

Primärvårdspersonalens medverkan i den kommundiagnostiska processen

Anders Romelsjö

Susanne Holland

Göran Nordström

Bo J A Haglund

Johan Hallqvist

Leif Svanström

Finn Diderichsen

Befolkningens hälsa var en enkät- och hälsoundersökning i fyra primärvårdsområden, som utfördes på uppdrag av Stockholms läns landsting av socialmedicinska institutionen vid vårdcentralen Kronan i nära samarbete med primärvården. Artikeln belyser olika aspekter av primärvårdspersonalens medverkan i projektets olika faser. Arbetssättet var ofta tidskrävande men ofta mycket lärorik både för primärvårdspersonal och forskare, samt bidrog till att preventiva projekt inleddes.

Samtliga författare var verksamma vid socialmedicinska institutionen vid vårdcentralen Kronan, då projektet genomfördes. Anders Romelsjö är nu doktor i medicinsk vetenskap, Bo J A Haglund och Finn Diderichsen är docenter och Leif Svanström professor i socialmedicin vid denna institution. Susanne Holland och Göran Nordström var projektanställda, men är nu förste sekreterare vid utvecklingsavdelningen i sjukvårdsdistriktet Värmdö—Södertörn respektive byrådirektör vid Socialstyrelsen.

INLEDNING

I de nordiska länderna introducerades under 1960-talet en ny typ av levnadsnivåundersökningar med syfte att studera befolkningarnas sociala villkor, arbetsförhållanden, ekonomiska resurser, hälsotillstånd samt dessutom sambanden mellan sociala faktorer och hälsa. Ansträngningar gjordes att utveckla sociala indikatorer uppbyggda med hjälp av olika komponenter (1–4). Under 1970-talet publicerade flera länder, och bland dem Sverige, sk sociala rapporter (1, 2, 5–8).

Hälso- och sjukvårdslagen (HSL) från 1 januari 1983 innebär att hälsofrämjande och sjukdomsförebyggande aktiviteter för första gången uttrycks som politiska mål i svensk lag. I HSL:s § 2 definieras det övergripande målet för svensk hälsopolitik som "en god hälsa för hela befolkningen" (9). Landstingens och därmed också primärvårdens huvudansvar för hälsofrämjande och sjukdomsförebyggande verksamheter underströks också.

Att utforma målen för hälso- och sjukvårdens verksamhet kräver analys av befolkningens hälsotillstånd samt information om vårdens tillgänglighet och kvalitet (9–12). Hälsotillstånd, vårdens tillgänglighet och kvalitet varierar mellan olika grupper och mellan olika geografiska områden. Lokal kartläggning är därför viktigt och utgör en grund för planeringsprocessen. Det är vidare betydelsefullt att orsakerna bakom dessa variationer i hälsotillstånd och vårdutbud studeras. Riktlinjer för den behovsorienterade planering som beskrivs i hälso- och sjukvårdslagen har utvecklats inom ramen för projektet "Hälso- och sjukvård inför 1990-talet" (HS90) (9–12). I HS90 sägs att analysen av hälso- och sjukvårdens resursallokering bör ske i tre dimensioner. För det första en geografisk, för det andra utgående från organisationsstrukturen (primärvården, länssjukvård, regionvård) och för det tredje efter karaktären på verksamheten (prevention, diagnostik, behandling, rehabilitering, omvårdnad).

Kommundiagnos (13–15) har definierats som "en sammanfattande bestämning av ett helt samhälles tillstånd i relation till dess sociala, fysiska och biologiska miljö" (15). Syftet med kommundiagnosen är att identifiera problem, rikta planeringen mot prioriterade områden samt utveckla ett aktionsprogram för

hälsofrämjande och sjukdomsförebyggande åtgärder i samhället. Den kommundiagnostiska modellen har utvecklats på tre nivåer: en deskriptiv, en analytisk och en interventiv (hälsoaktioner).

Den ledande principen vid övergången från en analytisk ansats till ett aktionsprogram är befolkningens medverkan. Program som syftar till samarbete mellan lekmän och hälso- och sjukvårdens personal måste utvecklas. Ett första steg kan tas i primärvården. Från Sverige och andra länder finns exempel på att tvärsnittsstudier kan användas som bas för förebyggande aktiviteter (14). Dessa studier har emellertid utförts som traditionella epidemiologiska projekt. Erfarenheterna från exempelvis hälsoprofil Skaraborg 1977 pekar mot att primärvårdspersonalen vid lokala vårdcentraler borde engageras i projektet redan i ett tidigt stadium (4). Genom denna tidiga medverkan kan den lokala information som fås genom undersökningen få större genomslag i planeringen och i primärvårdens dagliga arbete. Intresset för resultaten och benägenheten att utnyttja relevant information från studien som grund för den lokala planeringen kan antas öka.

MÅLSÄTTNING

Mot bakgrund av det som redovisats i inledningen formulerades den övergripande målsättningen för Befolkningens hälsa till att skapa underlag för planeringen av hälso- och sjukvården på olika nivåer i Stockholms läns landsting med hjälp av en studie som koncentrerade sig på riskfaktorer för ohälsa (16, 17). Denna del av studien kommer att presenteras i detalj i annat sammanhang.

Målsättningen med denna artikel är tvåfaldig:

1. Översiktlig presentation av studien;
2. Presentera genomförandet av Befolkningens hälsa med speciell tyngdpunkt på erfarenheter av primärvårdspersonalens medverkan.

MATERIAL

Studieområdet

I Stockholms läns landsting fanns 1983 drygt 1 550 000 invånare, nära en femtedel av Sveriges totala befolkning. Omkring 95 % av befolkningen bor i stadsmiljö.

Andelen enpersons hushåll var 1980 så hög som

39 % att jämföra med 33 % i landet som helhet.

Stockholms län har en högre andel invånare i socialgrupp I och en lägre andel i socialgrupp III jämfört med Sverige som helhet.

Stockholms läns landsting är en sammanhållen arbets- och bostadsmarknad med undantag från tre samhällen i periferin. De privata och offentliga servicesektorerna är stora medan jordbruks- och industrisektorerna är relativt sett små. Andelen invånare som växt upp utomlands och som har utländska föräldrar har fördubblats i Storstockholm under de senaste 15 åren. Totalt utgjorde de 1981 ungefär en femtedel av hela befolkningen.

Stockholms läns landsting är uppdelat på 42 primärvårdsområden. Ett primärvårdsområde motsvarar en kommun och i Stockholms kommun ett socialtjänstdistrikt. För närvarande finns över 100 vårdcentraler i landstinget varav flera har kommit till under en tillväxtperiod de senaste fem åren.

Vid valet av vårdcentraler för medverkan i "Befolkningens hälsa" användes tre kriterier:

- Vårdcentralen måste ha en vårdlagsorganisation där varje vårdlag är ansvarigt för hälso- och sjukvården för en definierad befolkning;
- Vårdcentralerna skulle vara belägna i olika sjukvårdsområden och ha upptagningsområden med olika socio-ekonomisk struktur;
- Det måste finnas ett intresse att aktivt delta i projektet.

Studien har genomförts i fyra primärvårdsområden omfattande upptagningsområdena för 14 vårdlag vid de fem vårdcentralerna Bagarmossen, Brunkeberg, Hallonbergen, Kronan och Stortvåren.

STUDIEPOPULATION

Ett slumpmässigt urval på 450 invånare från 18 år och uppåt gjordes för vart och ett av de 14 vårdlagsområdena. Totalt omfattade studien 6 300 individer. Basala data varierade avsevärt mellan de olika områdena (se Tabell 1).

METODER

Tvärsnittsstudien omfattade två delar, dels en enkätundersökning och dels en hälsoundersökning. Den förra genomfördes under våren 1984 och den senare från september 1984 till april 1985.

Tabell 1. Basala data om de i "Befolkningens hälsa" ingående vårdcentralsområdena samt för Stockholms läns landsting som helhet (%).

Basala data	Vårdscentralsområde					
	Kronan	Hallon- bergen	Brunke- berg	Bagar- mossen	Stor- vreten	Stockholms läns landsting
> 64-år ¹	18,5	13,1	27,4	17,1	5,0	19,0
Ogifta ¹	37,4*		45,0	35,4	31,1	33,4
Enpersonshushåll	58,3	47,7	68,3	40,8	17,2	38,7
Utländsk medborgare ¹	8,8	19,0	7,2	14,8	18,6	8,7
Arbetare ¹	38,4	37,5	20,4	37,8	45,5	31,6
Enfamiljshus	5,2	5,0	0,0	16,0	41,7	24,8

* Uppgiften gäller hela Sundbybergs kommun, dvs Kronans och Hallonbergens upptagningsområde sammanslagna.

¹ Andelar av befolkningen 18 år och äldre.

Källa: (26–31).

Enkäten omfattade följande områden:

- Sociodemografiska data: ålder, kön, civilstånd, hushållsstruktur, boende, nationalitet, utbildning, sysselsättning.
- Riskindikatorer för ohälsa: tobak, alkohol, blodtryck, motion, kostvanor, längd och vikt;
- Sjukdomar och symtom: allmänt hälsotillstånd, sjukdomar, olycksfall, rörelseförmåga;
- Vårdutnyttjande: öppenvårdskonsumtion, sjukhusvård, sjukskrivning, annan behandling, alternativ vård, förebyggande hälsovård, läkemedel, hjälpmedel/hjälp av andra personer;
- Arbetsmiljö: fysisk och social arbetsmiljö;
- Socialt nätverk: kontaktintensitet med mer eller mindre närstående personer i intervjupersonens (IP:s) omgivning, grad av föreningsverksamhet, boendeförhållanden;
- Åsikten om den lokala primärvården;

I hälsoundersökningen ingick ett flertal frågor från enkäten. Dock ej frågor om kostvanor och socialt nätverk.

I hälsoundersökningen fick följande frågeområden en fördjupad inriktning:

- Sociodemografiska data: främst boendeförhållanden, familjeförhållanden och sysselsättning;
- Riskindikatorer för ohälsa;
- Sjukdomar och symtom samt nedsatt funktionsförmåga.

Dessutom mättes längd, vikt och blodtryck. För

åldersgruppen 18–64 år kontrollerades gamma-GT och för åldrarna 35–54 år analyserades även serumkolesterol.

Individerna i urvalet fick först enkätformulär tillsammans med ett följebrev. De informerades om att uppgifterna om sjukhusvård och sjukskrivning skulle inhämtas från register och om att deltagande i undersökningen var frivilligt. De som inte besvarade enkäten eller som inte mötte upp till hälsoundersökningen fick upp till tre påminnelser såvitt de inte hade meddelat via telefon eller brev att de inte ville delta.

Enkäten besvarades av 65,8% och via telefon nåddes ytterligare 12,8% totalt 78,6%. Svararfrekvensen varierade mellan 77,6% och 83,0% för de olika vårdcentralerna.

PRIMÄRVÅRDSPERSONALENS MEDVERKAN

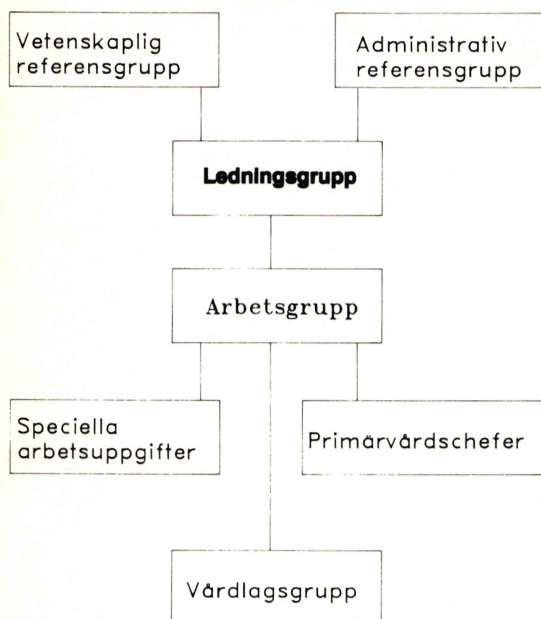
a) Under planeringsfasen

Den allmänna strategin var att utveckla studien i nära samarbete med personalen vid de fem vårdcentralerna. Detta återspeglades både i projektorganisationen och i undervisningsprogrammet.

Organisationsstrukturen återges i *Figur 1*. Arbetsgruppen inkluderade läkare, samhällsvetare och sekreterare vid institutionen för socialmedicin och den leddes av institutionens chef som också var överordnad koordinator i projektet.

Ramen för den första projektplanen diskuterades med representanter för vårdcentralerna som godkän-

Figur 1. Projektorganisation.



de den och var medförfattare (17). Den utgjorde utgångspunkten för arbetsgruppens verksamhet.

I ledningsgruppen för "Befolkningens hälsa" fattades de viktigaste besluten. I denna grupp representerades den lokala primärvården av primärvårdschefen och primärvårdsföreståndaren för vart och ett av de fyra primärvårdsområdena eller deras ersättare. Gruppen tog aktiv del i varje steg av projektets utveckling från den tidiga planeringsfasen. Inget beslut togs utan dess godkännande. Besluten togs i samstämmighet oftast efter långa diskussioner. Genom denna process blev medlemmarna av ledningsgruppen väl förtrogna med såväl de idéer som låg bakom studien som olika argument från olika samarbetspartner. Ledningsgruppen träffades ungefär varannan månad och leddes av den överordnande koordinatören.

Ledningsgruppens stora betydelse medförde att lokal kunskap och lokala problem fick stor betydelse vid genomförandet av projektet. Så långt möjligt hämtades frågorna i undersökningen från enkätformulär använda i tidigare studier. De diskuterades, godkändes, underkändes eller förändrades under processen och andra frågeställningar lades till. Som ex-

empel kan nämnas att två vårdcentraler hade ett speciellt intresse i att utveckla ett bättre omhändertagande för patienter som led av urininkontinens. Därför tillades några extra frågor om detta ämne till hälsoundersökningen vid dessa vårdcentraler.

Vårdlagsgruppen bestod av alla som aktivt arbetade med hälsoundersökningen, vilket innebär en distriktsläkare, en distriktssköterska och en undersköterska från vart och ett av de 14 vårdlag som deltog, sammanlagt 42 personer. Denna grupp möttes regelbundet framför allt för undervisning i syfte att fördjupa kunskapen om metoderna i projektet men också för diskussioner av olika utkast till enkät- och hälsoundersökningsformulär. Vid dessa möten informerade deltagarna varandra om den verksamhet som pågick i respektive vårdlag.

Ett videoprogram om "Befolkningens hälsa" med primärvården i Stockholm som målgrupp sammanställdes i samarbete med representanter för de olika vårdcentralerna.

Flera möten med olika intressegrupperingar hölls under projektiden speciellt under planeringsfasen. Dessutom bildades speciella arbetsgrupper i samarbete med primärvården med uppgift att arbeta fram förslag till innehåll och utformning av formulären för hälsoundersökningen. Att olika perspektiv fanns representerade ledde till att olika åsikter fördes till torgs och bidrog till att planeringsprocessen i projektet tog drygt ett år.

Den vetenskapliga referensgruppen bestod av vetenskapliga konsulter och representanter för andra institutioner med olika intressen i olika delar av studien. Den administrativa referensgruppen bildades som ett medel att sprida information om projektet inom Stockholms läns landsting och för att ge landstingsadministrationens representanter en möjlighet att delta i diskussionen och i planeringen framför allt med tanke på planeringsprocessens behov av data.

Primärvårdscheferna i de primärvårdsområden som inte deltog i studien informerades via brev och vid speciella möten där bla videoprogrammet om "Befolkningens hälsa" användes.

b) Under implementeringsfasen

En av målsättningarna med studien var att utveckla screeningmetoder för primärvården som en grundval

Av 20 tillfrågade distriktssköterskor uppgav 16 att de hade lärt sig nya och viktiga saker genom hälsoundersökningen.

för förebyggande verksamhet. Flera pilotstudier utfördes. Fem olika enkätformulär och två modeller av hälsoundersökning testades. Resultaten var vägledande för den slutgiltiga utformningen av formulären. Speciell uppmärksamhet ägnades formulärens längd och tidsåtgången för att fylla i enkäten respektive delta i hälsoundersökningen.

Inför hälsoundersökningen genomfördes varje distriktssköterska provintervjuer som spelades in med bandspelare. Dessa analyserades senare och användes för att förbättra intervjutekniken. Den strukturerade intervjun och det informella samtalet med deltagarna var distriktssköterskans huvuduppgift. Undersköterskorna mätte blodtryck, vikt och längd samt tog blodprover. Undersköterskorna skötte också kallelser och bokade tider för hälsoundersökningen. En gång per vecka träffades distriktsläkaren, distriktssköterskan och undersköterskan i respektive vårdlag för diskussion av viktiga fynd.

En mindre enkätundersökning gjordes av distriktssköterskornas och undersköterskornas uppfattning ett par månader efter hälsoundersökningen. Av 20 tillfrågade uppgav 16 att de hade lärt sig nya och viktiga saker genom hälsoundersökningen medan två inte delade denna uppfattning. En menade att arbetet hade varit meningslöst. Tolv uppgav att projektet hade inneburit en förändring av det vanliga arbetet vid vårdcentralerna. Som exempel kan nämnas att erfarenheterna från "Befolkningens hälsa" hade varit till hjälp när det gällde att utveckla nya rutiner för systematisk screening av äldre i skadeförebyggande syfte.

Medelåldern på dem som deltog i undersökningen av personalens uppfattning var 42 år. I genomsnitt hade man arbetat 17 år inom hälso- och sjukvårdssektorn varav sju år i primärvården.

Några av de positiva kommentarerna var:

- "Intervjupersonerna var oftast positiva"
- "Vi lärde känna många nya invånare i våra distrikt"

- "Vi lärde oss en hel mängd nyheter om hälsoproblem i våra distrikt"
- "Det var intressant att följa upp nya problem hos nya individer"
- "Den fördjupade analysen av "Befolkningens hälsa" syften har varit stimulerande"
- "Samarbetet mellan olika personalgrupper vid vårdcentralerna och mellan vårdcentralerna har varit stimulerande".

c) Under speciella uppföljningsprogram

"Befolkningens hälsa" och framför allt hälsoundersökningsdelen har hittills lett till att några vårdlag startat rökslutargrupper och andra initierat viktminskargrupper med deltagare som rekryterades från hälsoundersökningen. Vid en vårdcentral rekryterades individer med urininkontinens till ett speciellt träningsprogram. Vid en annan vårdcentral startades ett skadeförebyggande program riktat mot de äldre.

En speciell arbetsgrupp skapades för att utveckla programmet "Sekundär prevention av alkoholmissbruk i primärvården" (19). Den innehöll alla distriktsläkare vid de vårdcentraler som ingick i "Befolkningens hälsa". Denna grupp möttes var tredje månad under ungefär två års tid. Alla medverkande doktorer fullföljde arbetet. Deltagarna i studien rekryterades för hälsoundersökningen bland dem som var 18–64 år gamla.

Totalt inkluderades 258 individer i studien. Dessa gavs tid för ett läkarbesök en månad senare. Distriktsläkaren tog då en mera fullständig anamnes vad gäller alkoholvanor, läkemedelsanvändning med relation till stegrat GT, sjukdomar och behandling av alkoholproblem samt gjorde en mera fullständig hälsoundersökning. De som hade en GT-förhöjning av annan orsak än alkohol eller som redan var under behandling för alkoholproblem eller missbruk av läkemedel eller narkotika, exkluderades från studien. De övriga

Det kan noteras att distriktssköterskorna inte hade några svårigheter att ställa de tio frågorna om alkoholvanor till samtliga som deltog i screeningen.

placerades för varje doktor slumpmässigt i en behandling eller en kontrollgrupp. Resultaten av studien har rapporterats i annat sammanhang.

Det kan noteras att distriktssköterskorna inte hade några svårigheter att ställa de tio frågorna om alkoholvanor till samtliga som deltog i screeningen.

DISKUSSION

Den ordinarie primärvårdspersonalens medverkan i projektet från det tidiga planeringsstadiet betydde både fördelar och nackdelar.

Primärvårdspersonalens aktiva deltagande hade stor betydelse när projektet fördröjdes eller när det ifrågasattes. En häftig kritikstorm drabbade under en kortare period "Befolkningens hälsa". Sveriges största kvällstidning använde sin förstasida för att sprida felaktig information under rubriker som "Storebror ser Dig" och projektet blev ett vapen i tidningens kampanj "Inför 1984". Ingen av primärvårdens representanter ville till följd av detta dra sig ur studien och ingen föreslog att projektet skulle avbrytas.

Personalen har lärt sig mycket om vetenskapligt arbete och projektledningen har lärt sig mer om primärvård. Det hade stor betydelse att hälsoundersökningen genomfördes av den ordinarie vårdpersonalen. De lärde sig genom denna mer om hälsoproblemen i sitt område. De lärde sig också att göra intervjuer och speciellt att känna sig säkrare då alkoholfrågor kommer på tal.

En uttalad entusiasm för hälsoundersökningen var tydlig från framför allt distriktssköterskornas sida. Detta intryck stöds av genomförda processtudier. Ett problem för undersköterskorna var att det ofta var frustrerande att försöka nå alla icke-deltagare.

Ett problem hade samband med att den ordinarie distriktssköterskan ersattes av en vikarierande sköterska under hälsoundersökningen. De ordinarie distriktssköterskorna vid en vårdcentral kände att deras kontakt med sina vanliga patienter blev svagare och

Personalen har lärt sig mycket om vetenskapligt arbete och projektledningen har lärt sig mer om primärvård.

Trots osäkerhet om den professionella rollen bland primärvårdspersonalen har det skett en förändring mot mera förebyggande aktiviteter.

de var några gånger otillfredsställda med sina vikarier.

Planeringsprocessen och diskussionen om olika frågors relevans krävde längre tid än förväntat. Primärvårdsrepresentanternas åsikter hade stor betydelse för det slutgiltiga enkätformulärets utformning. Enligt hälso- och sjukvårdslagen skall primärvården i högre utsträckning ägna sig åt prevention. Behovet att använda lokala uppgifter i planeringen understryks också. Detta behöver emellertid inte vara självklart för primärvårdspersonalen som i första hand är utbildad för botande och omvårdande verksamhet.

Trots osäkerheten i den professionella rollen bland primärvårdspersonalen har det skett en förändring mot mera förebyggande aktiviteter. Detta kan ses både när det gäller introduktion av nya screeningprogram för riskgrupper såsom högkonsumenter av alkohol men också i gruppaktiviteter för rökare och överviktiga. Med hänsyn till alla förslag om ökad verksamhet i primärvården vad gäller sekundärprevention av alkoholmissbruk (21, 22) är de positiva erfarenheterna av att distriktssköterskorna frågade några tusen slumpmässigt valda personer om sina alkoholvanor uppmuntrande.

Här rapporterade aktiviteter är inte bara resultat av befolkningens hälsa. Vårdprogram för diabetiker och överviktiga framtagna för primärvården i Stockholms läns landsting har också varit viktiga inspirationskällor (23, 24). Det är dock tydligt att "Befolkningens hälsa" har medfört en snabbare takt i utvecklingen mot mer förebyggande verksamhet.

Under 1986 har projektarbetsgruppens medlemmar vid ett flertal tillfällen träffat personal från de vårdcentraler som ingår i projektet. Resultat från enkät- och hälsointervju har presenterats och diskuterats. Personalen har tyckt att det varit intressanta resultat men när det kommit till diskussioner hur man kan använda sig av resultaten har det varit svårare.

Ett viktigt mål för projektet är att stimulera den

lokala primärvården till att planera sin verksamhet efter lokala behov och till att använda mer tid för förebyggande arbete. Detta behöver dock inte vara självklart för primärvårdspersonalen som i första hand är utbildad för botande och omvårdande verksamhet. Även om man kan se angelägna områden för prevention är det svårt att göra något då man har för litet kunskaper om vilka riskgrupperna är, vad som bör göras och hur det bör göras.

Ett bra exempel på hur man kan förändra arbetssätt är, det till projektet knutna, delprojektet kring alkoholprevention. En speciell arbetsgrupp, där distriktsläkarna från de i projektet ingående vårdcentralerna har ingått, har arbetat med att utveckla ett program för "Sekundär prevention av alkoholmissbruk i primärvården". Detta exempel visar att om det finns möjligheter till djupare kunskaper i kombination med möjligheter att omsätta dessa kunskaper i praktiken kan förändring nås.

ACKNOWLEDGEMENT

Befolkningens hälsa har genomförts i nära samarbete med en ledningsgrupp med följande medlemmar från primärvården: Lena Andersson, Siv Conradsson, Britta Dahlberg, Thomas Heyden, Mall Kriisa, Sonja

Kruse, Anna Källkvist, Peter Magnusson, Britt-Gerd Malmberg, Roland Morgell, Barbro Norman, Eva Olsson, Birgitta Sjöblom, Sickan Teljefors, Myra Trang, Karin Wikell.

"Befolkningens hälsa i Stockholms län" finansierades av hälso- och sjukvårdsnämnden i Stockholms läns landsting inom ramen för hälso- och friskvårdsanslaget.

REFERENSER

- Eriksson R, Åberg R* (Red): Välfärd i förändring. Levnadsvillkor i Sverige 1968–1981. Stockholm: Socialforskningsinstitutet, Bokförlaget Prisma, 1984.
- Haglund BJA*: Community diagnosis and prevention. Stockholm: Almquist & Wiksell International, 1985.
- Hallqvist J, Haglund B, Holland S, Nordström G, Romelsjö A, Svanström L*: Befolkningens hälsa i Stockholms län. Stockholm: Stockholm Hälsovård, Vårdcentralen Kronan, 1984. (Projektplan, Svart serie nr 8).
- Romelsjö A*: Sekundär prevention av alkoholmissbruk i primärvården. Stockholm: Stockholms Hälsovård, Vårdcentralen Kronan, 1984 (Projektplan, Svart serie nr 9).
- Områdesdatabasen. Stockholm: Regionplanekontoret, Stockholms läns landsting, 1985.
- Fullständig litteraturlista kan erhållas av Anders Romelsjö, Inst för Socialmedicin, Kronan, 172 83 Sundbyberg.