

Skaraborg! Pionjär inom folkhälsoområdet

Sven-Olof Isacsson

Sven-Olof Isacsson, professor emeritus i socialmedicin. Specialist i internmedicin, kardiologi och allmänmedicin, Lunds universitet. E-post: sven-olof.isacsson@med.lu.se

År 1973 kontaktades jag av representanter för hälso-och sjukvårdsledningen i Skaraborgs län. Man behövde en hälsovårdsöverläkare för att bygga upp den förebyggande hälsovården i länet. Det skulle bli det sista steget i en närmast total omstrukturering av hälso-och sjukvårdssystemet. Efter många turer flyttade jag och familjen till Skövde. Under de kommande åren efter 1974 var jag ansvarig för att med kompetenta medarbetare skapa en för Sverige unik förebyggande hälsovård i ett helt län. Det lade grunden för mitt fortsatta yrkesliv. Vi visade att forskning kan tillämpas storskaligt bara man får chansen. Det fick vi i Skaraborg. Min berättelse handlar om hur jag själv "råkade" bli litet av en pionjär inom området prevention i praktiken. Den kan ses som ett exempel på hur till synes obetydliga händelser kan få stor betydelse i det långa loppet. Ungefär som vingslaget av en fjäril på ena sidan jordklotet kanske åstadkommer en storm på andra sidan. Men hur hade någon i Skaraborg fått idén till den djärva hälsoplan som man beslutade genomföra vid landstingsmötet 1971?

In 1973, I was contacted by representatives of the health care management in Skaraborg County, Sweden. A health care chief physician was needed to build up preventive health care in the county. It would be the last step in an almost total restructuring of the health care system. After many trips, my family and I moved to the city Skövde. In the coming years after 1974, I was responsible for creating, together with competent employees, preventive health care unique to Sweden in an entire county. It became the foundation for my continued professional life. We showed that research can be applied on a large scale if you get the chance. We got that in Skaraborg. My story is about how I myself "happened" to become a bit of a pioneer in the field of prevention in practice. It can be seen as an example of how seemingly insignificant events can have great significance in the long run. Much like the flapping of a butterfly's wings on one side of the globe might produce a storm on the other side. But how did someone in Skaraborg get the idea for the bold health plan that was decided to be implemented at the county council meeting in 1971?

Ett kort samtal, ett livsavgörande beslut

Av en tillfällighet blev jag läkare. Jag hade tänkt bli agronom. Jag var uppvuxen på en liten gård i Småland. Jag tog studenten i Växjö 1955 och kompletterade mitt studentbetyg i Lund samma år. En bekant, Växjöstudent liksom jag, läste in studentfysiken för att kunna söka in på läkarlinjen. Detsamma gjorde jag; för att bli agronom. Vid en fikapaus övertygade han mig om att läkaryrket var bättre. Vi sökte båda till läkarlinjen i Lund och kom in. Vi har sedan hängt ihop hela livet, även våra familjer, och har betytt mycket för varandra. Vi utbildade oss båda till specialister i invärtesmedicin, han i Karlskrona, jag i Borås. Jag fick sedan en tjänst som underläkare på kardiologen i Lund med Inge Edler (världsberömd för att tillsammans med fysikprofessorn Helmuth Hertz ha lagt grunden till ultraljudets användning inom medicinen) som chef (1). När jag var klar med specialistutbildningen i kardiologi erbjöds jag att arbeta med en epidemiologisk studie av män i Malmö, alla födda 1914. Studien var en av flera i några länder där bland annat förekomsten av åderförkalkning i hjärta och blodkärl skulle jämföras. Det passade mig som hand i handske. Jag disputerade 1972 och promoverades till medicine doktor i Lunds domkyrka samma år (2). Jag lyckades få betyget berömlig på avhandling och disputation vilket på den tiden innebar att jag direkt kunde bli oavlönad docent vid Lunds universitet. En proformaföreläsning för ortopediprofessorn Göran Bauer och några studenter räckte för att min docenturansökan snabbt godkändes. Jag höll min docenturföreläsning om förebyggande medicin. Av någon för mig fortfarande oklar anledning hade jag under mina grundstudier och senare som invärtes medicinare och kardiolog blivit intresserad av prevention av hjärt-kärlsjukdomar. Förklaringen var sannolikt att jag under min utbildning till invärtes medicinare i Borås tillsammans med klinikchefen docenten Olle Forsman och några kollegor brukade resa till Göteborg på fredagarna och lyssna på vetenskapliga föredrag på medicinkliniken. Professor Lars Werkö var klinikchef där och landets mest respekterade forskare och ledare inom hälso-och sjukvården. Där fanns ett par av Sveriges blivande giganter på det hjärt-kärlepidemiologiska området, Gösta Tibblin (senare professor i socialmedicin och därefter i allmänmedicin) och Lars Wilhelmsen (senare professor i invärtesmedicin). Jag lärde känna dem och deras forskning. Vi blev med tiden vänner och jag hade stor nytta av dem när jag höll på med mitt avhandlingsarbete. En annan händelse kan också ha påverkat mig. Under sista månaderna av min tjänstgöring i Borås råkade jag av en tillfällighet under några månader få vikariera som chef för landets första hjärtintensivvårdsavdelning. Den hade tillkommit på initiativ av biträdande överläkaren Herbert Wingsstrand. Han hade fått en chefstjänst på ett annat sjukhus och måste flytta. Jag stod närmast i tur att rycka in. Det var oerhört lärorikt och spännande. Men

även om dramatiken på avdelningen var stimulerande började jag fundera över om det inte borde finnas möjligheter att förebygga hjärtinfarkter. Vid den här tiden var dödligheten i hjärtinfarkt extremt stor (3).

Skaraborg: det lilla länet med stora tankar om hälsa.

När jag sökte litteratur till min docenturföreläsning hittade jag bland annat en utredning med titeln *Hälsoplan – Skaraborgs läns landsting* (4). Det var en detaljerad plan för hur hälsovården och det förebyggande arbetet skulle genomföras i Skaraborgs län. Även om planen inte specifikt handlade om hjärt-kärlsjukdomar blev jag imponerad av helheten i tänkandet kring hur ett förebyggande arbete skulle kunna bedrivas.

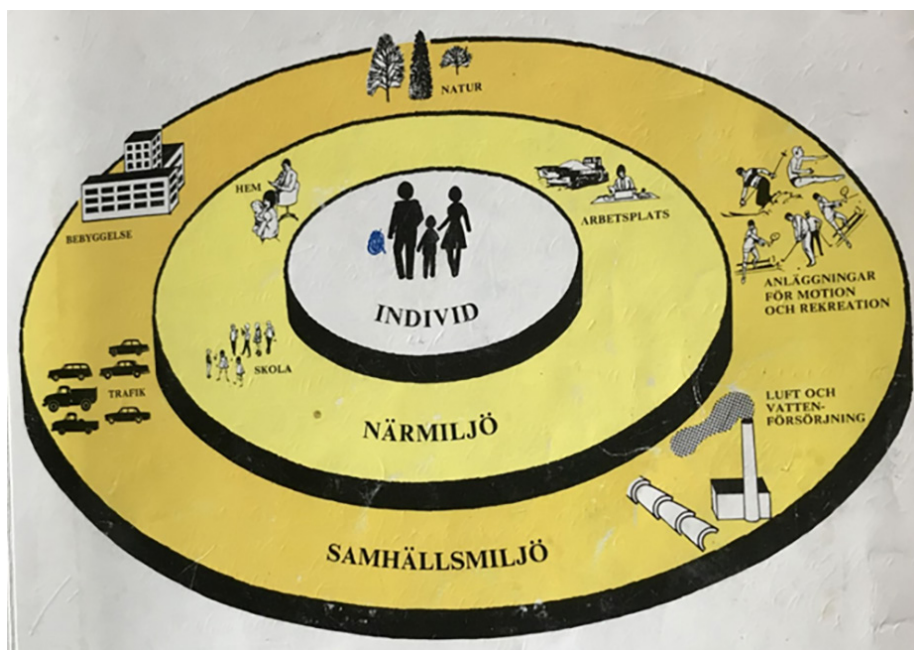
Den kom att bestämma mitt fortsatta yrkesliv och även mycket av mitt fortsatta liv. Jag var docent i Socialmedicin, ett ämne som även omfattade epidemiologi, förebyggande medicin och folkhälsovetenskap. I Sverige finns en Socialmedicinsk förening. Antalet socialmedicinare var och är få så nästan alla kände varandra på 70-talet. En erfaren socialmedicinare var docent Claes-Göran Westrin. Han var även specialist i psykiatri. Han blev med tiden professor i socialmedicin i Uppsala. I början av sjuttio-talet var han en av cheferna för hälso- och sjukvården i Skaraborgs län. På ett socialmedicinskt möte 1973 frågade han mig om jag ville komma till Skövde en tid och diskutera hur hälsovårdsarbetet skulle planeras inom ramen för en total omstrukturering av all hälso- och sjukvård i länet. Man höll på att omsätta den hälsoplan jag docenturföreläst om i praktiken! Det hade jag ingen aning om. Detta kanske var något för mig? Jag var biträdande överläkare på socialmedicinska kliniken i Malmö. Socialmedicin var också en liten del av läkarutbildningen och Malmö Allmänna Sjukhus var sedan 1948 universitetssjukhus. Jag undervisade studenter och utredde tunga socialmedicinska fall som remitterats från olika kliniker. Någon primärvård värd namnet fanns ännu inte i Malmö. Det fanns företrädare inom politik och sjukvård i staden som menade att det inte behövdes någon primärvård i Malmö. Allt kunde klaras av organspecialister (och av oss?). Jag reste till Skövde. Stannade i tre månader, reste runt och blev informerad om länets hälso- och sjukvård. Min nyfikenhet och mitt intresse ökade oavbrutet. Min familj bodde kvar i vårt fina radhus i Lund där barnen gick i skola. Jag pendlade. Samtidigt blev jag erbjuden av opponenter på min avhandling, docenten i klinisk fysiologi Curt Furberg att komma till Minneapolis i USA och efterträda honom som ansvarig för laboratoriet i klinisk fysiologi i ett av världens största kardiovaskulära, preventiva forskningsprojekt (5). Han hade under drygt ett år arbetat där. Nu hade han erbjudits en tjänst i Washington och skulle flytta dit. Jag hade en bra klinisk utbildning. Jag hade gjort mitt avhandlingsarbete med kliniskt fysiologiska metoder (undersökningar av hjärta, perifer cirkulation, lungfunktion och in-

ternationellt utarbetade frågeformulär om riskfaktorer för hjärt-kärlsjukdomar mm). Jag blev bjuden på resa till Minneapolis och bodde en vecka hos Furbergs familj. Jag presenterades för hans medarbetare. Han lovade försöka hitta en bra bostad och en skola till barnen. Jag lovade komma. Jag köpte en av hans bilar, en TV och utförsåkningsskidor. Åkte hem och fick familjen att följa med. Minneapolis var ett av flera centra som deltog i studien som jag skulle arbeta med. Den omfattade 3806 friska medelåldersmän med primär hyperkolesterolemi som dubbelblint behandlades med en kolesterolsänkare (cholestyramine) under 7,4 år (LRC studien). Det var ett pulver som smakade apelsin och som man skulle ta dagligen under sju år. Hälften av männen fick alltså ta placebo under sju år. Jag och två laboratorieassistenter ansvarade för undersökningar med EKG, arbetsprov på gångmatta och blodtryck i foten med doppler. Jag tolkade alla EKG och arbetsprov och skickade mina svar till det gemensamma forskningscentret i USA. Arbetet var mycket lärorikt eftersom jag även deltog i utbildning av individer i annan stor studie. Det var också en av världens då största studier där medelålders män med hög risk att få hjärtinfarkt undervisades om ändring av levnadsvanor för att minska risken för hjärtinfarkt, MRFIT-studien (6). Knappast någon annanstans i världen skulle jag kunnat lära mig så mycket om hur man planerar och genomför stora och viktiga forskningsprojekt inom det epidemiologiska, förebyggande området med fokus på hjärt-kärlsjukdomar. Efter ett år var min tid i USA över.

Innan jag reste till USA hade jag haft en lång och bra förhandling om mitt kommande arbete i Skaraborg med sjukvårdschefen Sven Bengmark. Jag var modig (stor tuppkam). Man hade påbörjat genomförandet av hälsoplanen: en begynnande hälsoupplysning med en storrökande chef och en hälsovårdschef som påbörjat uppbyggnad av en företagshälsovård för länet. I Skara hade man påbörjat enkla hälsokontroller av medelålders män. Skara var en av länets 16 kommuner. Resultatet av förhandlingen blev att jag fick tjänstledigt ett år för att arbeta i USA. Jag lovade komma till Skövde. Min bas skulle sedan vara i Skövde och ingen skulle få bestämma mina arbetstider. Jag ville även vara min egen chef. Om Bengmark inte var nöjd med mitt arbete fick han avskeda mig. Jag lovade ordna med en kompetent vikarie medan jag var i USA (Leif Svanström, senare professor i Socialmedicin Karolinska Institutet). Innan jag reste från Skaraborg lade jag tillsammans med några distriktsläkare grunden till tre forskningsprojekt inom primärvården i tre kommuner (sluta röka, börja motionera, gå ned i vikt). Jag skulle utvärdera dem när jag kom åter från USA. Under tiden sköttes arbetet av Svanström.

I juli månad 1974 flyttade hela familjen från Minneapolis/S:t Paul till en lägenhet i Skövde. Vi hade beställt ett hus på Billingesluttningen men det var inte färdigt. Min arbetsplats var i ett litet utrymme i gamla sjukhuset. Hustrun

fick ett bra jobb som sjukgymnast och barnen började skolan. Jag hade en ganska klar bild av hur jag skulle bygga upp hälsovårdsarbetet i länet. Allt måste ske i projektform och allt skulle utvärderas innan förslag till beslut om fortsättningen lades fram för sjukvårdsledningen där alla blockchefer (alla specialiteter, allmänmedicin, psykiatri, kirurgi etc.) i länet var med. Alla utvärderingar trycktes i ett ganska stort antal exemplar och personligen redovisade jag resultaten för hela sjukvårdsledningen med förslag att inte gå vidare eller att omsätta det praktiskt i länet. Min verksamhet tillhörde organisatoriskt primärvården och allmänmedicinen. Jag var förutom hälsovårdsöverläkare även vice primärvårdschef. Förträffligt och betydelsefullt! Centralt i Hälsoplanen var att hälsan bestämdes inte enbart av den enskilde individen utan av närmiljön (bl. a skola, hem och arbetsplatser) och samhällsmiljön (luft, vatten, försörjning, anläggningar för motion och rekreation, natur, bebyggelse, trafik mm). Tre koncentriska cirklar på hälsoplanens framsida symboliserade människans totala livssituation: 1) individens ansvar samt 2) närmiljöns och 3) samhällsmiljöns betydelse



Figur 1. Hälsoplan Skaraborgs läns landsting.

Även om hälsovårdsarbetet styrdes från hälso- och sjukvården med sin hälsovårdsenhet måste kunskaper om närmiljön och samhällsmiljön få en allt viktigare roll i allt hälsovårdsarbete.

Jag hade anställt några medarbetare innan jag reste till USA men nu fortsatte en omfattande rekrytering av personer med annan utbildning än medicinsk (socio­n­o­m­e­r, s­o­c­i­o­l­o­g­e­r, s­ta­ti­st­i­k­e­r, s­e­k­r­e­t­e­r­a­r­e m fl.). Pågående och planerade projekt styrde rekryteringen. Det krävdes bra kompetens för att skriva projektplaner, genomföra projekt, utvärdera. En viktig medarbetare som kom att betyda mycket för arbetet med kommundiagnoser var Bo Haglund, som även han senare blev professor i Socialmedicin på Karolinska institutet.

År 1975 var följande projekt aktuella vid Hälsovårdsenheten:

1. Hälsokontroller av individer i åldrarna 30–58 år, försöksverksamhet i fyra kommuner.
2. Rökavvänjning
3. Aktivering av ”soffliggare”
4. Viktnedskningsprojekt
5. Blodtrycksprojekt, försöksverksamhet i fyra kommuner
6. Rökfri MVC-BVC i flera kommuner
7. Rökfri sjukvård förlagt till Kärnsjukhuset och en vårdcentral
8. Skolan. Hälsoupplysning och hälsovård
9. Dokumentationscentral
10. Motionsprojekt, broschyrer, affischer
11. Företagshälsovård
12. Preventiv psykiatri(själv­m­o­r­d­sp­r­e­v­e­n­ti­o­n)
13. Olycksfall
14. Utbildning av distriktssköterskor
15. Hälsokontroller av pensionärer
16. Jordbrukets företagshälsovård
17. Föräldrautbildning
18. Hälsovård, en helhetsplan baserad i vårdcentralen i en kommun

Under min tid som hälsovårdsöverläkare (chef 1974–1981) genomfördes alla projekten och flera permanentades. Kostnaderna för alla delar beräknades med hjälp av sjukvårdsledningens ekonomer samt ekonomer från SPRI, Hälso- och Sjukvårdens utvecklingsinstitut i Stockholm. Hälsovårdens praktiska verksamhet skulle ha sin bas i vårdcentralerna. Kommuninnevanarnas hälsa studerades epidemiologiskt och redovisades i form av kommundiagnoser som låg till grund för folkhälsoarbetet i kommunen. Först på plan var VARA kommun med sina

drygt 23 000 invånare varav cirka 4000 i tätorten Vara. Hälsovården hade egna lokaler i vårdcentralen. En erfaren distriktsköterska blev chef för hälsovårdsavdelningen direkt under chefsläkaren för vårdcentralen. Verksamheten i Vara var ett försök att samordna alla förebyggande aktiviteter till en verksamhet som bedrevs i samarbete med distriktsläkare, distriktsköterskor, socialbyrå, skola och intresseföreningar.

Totalt arbetade sex personer med hälsovården. Två var distriktsköterskor, två beteendevetare, en undersköterska, en receptionist. Beteendevetarna kom från hälsovårdsenheten i Skövde några timmar i veckan, receptionisten hade man gemensamt med vårdcentralen. Senare etablerades även den externa företagshälsovården i hälsovårdsavdelningen. Man erbjöd företagshälsovård till intresserade företag mot betalning. Tillgång till utbildade läkare, tekniker mm erbjöds. I länet kom omkring 25 000 anställda så småningom att ha tillgång till denna typ av företagshälsovård. Vara var första kommun i landet med en friskvård/hälsovård integrerad i en vårdcentral. Jag hade nu ansvarat för att etablera en ganska väl fungerande hälsovårdsenhet som utgjorde navet i hälsovården i länet. Det var den sista delen av den grundplan för den långsiktiga utformningen av länets hälso- och sjukvård som hade fastställts redan 1965. De andra två delarna var den specialiserade vården med mindre sjukhus i Lidköping, Mariestad och Falköping och ett nytt Centralsjukhus i Skövde, Kärnsjukhuset KSS, samt vårdcentraler i varje i kommun. Både Kärnsjukhuset och vårdcentralerna fanns på plats när jag kom till länet 1973. Ett embryo till Hälsovårdsenhet fanns sedan något år med en chef och en hälsoupplysningsledare. Med början i liten skala 1973 och sedan intensiv verksamhet under åren 1975 till 1978 genomfördes även hälsoplanen. Beslutet om hälsoplanen hade fattats vid landstingsmötet våren 1971. Den var till sitt innehåll optimistisk, positiv och ambitiös och väckte redan från början stor uppmärksamhet och även förväntan på riksplånet. Vi kom att motsvara dessa förväntningar. Nästan varje vecka fanns artiklar om pågående eller avslutade projekt i någon av länets många tidningar. Vi var nu väl etablerade och 1978 flyttade vi in i nya lokaler. Taket på en av flyglarna på Kärnsjukhuset skrapades bort och på taket av sjukhuset byggdes nya lokaler till vår verksamhet. Imponerande! Uppmärksamheten ökade i hela landet. Mängden studiebesök från andra landsting, från rikstidningar och radio ökade för varje vecka. Vi bedrev även kvalificerad forskning som resulterade i flera avhandlingar. Särskilt uppmärksammades vårt blodtrycksprojekt som visade att blodtrycksmottagningar där en välutbildad sköterska ansvarade för kontroller och till och med vissa justeringar av medicinering var mer kostnadseffektiva än traditionella kontroller hos läkare. Distriktsläkaren Lennart Råstam gjorde sin avhandling på projektet (7). Han blev senare professor i folkhälsovetenskap. Olycksfallsprojektet som började i Falköping fick internationell spridning ge-

nom Leif Svanström, senare professor vid Karolinska institutet.

År 1981 sökte jag och fick en professur i Socialmedicin vid medicinska fakulteten, Lunds universitet. Professuren var förenad med en överläkartjänst och klinikchefsuppdrag vid universitetssjukhuset Malmö Allmänna Sjukhus (MAS). Jag hade gjort mitt i Skaraborg men faktum är att jag kände skam över att ”sticka” från ett fantastiskt jobb. Ett jobb som kom att präglade hela mitt återstående liv på ett mycket positivt sätt. Men jag visste att det fanns många som ville ha mitt jobb och fortsätta verksamheten även om det skulle ske på ett annat sätt. Samtidigt kände jag stolthet över det jag fått vara med om att skapa. Häromdagen (2024 nästan 50 år senare) sökte jag på nätet. Någon hälsovårdsenhet hittade jag inte någonstans. Hade mina år i Skaraborgs län haft någon betydelse för hälsan i länet? Att utvärdera förebyggande insatser är inte lätt. Tag som exempel åtgärder för att få folk att sluta röka. Forskning visar otvetydigt att rökning är en av de viktigaste orsakerna till flera sjukdomar (lungcancer, KOL, hjärtinfarkt m fl.). Hälsoupplysning, lagstiftning mot rökning, prissättning mm har utan tvekan bidragit till drastiska effekter på sjuklighet och dödlighet nationellt och globalt. Men att visa att ett enskilt projekt haft effekt på sjuklighet och dödlighet är komplicerat. För det första är det omöjligt att genomföra en randomiserad studie på rökare. Man kan inte tvinga varannan deltagare att inte röka resten av livet och varannan att fortsätta. Enklare är det att visa att ett visst läkemedel har effekt på en sjukdom genom att randomiserat och dubbelblint behandla en grupp frivilligt medverkande försökspersoner kanske under flera år (vare sig forskaren eller försökspersonen vet om det är aktiv substans eller placebo). LRC studien som jag medverkade i under året i USA är ett typiskt exempel (se ovan). När det gäller rökning får man nöja sig med s.k. observationsstudier som innebär att man följer tusentals individer som fortsatt röka och de som slutat röka under många år eller tills de dör. Totalt kan det handla om upp till miljonen män och/eller kvinnor som man följer. Under många decennier (slutet av nittonhundratalet) var livslängden bland danskar omkring tre år kortare än bland svenskar. Det berodde nästan helt på skillnader i rökvanor, delvis på alkoholvanor. Nu (2023) är skillnaden ett år. Det tar lång tid att ändra ett beteende särskilt om beroende finns med i bilden. Det jag bidrog med under mina cirka sju år i Skaraborg var att lägga grunden till en vetenskaplig bas för hälsovårdsarbetet i ett helt län. Så här i backspegeln anser jag att det lyckades vi med. Mina efterträdare skulle nu få ansvaret för att fortsätta arbetet i Skaraborg. Jag för min del skulle börja ett nytt arbete som professor vid medicinska fakulteten vid Lunds universitet och tillika överläkare och klinikchef vid socialmedicinska avdelningen Malmö allmänna sjukhus, MAS. Malmö var vid denna tidpunkt ett eget ”landsting”, med egen sjukvårdsstyrelse. Så var det fram till 1998 då Malmö blev en del av Region Skåne. Det innebar att under mina första 16 år i Malmö ingick att ta

fram underlag för det förebyggande arbetet i kommunen och föreslå politikerna hur folkhälsoarbetet skulle genomföras på vetenskapliga grunder. Denna del av mitt arbete blev till stora delar en fortsättning på Skaraborgserfarenheterna. Den epidemiologiska forskningen och folkhälsoarbetet vid vår institution kom att bli mycket framgångsrikt de kommande åren. Det är svårt att avgöra om pionjärarbetet under min tid i Skaraborg förbättrat hälsan i länet. Uppmärksammade och unika projekt som ytligt sett tycks ha effekter på hälsan har kanske påverkat politiker och andra beslutsfattare att driva utvecklingen i rätt riktning för en bättre folkhälsa? Det var sannolikt orsaken till det djärva beslutet 1971 att genomföra hälsoplanen i Skaraborgs län. Men varifrån kom idén?

Som jag nämnt tidigare höll jag min docenturföreläsning inspirerad av Skaraborgs landstings hälsoplan. Vid den tidpunkten funderade jag inte på varifrån man fått idéerna. Men jag minns att några forskare jag kände och som tydligt kände till hälsoplanen nämnde namnet Lalonde. Nu när jag granskar hälsoplanen ser jag att där finns inte en enda referens. Men givetvis hade någon fått idéerna från någon vetenskaplig litteratur. Hälsoplanen byggde ju på till synes kvalificerad forskning. Namnet Lalonde fanns fortfarande kvar i mitt minne. Jag sökte på namnet. Det visade sig att det fanns en rapport från Ottawa: Government of Canada, 1974, författad av *M Lalonde: A new perspective on the health of Canadians. A working document.* (8) Jag kunde inte hitta någon referens i vetenskapliga databaser. Marc Lalonde var Canadian Minister of Health and Welfare år 1974. Rapporten skrevs av en grupp tjänstemän som hade tillgång till epidemiologiskt omfattande undersökningar av kanadensarnas hälsa. Kanada ansågs då vara det land som hade de etniskt största skillnaderna i hela världen. Hälsoskillnaderna och skillnaderna i livslängd var mycket stora. Det var uppenbart att livsstilen och omgivande närmiljö och samhällsmiljö bidrog till ohälsan i socioekonomiskt utsatta grupper. Skulle man komma åt hälsoskillnaderna skulle det inte räcka med att arbeta med ett traditionellt medicinskt och biologiskt synsätt. Rapporten anses fortfarande vara den första moderna politiskt framtagna rapporten i västvärlden att bekräfta att det inte räcker med ett biomedicinskt baserat hälso- och sjukvårdssystem om folkhälsan skall förbättras. Vidare påpekade man i rapporten att det är den lokala hälso- och sjukvården som oftast definierar för invånarna vad som är viktigt för en bra hälsa. Eftersom Skaraborgs landstings hälsoplan kom redan i oktober 1970 måste idéerna bakom Lalondrapporten diskuterats internationellt under många år, även i Skaraborg. I tidningen Kontakt R, Skaraborgs läns landstings informationstidning skrevs artiklar om betydelsen av förebyggande hälsovård av bland andra professor Lars Werkö. Han skrev om hälsokontroller och professorn i socialmedicin vid Karolinska institutet Gunnar Inghe skrev om företagshälsovården och samhället. Andra viktiga bidrag var från primärvårdsläkare med socialmedicinsk

utbildning eller intresse. En av dem var ordinarie provinsialläkare i Tidaholms kommun sedan 1966, en annan i Götene kommun sedan många år (Börge Melgård). Melgård var även sekreterare i Skaraborgs läns provinsialläkarkrets och hade många tillfällen att diskutera betydelsen av en totalsyn på hälsovården inom länet. Han föreslog även att socialmedicinen borde vara basen för hela hälso-och sjukvården. Den praktiska utformningen av en sådan basorganisation måste bygga på vårdcentralerna i kommunblocken, menade han. För mig är det troligt att dessa idéer sipprade ut till politiker och beslutsfattare i länet och att några tog till sig dem och drev dem inom hälso-och sjukvårdspolitik. Den hälsoplan som var klar 1970 hade utarbetats av sjukvårdsstyrelsens planeringskommitté. Ordförande var riksdagsmannen Harald Pettersson, ytterligare tre politiker samt sjukvårdsdirektören. Sekreterare i kommittén var biträdande sjukvårdsdirektören Sven Bengmark (senare när jag kom till länet var han sjukvårdsdirektör). Under mina år som hälsovårdsöverläkare var han min chef utan mellanhänder. Jag tror utan att kunna bevisa det att han var en av de verkligt drivande bakom hälsoplanen.

Hälsoplanens tre ringar som jag diskuterat tidigare sammanfattar orsakerna till ohälsa såsom den redovisades i Lalonderapporten. Överensstämmelsen är så stor att min slutsats är att den rapporten varit mer eller mindre avgörande för modet att omsätta hälsoplanen praktiskt i hela länet. I inledningen till hälsoplanen står det: ”hälsoriskerna i samhället kan inte effektivt motverkas genom insatser begränsade till sjukvårdshuvudmannens ansvarsområde, utan måste angripas framför allt från andra samhällssektorer. För att uppnå tillfredsställande effekt måste åtgärder mot hälsoriskerna i samhället också samordnas mellan de olika samhällssektorerna”.

Idag är ett sådant tänkande kanske inget märkvärdigt men i slutet av 1960-talet var det modigt av en sjukvårdshuvudman i ett litet landsting att våga omsätta dessa idéer praktiskt.

Att det lyckades berodde säkert på flera orsaker. Den egna övertygelsen, dåvarande landstingsförbundets stöd, starkt stöd från dåvarande chefen för Socialstyrelsen Bror Rexed samt möjligheter för alla landstingets invånare att ge synpunkter på hela hälsoplanen som presenterades i ett nummer av informationstidningen Kontakt R och som utsändes till alla hushåll i länet före beslutet. Alla hushållen fick sedan besvara frågor om vad de ansåg om att genomföra hälsoplanen i länet. Det blev ett mycket positivt gensvar. Men visst fanns det även kritiker till att man skulle lägga skattepengar ”på något så onödigt”. Även under tiden som jag var i länet skrev någon artiklar om hur onödigt vår verksamhet var. Det var en och annan läkare i länet som tyckte att det vi sysslade med var självklara saker som man redan hade under kontroll. Nästan alla var privatpraktiserande läkare eller distriktsläkare som kanske kände sig hotade

(att patienterna skulle försvinna). Men under alla mina år i Skaraborg var såväl tidningar som kollegor inom olika specialiteter positiva, uppskattande och stödjande. Jag tror det till stor del berodde på att det vi sysslade med var vetenskapligt väl underbyggt. Vi utvärderade allt och redovisade det offentligt och för kollegor och politiker. Transparensen var närmast total.

Till slut. Frågan är om det jag gjort under mitt yrkesverksamma liv haft någon betydelse för folkhälsan i Skaraborgs län? För landet? Globalt?

Vad är folkhälsa? ”Folkhälsa är ett samlingsbegrepp för hela befolkningens hälsotillstånd. Det handlar alltså om både hälsa och ohälsa. Begreppet folkhälsa gäller både nivån på hälsa, exempelvis medellivslängden i befolkningen, och fördelningen av hälsa, exempelvis medellivslängden i olika grupper i befolkningen. En god folkhälsa innebär, enligt WHO, att hälsan är så god och så jämnt fördelad som möjligt bland olika grupper i samhället. Hälsan i befolkningen formas genom ett samspel av faktorer som individen själv bär på, som genetiska faktorer, livsvillkor, levnadsförhållanden och levnadsvanor. Folkhälsan påverkas också av politiska beslut, samhällets organisation och resurser, och individens förutsättningar att fatta beslut som gynnar hälsan och åldersstrukturen i befolkningen. Många faktorer påverkar oss när vi växer upp, utbildar oss och arbetar och där vi bor och lever. De kallas hälsans bestämningsfaktorer. Samhällsplanering har en viktig roll för jämlik hälsa och hållbar utveckling” (9).

Min uppgift var att tillämpa den forskning som redan fanns för att förbättra hälsan i en hel befolkning. Min styrka var att jag hade en ganska gedigen kunskap om orsakerna till ohälsa och även om vad som borde vara möjligt att omsätta praktiskt för att minska den. Jag ansvarade för att genomföra projekt efter projekt som man redan visste skulle kunna påverka hälsan positivt. Det viktiga var att se om det kunde genomföras i Skaraborgs län. Om det visade sig vara praktiskt, ekonomiskt och vetenskapligt försvarbart började vi bit för bit genomföra det för att efter några år baka ihop alltsammans till en helhet som omsattes i en av de sexton kommunerna. Det blev VARA kommun med sina drygt 23 000 invånare. Det visade sig gå utmärkt men förutsatte att primärvården tog över och givetvis medverkade till att integrera hälsovårdsarbetet bit för bit i vårdcentralens ordinarie arbetsuppgifter. Jag medverkade till att visa att det var möjligt. Jag hade givetvis ingen aning om hur det skulle fungera efter några år med ny personal och kanske omstrukturering av hela vården och andra ekonomiska förutsättningar. Under min tid i länet var politikerna mycket generösa med resurser till vår verksamhet. Och skulle motorn i verksamheten, hälsovårdsenheten, överleva? Sociala medier fanns inte men lokala tidningar, rikstidningar, radio och vad jag minns även något Tv program gjorde att stora

delar av landets befolkning kände till vår verksamhet. Vi genomförde även en hel del forskning vilket gjorde att även vetenskapssamhället uppmärksammade oss och ansåg oss rumsrena nog att ordna vetenskapliga konferenser, bevilja medel till forskningsprojekt och medverka med föredrag både inom och utom landet. I det här läget var det fullt naturligt att jag när tillfället bjöds konkurrerade om en ledigförklarad professur i Socialmedicin vid Lunds universitet. Vi var nio sökande. Det blev jag som fick den. Man utnämndes på den tiden av regeringen. Givetvis var jag stolt. Men ytterst var det nog Lalonderapporten och skaraborgspolitikerna som bidrog till att jag nu blev professor vid medicinska fakulteten i Lund och överläkare och klinikchef vid Socialmedicinska kliniken Malmö Allmänna Sjukhus. Mina vetenskapliga publikationer från Skaraborgsverksamheten var sannolikt avgörande för att de fyra sakkunniga föreslog mig till professuren. Det var nytänkande. Både jag och Skaraborg hamnade i rampljuset. Nu var jag 45 år. Som professor stod det mig fritt att göra i stort sett vad jag ville. Jag hade tjugu år tills jag skulle gå i pension. Institutionens namn var *Institutionen för klinisk samhällsmedicin* i Malmö (den bytte senare namn till Samhällsmedicinska institutionen). Motsvarande fanns i Lund/Dalby. I Malmö skulle inriktningen på forskningen vara storstadens hälsoproblem, i Lund/Dalby landsbygdens.

Hälsoplan Skaraborg sprids till landets tredje stad

Skulle Skaraborgserfarenheterna påverka mitt nya jobb? Ja så blev det. I högsta grad! Jag hade egentligen två jobb. Det ena var som professor i socialmedicin samt prefekt för institutionen, det andra var som överläkare och klinikchef för den socialmedicinska avdelningen. Institutionen omfattade tre delar: socialmedicin, geriatrik och allmänmedicin. Jag hade förmånen att vara prefekt för denna annorlunda institution under hela sjutton år. Under dessa år växte institutionen från den mest obetydliga i fakulteten till en av de mest framgångsrika. Från tre institutionsdelar med totalt ett tiotal anställda till ytterligare avdelningar för hälsoekonomi, epidemiologi och läkemedelsepidemiologi. Från tre forskare till ett hundratal. Hur mycket jag påverkade verksamheten med idéer från Skaraborg vet jag inte. Men som handledare och prefekt hade jag ju en viss makt och kunskaper som sannolikt påverkade verksamheten i linje med den skaraborgska hälsoplanens grundfilosofi. Större för att inte säga stor betydelse hade skaraborgserfarenheterna för mitt uppdrag som klinikchef på den socialmedicinska kliniken.

Malmö var en segregerad stad med stora hälsoklyftor. I linje med skaraborgsättet att arbeta tog vi fram en epidemiologiskt grundad diagnos på hela staden, Folkhälsoplan för Malmö. Livslängden skilde sig upp till sju år mellan de olika

stadsdelarna. Socioekonomiska faktorer var överallt starkt relaterade till olikheterna i hälsa. Jag redovisade hälsoläget regelbundet för kommunstyrelsen och kom med förslag till åtgärder, förslag till struktur för en hälsoplan mm. Från obetydligt eller inget intresse ökade nyfikenheten om malmöbornas hälsa bland både politiker, kollegor, media och allmänheten. Olika projekt redovisades på nästan exakt samma sätt som i Skaraborg i tryckta utredningar. Klinikens egen personal och även forskare från institutionen medverkade i det lokala hälsoarbetet. Fram till 1998 var utvecklingen positiv och under politisk ledning av Malmös egen kommunstyrelse. Men 1998 övergick Malmö från att vara en egen landstingskommun till att bli en del av Region Skåne. Redan tidigare hade jag lämnat uppdraget som klinikchef och 2001 gick jag i pension avtackad av både kommunledning och fakultetsledning. Under åren som prefekt var jag under några år ordförande i utbildningsnämnden för läkare, sjukgymnaster och arbetsterapeuter. Jag vet att jag lyckades få gehör för större satsningar på utbildning i våra samhällsmedicinska ämnen, tidsmässigt och innehållsmässigt. Under många år var jag också sakkunnig och expert i olika forskningsråd både inom fakultet, nationellt och inom EU. Efter pensioneringen hade jag under de första tio åren flera uppdrag åt fakultet, universitet och som vetenskaplig rådgivare åt en populärvetenskaplig tidskrift om hälsa. För att klara det uppdraget måste jag nästan dagligen läsa vetenskapliga artiklar om vitt skilda områden från molekyl till själens innersta skrymslen.

Skaraborgs Hälsoplan flyger vidare

År 2010 hände något som jag anser hade stark koppling till mina skaraborgserfarenheter. Jag fick en dag i augusti ett samtal från folkhälsochefen i Malmö. Jag hade arbetat med henne innan jag gick i pension men inte träffat henne sedan dess.

Det var nästan tio år sedan. Hon berättade att kommunstyrelsen i Malmö under våren beslutat tillsätta en kommission för att få ett underlag till åtgärder mot den ojämlika hälsan i Malmö. Hon ville att jag skulle träffa kommunstyrelsens ordförande. Jag erbjöds bli ordförande i kommissionen. Jag var nyss fyllda 75 år. Jag lovade åta mig detta ärofulla uppdrag om jag fick inflytande över vilka som skulle ingå i kommissionen, att den måste vara opolitiskt sammansatt och en blandning av forskare och praktiker. Kommissionen kom att bestå av 14 kommissionärer, åtta forskare (varav sju professorer från olika vetenskapsområden) samt sex experter på Malmö kommun. Tillsammans ansvarade de för att ta fram 31 vetenskapligt väl underbyggda underlag om ohälsans socialt relaterade orsaker och ojämlikheter i Malmö kommun. De sammanställdes av två av professorerna i kommissionen (en medicinare och en sociolog) till slutrapporten: *Malmös väg mot en socialt hållbar framtid. Hälsa, välfärd och rättvisa* (10). Kommissionens rekommendationer täckte in 24 mål och 72 åtgärder som borde

vara praktiskt möjliga att genomföra kommande år. Fundamentalt i förslagen var förståelsen att skillnader i människors hälsa till stor del berodde på sociala faktorer. Detta var samma förklaring som man hade i Lalonderapporten 1974 och som enligt min mening var inspirationen till Hälsoplan, Skaraborgs läns landsting. Politikerna och några få som arbetade med folkhälsofrågor i Malmö kommun hade fått sin inspiration från rapporten *World Health Organisation on Social Determinants of Health. Closing the gap in a generation- health equity through action on the social determinants of health. Final report of the Commission on Social determinants of health. Geneva World Health Organization. 2008* (11). Den kommissionen leddes av professor Michael Marmot från London. Min mening är att även den rapporten inspirerats av den ursprungliga Lalondrapporten. Ungefär samtidigt som Malmökommissionens arbete genomfördes pågick ett EU-projekt om hälsans sociala bestämningsfaktorer. Det leddes av professor Michael Marmot. Ett av deras möten förlades tack vare honom till Malmö. Deltagare kom från alla EU-länderna och en dag ägnades helt åt Malmökommissionens pågående arbete. Sedan ett trettio år tillbaka kände jag Michael Marmot. Vi hade med tiden blivit vänner. Han dök ”oväntat” upp tillsammans med min fru mitt under min inledande redovisning av Malmökommissionens slutrapport den 1 mars 2013. Jubel från hundratals journalister, forskare, politiker m.fl. Under ett par år efter redovisningen av kommissionens slutrapport höll jag ensam eller tillsammans med någon av kommissionärerna föredrag eller deltog i konferenser om våra erfarenheter inom landet och i de nordiska länderna. Från Frankrike kom ett 50 tal av landets blivande ledare på studiebesök till oss i Malmö. Vi hade även haft en hel eftermiddag i riksdagshuset med direkt sändning i SVT 2. Jag menar att forskningen om ohälsans sociala orsaker som jag fått möjligheter att praktiskt omsätta i olika sammanhang kom från Skaraborg. Dit hade Lalondes idéer sippat på något sätt. Men varifrån fick Lalonde sina idéer? Det får ni som läst min artikel själva försöka komma på.

Malmökommissionens förslag till åtgärder började omedelbart genomföras och 2023 firade man ett tioårsjubileum med mer än 200 deltagare. Det finns väl dokumenterat på nätet (12). Man gjorde även en utvärdering i hopp om att kunna visa att de förändringar som skett vad beträffade hälsan i Malmö skulle kunna härledas till kommissionens förslag till åtgärder. Det var inte möjligt. Det skulle inte heller vara möjligt att visa i Skaraborg. Det är alltför komplicerat att visa vad som är orsak och verkan i ett samhälle som ständigt är i förändring. Därmed inte sagt att det vi gjorde i Skaraborg och Malmö var fel eller onödigt. Förhoppningsvis påverkade det politiker, beslutsfattare och allmänheten att försöka göra vad forskarsamhället ansåg vara bra för en jämlik och bra hälsa och ett socialt hållbart samhälle. Som jag nämnde i inledningen: en fjärils vingslag på ett ställe i världen kanske efter lång tid orsakar en storm på

ett helt annat ställe. Lokalt, nationellt, globalt kanske *Hälsoplan Skaraborgs Läns Landsting* påverkat något beslut, någonstans, någon gång? Fjäriln är inte död. Den sover ibland.

Referenser

- 1.Eklöf B, Lindström, K & Persson, S (Red). Ultrasound in Clinical Diagnosis. From pioneering developments in Lund to global application in Medicine. Oxford University Press 2012.
- 2.Isacsson, S-O:Venous occlusion plethysmography in 55-year-old men. A population study in Malmö, Sweden. Acta Med Scand, Suppl. 537, 1972.
- 3.Isacsson, S-O, Westerlund, A, Wingstrand, H.:A review of 191 patients with myocardial infarction treated in a Swedish coronary care unit. Acta.med.scand, 185,1969.
- 4.Hälsoplan Skaraborgs läns landsting, Mariestad, 1970.
- 5.The Lipid Research Clinics Primary Prevention Trial results. I. Reduction in incidence of coronary heart disease. JAMA. 1984 Jan 20;251(3):351-64.
- 6.Stamler J: The Multiple Riskfactor Intervention Trial (MRFIT). <https://jamanetwork.com>fullarticle>
- 7.Råstam L(Thesis). Vårdprogram för högt blodtryck. Ett försök med strukturerad hypertoni vård i Skaraborgs län. Skövde: Landstingets hälsovård 1983.
- 8.Lalonde M: A new perspective on the health of Canadians. A working document. Ottawa: Government of Canada, 1974.
- 9.Vad är folkhälsa? <https://www.folkhalsomyndigheten.se>
- 10.Stigendal M, Östergren P-O(Ed). Malmöns väg mot en hållbar framtid. Hälsa, välfärd och rättvisa. Kommission för ett socialt hållbart Malmö. Malmö stad 2013.
- 11.World Health Organisation on Social Determinants of Health. Closing the gap in a generation- health equity through action on the social determinants of health. Final report of the Commission on Social determinants of health. Geneva World Health Organization. 2008
- 12.Malmökommissionen 10 år. <https://malmo.se>Aktuellt>Artiklar-Malmo-stad>202...>