

Socialmedicin för säkerhets skull 1954 - 2024

Del 2: WHO – Safe Communities

Bjarne Jansson, Moa Sundström

Bjarne Jansson, senior professor, socialmedicin, Karolinska Institutet.

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

Moa Sundström, koordinator för WHO - Safe Community programmet,
Karolinska Institutet, Stockholm. E-post: moa.sundstrom@moa-health.se

Det bedömdes viktigt att sprida erfarenheterna från Skaraborg även internationellt. Därför inbjöds aktiva inom området till en första konferens år 1989 i Stockholm. Ett manifest "Safe Community" framtogs. Det resulterade i återkommande konferenser globalt. Institutionen blev utsett till ett WHO Collaborating Centre on Community Safety Promotion. Flera Affiliate Centres inrättades för kvalitetssäkring och certifiering av kommuner som arbetade i enlighet med Falköpingsmodellen. I och med spridningen internationellt behövdes utbildningsinsatser för de lokalt ansvariga. Ett master-program startades därför upp för att tillgodose detta behov. Som komplement startades även master-program i hälsoekonomi och medicinsk säkerhet samt två forskarkurser i metodik.

Of importance was to transfer the results from the Skaraborg research program internationally. Accordingly, a conference on the subject took place in Stockholm, 1989 and a manifest was adopted. Specific Affiliate/Support Centers were established in all five continents. However, there was a need for the development of safety education among the participants. Three master programs were thus started at Karolinska Institutet comprising safety promotion, health economics and medical safety. So far, 244 communities are appointed as safe communities.

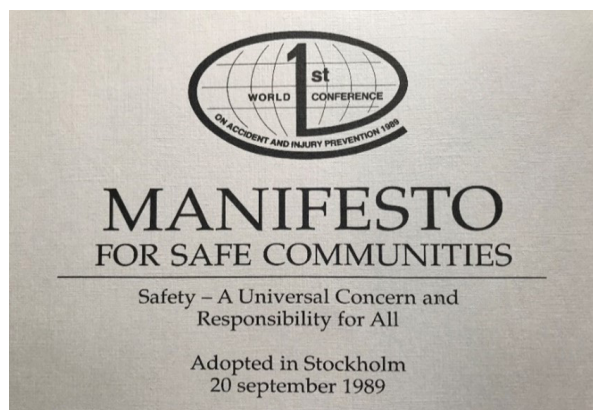
Safe Community – en tillbakablick

Från den lilla världen till den stora världen

Minns att jag höjde lite på ögonbrynen när vi diskuterade de första resultaten från arbetet i Falköping. Leif Svanström uttryckte redan då att vi skulle sprida erfarenheterna internationellt. Det kändes som ett något överkligt stort steg att från en liten svensk kommun involvera hela världssamfundet. Leif Svanström var dock mycket bestämd och var redan i tankarna utomlands. Han hade i ett tidigt skede en uppfattning om att det borde finnas ett intresse även för andra länder/kommuner att ta del av erfarenheterna både i Norden och internationellt. Det fanns en trygghet i att projektet hade tillämpat vetenskaplig metodik både vad gäller implementeringen av skaderegistreringen inom akutsjukvården och utvärderingen av resultaten från det förebyggande arbetet i försöksområdet Falköping. Arbetet resulterade i ett stort antal landstingsrapporter och inalles fyra avhandlingar från Karolinska Institutet (1 - 4). Därefter överfördes erfarenheterna till kontrollkommunen Lidköping, sedan vidare till flera svenska kommuner som t ex Motala, Falun, Nacka och Stockholm (5 - 7). Ett nationellt program för skadeförebyggande arbete startades inom Socialstyrelsen år 1986 och flyttades därefter till Folkhälsoinstitutet 1992 och slutligen till Räddningsverket 2002. En tvärssektoriell grupp inrättades med representanter från berörda myndigheter och frivilligorganisationer och en medicinsk expertgrupp. Gruppen fungerade som ett stöd åt regioner och kommuner och producerade en mängd rapporter och arrangerade konferenser (8).

Konferens och manifest

För att kunna sprida erfarenheterna från Falköpingsprogrammet internationellt planerades en konferens. Vi var en grupp på institutionen på KI under ledning av Leif Svanström som planerade konferensen. Vid *1st International Conference on Injury Prevention and Safety Promotion* i Stockholm 1989 deltog 500 delegater från femtio länder. Ett manifest antogs som vägledning och styrdokument för det fortsatta arbetet. Det var en programförklaring som innehöll ett upprop till alla länder att satsa mer resurser på det säkerhetsfrämjande arbetet. Centrala begrepp som *Equity* och *Community Participation* lyftes fram. Vidare framhölls behovet av att utveckla en säkerhetspolicy, stödjande miljöer och ett mer kommunbaserat säkerhetsarbete. Samtidigt blev institutionen år 1989 utsedd till ett *WHO Collaborating Centre on Community Safety Promotion*. Från 1991 arrangerades även årligt återkommande konferenser med start i Falköping. Ett spektakulärt inslag var att deltagarna under transporten till konferenslokalen i Falköping fick beskåda en fingerad trafikolycka med ambulanshelikopter och räddningsverkets personal ”in action”. Då vi hade problem med den tekniska utrustningen i konferenslokalen



uppstod en del stress både hos föreläsare och publiken. Jag lyckades få publiken att slappna av och brista ut i skratt med kommentaren: "I'm glad that I don't have a pacemaker". Efter konferensen hade arrangörerna ordnat med flera studiebesök för att informeras om bl.a. BVC:s barnsäkerhetsarbete och företagshälsovårdens arbete med arbetsolycksfall.

Kvalitetssäkring och stödfunktioner

Arbetet fortsatte med en internationell etablering av Safe Communities och därför inrättades en avdelning på institutionen på KI som stöd i uppbyggnadsarbetet. Ett av de uppställda kraven för att bli utsedd som en Safe Community var att arbetet skulle vara vetenskapligt förankrat. Här användes som exempel den metodik som använts i försökskommunen i Skaraborg. Därmed uppstod ett starkt behov av att införa ett system för kvalitetssäkring i ansökningsprocessen "peer review". Eftersom detta arbete på sikt var resurskrävande krävdes en utbyggnad av organisationen genom s.k. "Affiliate Centers" för att avlasta den svenska organisationen. Deltog i en konferens i Toulouse i Frankrike där vi livligt diskuterade bärkraften i den vetenskapliga metodiken som använts i försökskommunen. En delegat från Thailand presenterade en imponerande modell anpassad för ekonomiskt eftersatta länder. Tolv "indikatorer" fastställdes initialt som stöd/krav för kommunerna att bli utnämnda till en WHO - Safe Community. Från år 2002 används sex kriterier (isccc.global/network). Under perioden 1989 - 1997 anslöts ett 20-tal kommuner till nätverket (9).

Internationella nätverk

En fortsatt global satsning innehöll inrättandet av olika nationella nätverk. Till dessa inrättades s.k. "certifieringscentra" (Europa, Colombia, USA, Canada, Australien, Nya Zeeland, Sydafrika, Kina och Sydkorea). Det pågår alltjämt en

utbyggnad av programmet med nytillkomna Safe Communities. Inom ramen för de internationella konferenserna arrangerades även mer lokala aktiviteter med möjlighet till olika studiebesök ”site-visits”. Deltagarna fick härmed en bättre inblick i hur man på olika platser arbetade med det skadeförebyggande arbetet. Konstateras kan att alla fem kontinenter är representerade. Så, ett lokalt projekt i den lilla världen på landsbygden i Sverige lyckades nå ut till den stora världen. Bilden är från år 2010. Syftet är att beskriva hur nätverket utvecklats internationellt. Aktuella data finns på hemsidan (isccc.global/network).



Internationella nätverket av Safe Communities (14).

Akademisk tillhörighet

I den fortsatta utbyggnaden ingår en satsning på att inrätta akademiska enheter för att ytterligare stärka arbetet med utvärderingar och betona vikten av ett evidensbaserat arbete. Därmed ökade inslaget av forskning (se separat artikel i denna utgåva). Under perioden 1986 - 2017 examinerades totalt 37 doktorsavhandlingar vid KI inom ramen för the Safety Promotion Research Program (10).

Internationella konferenser

Det av Leif Svanström initierade programmet Safe Community innehöll flera internationella konferenser. Med stöd från vår institution kunde många länder anordna egna konferenser och på sikt bygga upp en struktur regionalt och nationellt som bas för ett lokalt säkerhetsarbete. Efter den inledande konferensen i Stockholm 1989 hölls nästa internationella konferens i Atlanta, Georgia i samarbete med CDC. Flera ämnesspecifika konferenser förekom också. Ett exempel är en samarrangerad konferens i hälsoekonomi och skador i Viborg, Danmark 2001, *1st WHO Safe Community Conference on Cost Calculation and Cost-effectiveness in Injury Prevention and Safety Promotion*. Konferensen blev en succé eftersom de danska kollegorna hade lyckats bjuda in mycket eminenta hälsoekonomer från Danmark (Finn Kamper Jørgensen) och England (David Ball). Min forskargrupp avsatte tid för att diskutera utformningen av en hälsoekonomisk manual för beräkning av kostnad/nytta av förebyggande säkerhetsarbete baserat på ett antal fallstudier som utförts av gruppens medlemmar. Kartan speglar konferenser fram till år 2011.



Internationella konferenser (10).

Internationellt samarbete - studiebesök

Här följer en presentation från den internationella etableringen av Safe Community-programmet. Några exempel (case studies) från Japan, New Mexico, Thailand och Bangladesh redovisas av programmets koordinators Moa Sundström. I planeringen tillsammans med kommunerna ingår hjälp med arrangering av konferenser, travelling seminars, studiebesök och certifieringsceremonier. Det innefattar mycket resor runt hela världen och Moa Sundström blev institutionens ansikte utåt för många som var engagerade i säkerhetsarbetet.

Moa Sundströms helhjärtade arbete har haft stor betydelse för uppbyggnaden och genomförandet av hela programmet tillsammans med Leif Svanström. Hon var även redaktör och ansvarig för programmets "News letter" för spridning av information mellan kommunerna om allt som pågick lokalt till en internationell läsekrets. Här följer några axplock återgivna av Moa Sundström från några av besöken som tydligt visar på behoven av ett utökat internationellt säkerhetsarbete.

Japan

Man förstår inte en annan kultur förrän man bott där, och sett verkligheten med egna ögon. Jag blev inbjuden att bo hos Yokos familj. Detta gjorde att jag förstod orsaken till den olycksfallsstatistik som jag läst om, bl.a. druckningsolyckor i hemmet och kvävning vid matintag och fallolyckor. Man badar i badtunnor, man badar för att rena själen. Kroppen ska först rengöras under duschen. Vattentemperaturen i badtunnan är väldigt hög, man kan även lägga apelsiner över ytan för att inte värmen ska försvinna. Det händer att personen somnar och drunknar, eller får hjärtinfarkt under badet. Det är en fin sed att "sörpla" och att låta när man äter, så när man äter nudelsoppa suger man och sörplar i sig väldigt långa nudlar, och vill det sig illa, får man nudeln i luftstrupen. Yoko och jag informerade om denna risk under en måltid när vår bordsgäst satt och sörplade, vi fick till svar, "så här har jag alltid gjort, så här kommer jag att fortsätta att göra", inte alltid så lätt att övertyga människor vad som är bäst för hälsan. En annan kvävningsrisk är några kletiga risbollar, som kan fastna i halsen och täppa till luftstrupen. Det är tradition att tillaga till nyår. Halkolyckor i hemmet är vanligt. Man har lackade golv som är väldigt hala.

New Mexico

Navajo indianerna i New Mexico, USA, har den föreställningen att om man talar om olyckor så sker de. Navajo indianerna upplever att de är immigranter i sitt eget land. Jag var ansvarig för att söka medel för genomförande av ett "Travelling Seminar" för ett 20-tal deltagare; representanter från olika länder. Jag hade kontakt med hälsoministerier i olika länder för att identifiera lämpliga stipendiekandidater för seminariet. Personer med potential att bygga upp preventionsarbeten sedan i sina respektive länder. Sida bidrog

med finansieringen. Syftet med seminariet var att på plats studera de insatser som Navajo Nation initierat för att minska skador p.g.a. olyckor. Många skador var relaterat till alkoholkonsumtion. Deltagarna i kursen fick bidra med kunskap från respektive land, en bra form av kunskapsutbyte. Jag reste med under hela seminariet för att samordna programmet. Många deltagare i våra seminarier har byggt upp framgångsrika skadeförebyggande program som blivit utnämnda till Safe Community och jag har fått vänner från hela världen som jag fortfarande har kontakt med efter min pensionering.

Thailand

En kollega och jag skulle besöka ett sjukhus i Thailand, Khon Kaen i nordöstra delen av landet för att där träffa Dr Witaya Chatbunchachai, vid Khon Kaen Hospital. Han var ansvarig för genomförandet av hjälmanvändning bland motorcyklister. Vi besökte Khon Kaen Hospital. Många patienter var skadade efter motorcykelresor. Det var ont om sängplatser på sjukhuset, två patienter kunde dela en säng. Sängkläder fick anhöriga tillhandahålla. Maten fick anhöriga leverera. Maten tillagades i parken vid sjukhuset av de anhöriga. Levererades i små plastpåsar till sjukhuset. Vi lever i olika världar i dubbel bemärkelse inser jag.

Bangladesh

Ett "Travelling Seminar" före den planerade "Safe Community" konferensen genomfördes. Intrycken vara många, t ex ett folkmyller som man inte är van vid i Sverige. Människor var överallt, det var verkligen slående. Människor med småbarn "levde" på en bit mark mellan två körbanor, här satt man och lagade mat. Vår medarbetare var professor Fazlur Rahman som doktorerade på Karolinska Institutet år 2000 med en avhandling kring drunkningsolyckor bland barn i Bangladesh. Dr Rahman är initiativtagare till Centre for Injury Prevention and Research, Bangladesh och var ansvarig för konferensen och seminariet. Antal drunkningar per år: 17,000 (86 gånger högre än i Sverige), 29 % av dödsfallen i åldern 1 - 17 år. Forskningen och interventionen har lett till ett minskat antal döda p.g.a. drunkning med 55 %. Ca 80 % av drunkningarna sker inom en radie av 20 m från hemmet. Exempel var vattenfyllda gropar nära husen, åstadkomna när man grävt för att bygga hus. I dessa gropar frodades även tillväxten av myggor. Man bedömer att tiotusentals människor dör årligen av förorenat dricksvatten av arsenikförgiftning och dess följsjukdomar i Bangladesh.

Exempel på framgångsrika program

En sammanställning av framgångsrika resultat av åtgärdsprogram där forskningsdesignen från Falköping använts redovisas av Svanström i "Festschrift in Honour" (12,13). Beskrivningen avser redovisningar fram till år 2012. Föl-

jande kommuner i Sverige (Lidköping, Motala och Falun), Norge (Vaeroy och Harstad), Danmark (fem kommuner), Österrike (Vorarlberg), Australien (Illawarra, Latrobe Valley, Shire of Bulla och Kolan), Nya Zeeland (Waitakere, Tūranganui-a-kiwa och Ngati Porou), USA (Massachusetts/fyra förortskommuner, kommun/Harlem hospital center, Cincinnati, Dallas och Albuquerque), Japan (Yuri och Akita), Bangladesh, och Iran (Kashmar).

Inför framtiden

Att Safe Community programmet lyckats spridas över världens alla kontinenter får nog tillskrivas problemets art och omfattning. Ledarskapets betydelse var också viktigt för att kunna entusiasmera och engagera nyckelpersoner i de tilltänkta kommunerna och länderna. Avgörande var dock det positiva resultatet av det preventiva arbetet som pågick i intensivt Falköping under flera år. Hitintills har femton internationella konferenser genomförts, den senaste 2024 i New Delhi. Enligt hemsidan (isccc.global/network) framgår att det aktuella (2024) antalet Safe Communities är 244 kommuner fördelat på 34 länder. Länder med flest utnämnda Safe Communities är Australien (16), Kina (32), Iran (16), Japan (16), Nya Zeeland (21), Norge (22), Sydkorea (24), Sverige (17) och USA (22).

Trots en omfattande internationell organisation har utvecklingen från starten i Falköping år 1980 varit långsam och präglats av insatser av ett antal mycket dedikerade personer. Återväxten på dessa positioner utgör därför en utmaning inför framtiden om man önskar öka takten i antalet certifierade kommuner. Det finns anledning att påminna om det säkerhetsarbete som pågår utanför denna organisation både nationellt, regionalt och lokalt. Programmet skall därför ses som en förstärkning av pågående säkerhetsarbete inom främst trafikmiljö, arbetsmiljö, patientsäkerhet, idrottsskador och särskilda riskmiljöer för barn och äldre. Vad Falköpingsprojektet visade var att ett samordnat säkerhetsarbete baserat på akutsjukvårdsdata i en hel befolkning kan ge mätbara effekter relativt snabbt både på skadornas antal och allvarlighetsgrad. Insatsen krävde dock förutom en stor uppslutning i kommunen också ett starkt forskningsstöd av erfarna skadeforskare för att kunna implementeras och utvärderas. Särskild anpassad grund- och vidareutbildning är därför av stor vikt för att garantera en evidensbaserad verksamhet.

Master program i Safety Promotion

I och med spridningen internationellt konstaterades tidigt behovet av utbildningsinsatser för de lokalt ansvariga. Ett master-program i Safety Promotion startades därför upp för att tillgodose detta behov. Som komplement startades även ett hälsoekonomiskt program och ett program i medicinsk säkerhet. Även två forskarkurser i metodik gavs på plats och på distans. Utbildningen

förmedlades på engelska och gavs både på plats och som distansundervisning med inlagda seminarier och examinationer på plats (10,11). Kursledare var Leif Svanström. Bjarne Jansson var i egenskap av studierektor ansvarig för framtagning, utformning och innehåll i kursplanerna och lanseringen i KI:s utbildningsutskott för att få finansiering av utbildningen. Det var ofta en ”kamp” om medlen mellan olika institutioner. Vi lyckades oftast få de medel vi åskade, vilket innebar att alla lärare och kursledning kunde finansieras.

Programmet i Safety Promotion omfattade fyra terminer. Den första termen innehöll fyra introduktionskurser: folkhälsovetenskap, säkerhetsfrämjande arbete, kvalitativa och kvantitativa metoder. Termin två bestod av fyra delkurser; en genomgång av att skriva en forskningsartikel, skaderegistrering och ICD klassificering, konsekvenser av skador och säkerhetsfrämjande arbete i praktiken. Termin tre bestod av tre delkurser fördelat på safety policy, utvärdering och metodologisk fördjupning och etik och termin fyra ägnades helt åt examensarbetet. Det första läsåret (2004) examinerades totalt fjorton masteruppsatser, varav åtta skrevs av internationella studenter från Indien, Bangladesh, Nigeria, Sydkorea, Georgien, Mexiko, Pakistan och Kina. Sedvanlig kontroll av deras behörighet ingick naturligtvis via KI:s utbildningsavdelning med i vissa fall stöd av Högskoleverkets internationella avdelning för bedömning av lärosätenas kvalitet. Hade god hjälp att bedöma lärosätenas utbildningsnivå av två av mina egna doktorander från Indien och Bangladesh. Flera studenter fortsatte efter masterexamen med ett avhandlingsarbete baserat på det lokala arbetet. I mitten på bilden sitter kursledaren Leif Svanström och undertecknad syns längst till höger i bild och Lars-Gunnar Hörte (ansvarig för dataregistrering och ICD-klassificering) bredvid mig till vänster.



Studenter och lärare i masterutbildningen i Safety Promotion, KI, Norrbacka (14).

Master Program i Health Economics

Utbildningen gavs på engelska och omfattade ett läsår (två terminer). Detta var den enda masterutbildningen i ämnet hälsoekonomi i landet. Alla master-program startade med en introduktionskurs i Folkhälsovetenskap. Kursen var ett samarbete med institutionen för Medical Management på KI, Handelshögskolan och Stockholms Universitet som bidrog med lärare. Mina två doktorander undervisade och ytterligare två landstingsanställda nydisputerade hälsoekonomer deltog i undervisningen. Vi lyckades även engagera Anders Wimo, professor i geriatrik med hälsoekonomi som ansvarade för undervisningen i kostnads/effektivitetsanalyser med datorsimuleringar. Utbildningen omfattade fem delkurser; i) Mikroekonomi, ii) Hälsoekonomisk teori och metod, iii) Ekonometri och datorprogram, iv) Tillämpad hälsoekonomi, v) Vetenskaplig metodik och vi) Examensarbete.

Master Program i Medical Safety

Patientsäkerheten är central inom sjukvården och kräver ständig uppmärksamhet och tydliga rutiner. Det fanns ingen intern utbildning inom KI. Däremot hade flera sjukhus, t ex i Norrköping skapat en expertgrupp som både arbetade med utbildning och riskanalyser. I min egen forskning om prevention av skador och därmed sammanhängande riskanalyser hade jag som förebild flygsäkerhetsarbetet. Samlade därför ihop en grupp med experter i flygsäkerhet, arbetsmiljöforskare och ansvariga för patientsäkerheten på olika sjukhus och diskuterade ett kursupplägg. Även problem med sjukhusinfektioner ingick då det bedöms som en av vården orsakad sjukdom. Biträdande kursledare var Lars-Erik Hallgren från KTH med lång erfarenhet av forskning om arbetsskador och prevention. Utbildningen omfattade åtta moment: *Moment 1*: Introduktion till FHV, *Moment 2*: Flygsäkerhet och sjukvård, *Moment 3*: Lagar och regler, *Moment 4*: Riskanalys, *Moment 5*: Säkerhetskontroll och underhållsrutiner, *Moment 6*: Design och konstruktion, *Moment 7*: Utbildning, kompetens och träning, *Moment 8*: Implementering, *Moment 9*: Vetenskaplig metod och *Moment 10*: Examensarbete och examination. Studenterna var yrkesverksamma läkare, sjukhustekniker och specialistsjuksköterskor. Flera av föreläsarna var ingenjörer och arbetade som säkerhetsmedicinska experter inom sjukvården. Även experter från arbetarskyddsstyrelsen medverkade.

En ny organisation

Svanström överlät efter sin pensionering ansvaret för verksamheten till professor Dale William Hanson från James Cook universitetet i Australien. Efter Svanströms bortgång år 2023 överlämnades ansvaret till Reza Mohammadi och

Guldbrand Skjönberg, Stockholm. På programmets hemsida (isccc.global/network) finns utförlig information om verksamheten. Det nationella kansliet är numera fristående från Karolinska Institutets institutioner inom folkhälsvetenskap och global hälsa.

Referenser

1. Jacobsson B. Accidents among children and teenagers in a Swedish rural municipality. Karolinska Institutet, Solna and Sundbyberg, 1986.
2. Schelp, L. Epidemiology as a basis for evaluation of a community intervention programme on accidents. Karolinska Institutet, Solna, 1987.
3. Jansson, B. A system for injury surveillance in Swedish emergency care as a basis of injury control. Studies on epidemiology of injuries in agriculture. Karolinska Institutet, Solna, 1988.
4. de Loes, M. Risk exposure and incidence rates of acute injuries from sports and physical exercise in a total population. Karolinska Institutet, Solna, 1989.
5. Ekman, R. Injuries in Skaraborg county, Sweden. Karolinska Institutet, Stockholm, Sweden, 1996.
6. Bjärås G. Community diagnosis, participation and leadership: studies of a Swedish injury prevention program. Karolinska Institutet, Stockholm, 1992.
7. Lindquist K. Towards community-based injury prevention: the Motala model. Linköpings universitet, 1993.
8. Skjönberg G, Det nationella programmet för skadeförebyggande arbete – uppgång och fall. SMT 2011;88(1): 48 - 56.
9. Svanström L. Allt började i Skaraborgs län - från Falköping till Hong Kong – en världsomspännande lokal säkerhetsrörelse. SMT 2011;88(1):22 - 26.
10. Hörte L-G, Jansson B, Svanström L. Forskargruppen, konferensprogrammet och akademisk utbildning i säkerhetsfrämjande arbete. SMT 2011;88(1): 27 - 37.
11. Svanström L, Menckel E, Andersson R, Schelp L, Laflamme L och Jansson B. Internationell utbildning i skadeprevention och säkerhetsfrämjande arbete - från forskning till praktik. SMT 2000;77(2): 111 – 116.
12. Svanström L. It all started in Falköping, Sweden: Safe Communities – global thinking and local action. *International Journal of Injury Prevention and Safety Promotion* 2012;19(3): 202-208.
13. Jansson B (Guest Editor). Festschrift in Honour: A Safe Community – a tribute to Leif Svanström. *International Journal of Injury Prevention and Safety Promotion* 2012;19(3): 189 – 306.
14. Svanström L och Jansson B. I samhällets tjänst - tre decennier av Socialmedicin och Folkhälsovetenskap. Karolinska Institutet - 200 år, Stockholm, 2010.