975 som en försöksverksamhet med hälsokontroller för äldre vid Skara vårdcentral och socialförvaltningen (4). Målet var att tillgodose behovet av medicinsk och social omvårdnad, att förebygga sjukdom och ohälsa och att öka möjligheterna till en meningsfull och stimulerande livssituation. Samtliga invånare som fyllt 61 år kallades till en sköterskebaserad hälsokontroll. Resultaten granskades av läkare för eventuella vidare åtgärder. En hemvårdare från socialkontoret bedömde behovet av insatser. Även kontakter togs med de som uteblivit från hälsokontrollen. En första utvärdering visade att 28 procent fått remiss för utredning. Efter samtal med hemvårdsassistenten hade 1/3-del av dessa fått remiss för sociala insatser. Problem med ensamhet upplevdes av elva procent. En av hälsoplanerarna Kurt Hofgren fick ansvar för att utvärdera projektet. Utvärderingen bidrog till att innehållet i utredningen utökades till analys av läkemedelsanvändning, handikappanpassning av bostaden, inkontinensproblem och hjälp med sociala kontakter.

10). *Självordsförebyggande verksamhet*. Programmet startade med en epidemiologisk kartläggning av situationen i Skaraborg under en 10-årsperiod (1969 - 1977). Länet hade en lägre frekvens (3/4 av riksgenomsnittet). Norra delen av länet var dock mer drabbat. Drogförgiftningar var vanligast bland män 25 - 44 år och var i paritet med riksgenomsnittet. Hälsoplaneraren Anders Andrén var ansvarig för utvärderingen. Under våren 1980 startade ett behandlingsprogram vid psykiatriska kliniken på KSS inklusive en internutbildning. Utbildningsinsatser påbörjades 1981 inom andra delar av sjukvården och utanför sjukvården. En särskild satsning startade bland de som haft kontakt med psykiatrisk vård, barnavård eller nykterhetsvård och i bostadsområden som inte tidigare varit föremål för sociala insatser. Parallellt pågick utveckling av ett socialt projekt med inriktning mot sociala villkor och psykisk hälsa i närmiljön. Ett bostadsområde med ca 1000 invånare användes för att pröva former för ett förändringsarbete.

11). *Tandhälsövård*. En försöksverksamhet med årsvisa kampanjer inleddes år 1973 för en bättre tandhälsa bland barn i förskoleåldern och deras föräldrar. Verksamheten var ett samarbete med tandvårdsblocket. Särskilda profylaxtand-sköterskor informerade om kost, munhygien och utförde fluorsköljningar. Försöket avsåg betona vikten av en regelbunden tandvårdskontakt och att vänja barn vid tandhygien och kost. En epidemiologisk studie av tandhälsan genom-

fördes i några kommuner som bas för utvärderingen av det preventiva arbetet. En särskild satsning gjordes på ett socialt utsatt område i Skövde. Enkätstudier med personalen och en länsstudie om tandstatus i Skaraborg ingick i verksamheten. Från HVE ansvarade Stellan Gildå för arbetet.

12). *Referensbibliotek*. "Primärvårdens Bibliotek och Informationscentral" (PBI) startades år 1982. Ansvarig var hälsoplaneraren Stig Hagman. Syftet var att förse primärvården med kvalificerad information inom det förebyggande området. Ca 900 olika databaser användes för informationssökning. Utöver detta byggdes ett referensbibliotek upp. En utvärdering visade att verksamheten användes flitigt av personalen inom primärvården. Ett rationellt sätt att sprida andras erfarenheter och undvika dubbelarbete. Verksamheterna vid länets samtliga kommuner inklusive vid HVE redovisades år 1985 vid Landstingsmötet med en utställning och muntliga presentationer. De nya lokala hälsovårdsenheterna presenterade sina program och aktiviteter. Utbyggnaden låg i linje med intentionerna i hälsoplanen att erfarenheterna från det centrala utvecklingsarbetet vid HVE skulle spridas ut till primärvårdsorganisationerna. Här ges i korthet några exempel. Essunga kommun (samlevnadsfrågor bland ungdomar och äldres hälsa), Falköping (olycksfallsprogram och livskvalitet/levnadsvillkor), Grästorp (pensionärsgymnastik och kostrådgivning), Gullspång (hälsofostran i skolan), Götene (kost och motionsgrupper, hälsoarbete i skolan, pensionärsgymnastik, tobak och alkohol, olycksfall, utställningar och utbildning), Habo (hälsokontroll för medelålders män och hembesök till 75+ personer), Hjo (kost/motionsgrupper, hälsoupplýsning i skolan, fritidsprogram för ungdomar, rökslutargrupper, kost för diabetiker och trafiksäkerhet), Karlsborg (blodtrycksprogram), Lidköping (olycksfallsprevention, hälsopolitiskt program, etablering av referensgrupper för kost, motion, tobak, alkohol, sex- och samlevnad, psykisk hälsa), Mariestad (självordsprevention, förebyggande tandvård på BVC, MVC och i skolan), Mullsjö (psykosocial hälsovård, sex- och samlevnad), Skara (samverkan kring psykiskt välbefinnande), Skövde (tandvårdsplan för barn och ungdom, äldre och sjukhemspatienter), Tibro (hjärt-kärlprevention, hälsoupplýsning och individuella hälsoprofiler), Tidaholm (motionsskola, kostvanor, ergonomi/ryggmotion, tobak och alkoholupplýsning), Töreboda (hälsoplan, äldres boendesituation, idé- och utvecklingsprogram för bättre hälsa), Vara (rådgivning och gruppverksamhet, samverkan med föreningar, drogprevention inom idrottsrörelsen, utbildning av idrottsledare i hälsovård, förebygga idrotts-skador, samverkan med Korpen och Friluftsförbundet). Även den centrala enheten redovisade arbetet med bibliotek- och informationscentralen (PBI). Lösningssmedelsprojektet i Tibro och olycksfallsprojektet i Falköping presenterades. Personal från mödrahälsovården deltog och redovisade sin förebyggande

verksamhet. Barnhälsovårdens verksamhet innehöll elva punkter; uppföljning/rådgivning, utvecklingskontroll, tandhälsovård, psykisk rådgivning, föräldrautbildning, samarbete barnhälsovård och socialvård, daghem och förskolor, barnolycksprevention, hälsouppllysning och barnmiljöfrågor.

I hälso- och sjukvårdslagen anges att landstingen och kommunerna skall medverka vid finansiering, planering och genomförande av kliniskt forskningsarbete på hälso- och sjukvårdens område och *folkhälsovetenskapligt forskningsarbete*. Vikten av detta anammades tidigt i landstingets policydokument. Flera kunskapsområden var representerade vid hälsovårdsenheten; medicin, sociologi, socialt arbete, biostatistik, teknikvetenskap, psykologi och pedagogik. Behovet av att använda vetenskaplig metodik var således väl tillgodosett. Samarbete etablerades med Lunds- och Göteborgs universitet och Karolinska institutet, varav elva avhandlingar examinerades under perioden 1983 – 2002. Inalles utnämndes åtta av medarbetarna till professorer; Lunds universitet (Sven-Olof Isacson och Lennart Råstam), Karolinska Institutet (Leif Svanström, Bo Haglund, Bjarne Jansson), Folkhälsoinstitutet (Lothar Schelp), Karlstads universitet (Ragnar Andersson) och Göteborgs universitet (Ulf Lindblad).

Skaraborgsinstitutet

En ombildning av enheten genomfördes år 1992 och ”Skaraborgsinstitutet” ersatte den tidigare enheten. Många av medarbetarna från HVE hade flyttat med Svanström till KI och Isac till Malmö eller övergått till andra arbeten. Några blev hälsoplanerare i en kommun. Det blev en vetenskaplig försvagning då det var svårt att hitta nya meriterade forskare i ämnet. Företagsläkaren Bengt Wramner utsågs som chef för institutet. KI/socialmedicin bistod fortsatt institutet med utbildning och handledning av de anställdas projektarbeten och masteruppsatser.

Idag är Skaraborgsinstitutet lokaliserat till landstingets nya förvaltningshus i centrala Skövde. Institutet stödjer ekonomiskt forskning med fokus på hälso- och sjukvårdsfrågor och folkhälsa. Personalen har delvis rekryterats från NHV i Göteborg. Institutet är en del av en stiftelse som bildades 1992. Tre uppgifter anges. Fördela forskningsmedel främst till forskare i länet eller för forskning i Skaraborg. Även ansvar för att arrangera kurser i forskningsmetodik och allmänt utgöra en kreativ miljö för forskare.

Sammanfattningsvis så kan vi konstatera att den hälsopolitiska ambitionen på 1970-talet att etablera ett folkhälsoarbete i länets kommuner har nått slutmålet genom att kommunerna har byggt upp en egen organisation och tagit ett stort ansvar för folkhälsoarbetet i samarbete med primärvården.

Referenser

1. Kärnsjukhuset en ny sjukvårdsorganisatorisk princip. SMT 1967;44(10): 566 - 68.
2. Westrin C-G. Socialmedicin vid Kärnsjukhuset. SMT 1968;45(1):35 - 41.
3. Bengmark S, Johnson C. Utformning av vårdcentraler i Skaraborgs län. SPRI-rapport nr 4, 1971.
4. Westrin C-G. Samordning av medicin och socialvård på en vårdcentral. SMT 1973; 50(1): 9 - 14.
5. Hälsoplan. Skaraborgs läns landsting, Mariestad, 1970.
6. Demitz-Helin G och Tengsund A. Landstinget i Skaraborg 1963 - 1987: spegling av ett kvartssekel, Mariestad, 1990 (s. 65 - 70).
7. Park, R.E, Burgess E.W., The City. (1st ed) Chicago, IL. University of Chicago Press, 1925.
8. Demitz-Helin G. Hälsoplan för Skaraborgs län. SMT 1971; 48(3):151 - 154.
9. Haglund BJA. Regnbågsmodellen och dess utveckling och användning från 1970 - 2023. SMT 2023;100(1):252 - 266. <https://publicera.kb.se/smt/article/view/22366/18280>.
10. Luepker RV, Rastam L, Hannan PJ et al. Community Education for Cardiovascular Disease Prevention: Morbidity and Mortality Results from the Minnesota Heart Health Program. Am J Epidemiology 1996;144(4):351 - 362.
11. Mahmood SS, Levy D, Ramachandran SV and Wang TJ. The Framingham Heart Health Study and the Epidemiology of Cardiovascular Diseases: A Historical Perspective. The Lancet 2014; 383(9921):999 - 1008.
12. Puska P, Vartiainen E, Nissinen A, et al. Background, Principles, Implementation and General Experiences of the North Karelia Project. Global Heart 2016;11(2): 173 - 178.
13. Haglund, BJA, Isacson, S-O. (Eds.) Offensivt hälsoarbete. Kommundiagnostik - erfarenheter från hälsoprofil-77. SPRI, rapport nr 84, 1982.
14. Haglund BJA. Samhällsdiagnosens roll i preventivt arbete - en teoretisk ram. SMT 1990;67(5 - 6): 226 - 233.
15. Bolin A. Att arbeta förebyggande inom primärvården. SMT 1983;60(1): 54 - 60.
16. Hälsovårdsenheten. Hälsoarbete i Skaraborg. Presentation på Landstingsmötet 1985. Rapport i vit serie, Skövde, 1985.
17. Haglund BJA och Heap A. Projekt modellbyggare. Sambandet mellan psykisk och fysisk ohälsa och lösningsmedelsexposition vid plastmodellbygge hos skolungdom. En matchad kohortstudie - resultat. Hälsovårdsenheten, Skövde, 1979.
18. Haglund BJA och Jansson B. Samhällsdiagnos - ett hjälpmedel även i arbetsmiljöarbetet. SMT 1990; 67(5 - 6): 252 - 262.
19. Haglund BJA och Jansson B. Att förebygga lösningsmedelsskador. SMT 1983;60(1):45 - 53.
20. Jansson B and Haglund BJA. Intervention strategies directed at exposure to organic solvents at work-sites. A case study. Journal of Primary Prevention 1991;11:291 - 313.
21. Axelsson O, Andersson K, Deasai G, Fagerlund I, Jansson B, Karlsson C, Wingren G. A case-referent study on lung cancer in relation to radon exposure and active and passive smoking. Scand J Work Environ & Health 1988;14: 286 - 292.
22. Tholander M, Jansson B, Axelsson O. Radon exposure in Swedish dwellings - attitudes and elimination. Poster presented at the 4th international conference on indoor air quality and climate. 17 - 21 Aug, West Berlin, 1987.
23. Crommert CG, Hagaeus AC, Hellgren H, Jansson B, Klang B, Ström B, Voog L. Ansamling av missbildningar observerade vid sjukhusets förlösningsavdelning i Lidköping perioden april - augusti, 1987. Rapport, Samhällsmedicinska enheten, Skövde, 1987.
24. Jansson B and Voog L. Dioxin from Swedish municipal incinerators and the occurrence of cleft lip and palate malformations. Intern J Environmental Studies 1989;34: 99 - 104.

Landstingets hälsovård - rapportserier

A. Projektplaner (svart omslag)

1. Dokumentationscentral (1974).
2. Hälsokontroll 61 år (1974).
3. Rökfri MVC-BVC (1975).
4. Preventiv psykiatri och samhällsarbete - teoridel (1975).
5. Hälsoupplysning och hälsovård i skolan (1975).
6. Preventiv psykiatri och samhällsarbete - försöksverksamhet (1975).
7. Olycksfall i arbetsmiljö - utveckling av instrument för praktiskt skyddsarbete (1976).
8. Ett antirökprojekt bland 6:e klass elever i Skövde (1976).
9. Landstingets externa företagshälsovård i Skaraborgs län - försöksverksamhet (1976).

10. Rökfri MVC-BVC – psykosocial delstudie (1976).
11. Att umgås med barn. En försöksverksamhet med föräldragrupper (1976).
12. Företagshälsovård för verksamma inom lantbruket i Skaraborgs län – försöksverksamhet (1976).
13. Olycksfall – försök med olycksfallspreventiv verksamhet i en kommun (1976).
14. Program för tobaksinformation i Skaraborgs län (1977).
15. Projekt modellbyggare (1978).
16. Datarutin för landstingets externa företagshälsovård (1978).
17. Hälsoprofil Skaraborg 1977 (1978).
18. Att förebygga lösningsmedelsskador – en preventiv modell (1979).
19. Självordsförebyggande verksamhet i Skaraborgs län (1982).
20. Hälsoverksamheter i företag. Försöksverksamhet i Vara kommun. (1982).
21. Självordsförebyggande verksamhet i Skaraborgs län. Del III. Avrapportering (1985).
22. Olycksfallsstudien i Skaraborgs län – Huvudrapport (1987).
23. Att förebygga olycksfallsskador - erfarenheter från samhällsbaserad skadeprevention (1987).
24. Olyckor bland barn och ungdom (1987).
25. Epidemiologisk studie av hemolycksfall på 2 454 lantgårdar i Falköpings och Lidköpings kommuner (1987).
26. Arbetsolycksfall inom lantbruket (1987).
27. Säkerhet vid skogsarbete inom lantbruket – försök med skyddsutbildning i Skaraborgs län (1987).
28. Endagskurser för lantbrukare i skyddsfrågor vid skogsarbete, Skövde (1986).
29. Att förebygga besvär och sjukdomar i rörelseorganen. Åtgärdsprogram i Skaraborgs län (1988).

B. Litteraturoversikter (vitt omslag)

1. Företagshälsovård för lantbrukare (1976).
2. Hälso- och arbetsmiljöförhållanden inom lantbruket (1976).
3. Olycksfall (1977).
4. Externa företagshälsovården, Skaraborgs läns landsting (1978).
5. Psykosocial funktion inom företagshälsovården (1978).
6. Organiska lösningsmedel i Skaraborgs län – förekomst och hälso- och sjukfaror (1981).
7. Miljömedicin – förebyggande av miljörelaterad ohälsa i en kommun (1981).
8. Tobaksrökning som arbetsmiljöproblem (1980).
9. Att finna tidskrifter om olycksfall/skador (1984).
10. Skador genom yttre våld – barn (1984).
11. Svensk bibliografi över skador genom yttre våld – barn (1985).
12. Hälsoarbete i Skaraborg – presentation vid landstingsmötet 1985 (1985).
13. Cancer - förekomst, utbredning och trender. Underlagsrapport till folkhälso- och sjukvårdsrapport för Skaraborgs län (1987).
14. Hälso- och sjukvårdens ansvar och medverkan i det skadeförebyggande arbetet. Underlagsrapport till Landstingsförbundets rapport om Hälso- och sjukvården inför 90-talet (1987).

C. Metodikerapporter (blått omslag)

1. Metodik vid blodtrycksmätning (1977).
2. Att förebygga arbetsolycksfall (1977).
3. Att umgås med barn – studiehandbok (1977).
4. Att registrera olycksfall (1978).
5. Att analysera arbetsolycksfall (1979).
6. Socialmedicinsk arbetsmodell för utredning av lösningsmedelsskador (1980).
7. Utbildning om arbetsolycksfall (1982).
8. Självordsförebyggande verksamhet i Skaraborgs län. Del IV. Manual för självordsstatistik (1985).
9. Arbetsmanual för läkare vid utredning av lösningsmedelsskada. (1982).
10. Skyddsmanual för lantbruket – arbetsolycksfall (1982).
11. Skyddsmanual för industrin - arbetsolycksfall (1982).
12. Utbildnings- och faktapärm för vårdpersonal om tobak och arbetsmiljö (1983).

D. Resultatrapporter (grön serie)

1. Rökfri sjuk- och hälsovård – kampanjens uppläggning och resultat (1976).
2. När ett barn blir sjuk – 242 föräldrars uppfattning om en informationsbroschyr inom barnhälsovården (1976).
3. Behandling av övervikt i Skara kommun (1976).
4. Högt blodtryck – en pilotstudie i Skara, Mariestad och Karlsborgs kommuner (1976).
5. Cancerincidensen i Skaraborgs län 1971. En förberedande studie med utgångspunkt från cancerregistret (1976).
6. Ibland kan livet hänga på en tråd. Utvärdering av en reflexkampanj i Skaraborgs län (1977).
7. Att umgås med barn (1978).

8. Rökfri MVC-BVC – psykosocial funktion (1978).
9. Hälsokontroll 61 år. En samordnad social och medicinsk uppsökande verksamhet bland äldre (1978).
10. Olycksfall i arbetsmiljö – praktisk tillämpning av en analysmodell (1978).
11. Projekt modellbyggare (1979).
12. Cancerincidensen i Skaraborgs län år 1964 - 1972 (1979).
13. Olycksfall i Falköpings kommun 1978 (1979).
14. Projekt integrerad hälsovård 1978 – det första året. Delrapport (1980).
15. Hälsoprofil Skaraborg 1977 - projektrapport (1980).
16. Självmoordsförebyggande verksamhet i Skaraborgs län – självmord år 1969 - 1977 jämfört med år 1978 (1982).
17. Tandvårdsbehov i Skaraborgs län 1982 (1982).
18. Externa företagshälsovården, Falköping (1981).
19. Missfallsregister i Skaraborgs län. Pilotstudie rörande kartläggning av totala antalet missfall i en befolkning, 1981.
20. En epidemiologisk studie av hemolycksfall på 2 454 lantgårdar i Falköpings och Lidköpings kommuner år 1983 (1986).
21. Arbetsolycksfall inom lantbruket - en epidemiologisk studie på 2 454 lantgårdar i Falköpings och Lidköpings kommuner år 1983 (1986).
22. Radon i bostäder – inventering av åtgärder och informationsbehov i Skövde kommun (1983).
23. Primärvårdsutbildning i R – län. Rapport- och resultatredovisning (1983).
24. Fosterskador i Skaraborgs län åren 1973 - 1978 (1982).
25. En epidemiologisk kartläggning av barnleukemier i Skaraborgs län (1982).
26. Cancerincidensen i Skaraborgs län 1964 – 1977 (1982).
27. Utveckling av hälsofostran i skolan. Rapport 1982 - 1983 (1984).
28. Varaprojektet. Integrerad hälsovård. Rapport 1978 – 1983 (1984).
29. Att förebygga lösningsmedelsskador. En modell för praktiskt skyddsarbete inom träindustrin i Tibro. Slutrapport till Arbetsmiljöfonden (1985).
30. Utvärdering enligt EKNA-modellen av utbildning i studiecirklar om lösningsmedel - medicinska effekter och arbetshygieniska åtgärder (1983).
31. Dokumentationscentral vid Hälsovårdsenheten (1985).
32. Undersökning om polisens sömn- och matvanor i relation till arbetstiden inom övervakningssektionen, Falköpings polisdistrikt (1983).
33. Vårdplanering inom primärtandvården Skaraborg år 1980 – 1985 (1986).
34. Skyddsutbildning för skogsbönder (1986).
35. Ansamling av missbildningar observerade vid sjukhusets förlossningsavdelning i Lidköping perioden april-augusti 1987 (1987).

E. Verksamhetsbeskrivningar (Brun serie)

1. Utvärderingsmodell för projektet ”Hälsovård i Vara” – en metodutveckling av kontinuerlig processbeskrivande utvärdering av sjuk- och hälsovård (1978).
2. Program för tobaksinformation – lägesrapport (1978).
3. Livskvalitén hos hypertonipatienter – en pilotundersökning om psykologiska och sociala faktorer påverkan av diagnos och behandling (1978).
4. Program för tobaksinformation. Lägesrapport (1979).
5. Bröstcancer - epidemiologi och prevention. Referat och kommentarer från en konferens om bröstcancer, oktober, 1979 på Hälsovårdsenheten, Skövde (1979).
6. Kort presentation av verksamheten vid landstingets hälsovård (1980).
7. Seminarieriet om allmänläkarrollen i Skaraborgs län 1980 – 1981 (1981).
8. Kommuntabeller HPS 77. 1 – 16 olika tabeller för R- län (1981).
9. HPS 77 Tabellbilaga. Metod för genomförande. Tabell 2 – 19 (1981).
10. Tandvårdsdag i Skara 29 maj 1980 (1980).
11. Verksamhetsbeskrivning 1984. Miljösektionen (1984).
12. Nordkarelenprojektet – Rapport från en studieresa (1987).

SMT – Temanummer

Förebyggande – i lagens namn. SMT 1983;60(1): 2 - 77.

Samhällsdiagnos, hälsoprogram och folkligt deltagande. SMT 1990;67 (5-6): 222 - 301.

Socialmedicin för säkerhets skull. SMT 2011;88(1):2 - 93.