



LUND UNIVERSITY

Folkhälsoarbetets historia i socialmedicinsk belysning

Vilhelmsson, Andreas

Published in:
Socialmedicinsk tidskrift

2012

[Link to publication](#)

Citation for published version (APA):

Vilhelmsson, A. (2012). Folkhälsoarbetets historia i socialmedicinsk belysning. *Socialmedicinsk tidskrift*, 89(1), 44-53. <http://www.socialmedicinsktidskrift.se/index.php/smt/article/view/868/680>

Total number of authors:

1

General rights

Unless other specific re-use rights are stated the following general rights apply:

Copyright and moral rights for the publications made accessible in the public portal are retained by the authors and/or other copyright owners and it is a condition of accessing publications that users recognise and abide by the legal requirements associated with these rights.

- Users may download and print one copy of any publication from the public portal for the purpose of private study or research.
- You may not further distribute the material or use it for any profit-making activity or commercial gain
- You may freely distribute the URL identifying the publication in the public portal

Read more about Creative commons licenses: <https://creativecommons.org/licenses/>

Take down policy

If you believe that this document breaches copyright please contact us providing details, and we will remove access to the work immediately and investigate your claim.

LUND UNIVERSITY

PO Box 117
221 00 Lund
+46 46-222 00 00

Folkhälsoarbetets historia i socialmedicinsk belysning

Andreas Vilhelmsson

Doktorand i folkhälsovetenskap, Nordic School of Public Health NHV, 402 42 Göteborg. E-post: andreas.vilhelmsson@nhv.se.

Socialmedicinskt arbete och folkhälsoarbete har genom historien haft en gemensam och samtida utveckling och således delat uppfattningar kring vad som utgör en befolknings hälsa och hur den bör hanteras. Det är framförallt i 1800-talets urbanisering och industriella utveckling som socialmedicinen har sina rötter, där dramatiska samhällsförändringar bidrog till intresset kring orsaker i den sociala miljön eller i den politiskt ekonomiska strukturen för att förklara samtidens sjukdomar. Detta är fortfarande aktuellt idag när nutida folkhälsoarbete alltmer fokuserar på sociala orsaker till ohälsa. De olika disciplinerna kan därför dra nytta av varandra i hanteringen av kommande folkhälsoproblem i syfte att lyfta fram bredare sociala interventioner för att främja hälsa. Centralt för det nya folkhälsoarbetet är en fokusering på att reducera ojämlikhet i hälsa som ett resultat av orättvisa sociala arrangemang och processer, och mycket av den senare forskningen visar alltmer på samband mellan ojämlikhet i ett samhälle och dess hälsostatus. Det är därför viktigt att folkhälsoarbetet inte förlorar sin betydelse som övergripande socialt och politiskt instrument.

Social medicine and public health have through history had a common and contemporary development and therefore shared common beliefs about what population health is and how it ought to be handled. It is with Industrialization that social medicine has its roots, when dramatic society changes contributed to an interest towards causes in the social environment or in the political economic structure to explain contemporary illness. This is also valid today, when public health focus more and more on social causes to ill health. For that reason, the different disciplines can help each other in handling future public health issues in order to focus on broader social interventions in promotion of health. The central aim of the new public health is a focus on reducing health inequalities based on unjust social arrangements and processes, and much of the research done lately indicate a relationship between inequality in a society and health status. Therefore, public health efforts must not lose its importance as an overarching social and political instrument.

Inledning

Folkhälsoarbetets historia kan skildras utifrån hur olika uppfattningar kring sjukdomars orsaker ständigt har förändrats, och genom mänsklighetens historia har de stora hälsoproblemen ofta varit samhällsproblem. Därmed har utvecklingen till stor del följt den medicinska förståelsen och praktiken. För att komma tillrätta med historiens övergripande hälsoproblem har människan ibland tvingats lära sig förstå och bemästra smittsamma sjukdomar, men det har också inneburit åtgärder av mer basal natur, som att tillhandahålla vatten och livsmedel av god kvalitet. Ur dessa insatser har sedan folkhälsoarbetet uppkommit och utvecklats, och socialmedicinen har varit en nära bundsförvant i denna progression. I Sverige, men även i många andra länder, har det bedrivits folkhälsoarbete i många hundra år, trots avsaknad av specifika teorier och utan att för den skull benämnas som just folkhälsoarbete (1).

Folkhälsoarbete har dock anor från en mycket tidigare historia än så. Medicinshistorikern George Rosen författade redan på 1950-talet ett omfattande standardverk om folkhälsoarbetets historia med utgångspunkt i forntid/antiken och framåt, eftersom han menade att dess historia måste ses som en del i en längre och mycket större historia av hälsa och helande i världen (2).

Vad han gjorde var att erbjuda en socialhistoria där han försökte demonstrera den sociala produktionen av hälsa och sjukdom, att placera läkare och folkhälsoutövare inom deras sociala kontext och visa hur deras förändrade idéer och praktiker relaterade till deras större politiska och ekonomiska ramverk.

Detta är ett synnerligen viktigt litterärt bidrag, eftersom befolkningens hälsa egentligen alltid har varit en förutsättning för överlevnad i alla mänskliga samhällen och alltsedan antiken har regler och protokoll utarbetats för att främja denna. Icke att förglömma är dock att folkhälsoarbetet inte bara ska förstås som en heroisk marsch mot befolkningars frigörande, eftersom dess historia även innehåller exempel på utövare som agerade i folkhälsans namn på sätt som inte skulle tolereras i ett modernt fritt samhälle (3). Detta är framförallt giltigt i rashygienen.

Jag kommer dock i denna artikel att fokusera på socialmedicinens uppkomst och dess relation till folkhälsoarbetet och lämnar därmed tidsperioderna antiken och medeltiden därhän¹. Socialmedicinen som kunskapsområde anses framförallt ha spelat en viktig roll för förståelsen av folkhälsovetenskapens utveckling och folkhälsoarbetets praktik under de senaste två hundra åren² (4). Det råder dock en viss oklarhet kring folkhälsovetenskapens innebörd och det kan därför finnas en poäng att klargöra utgångspunkterna.

¹ Den som är intresserad av dessa tidsperioder hänvisas istället till Vilhelmsson A (2011). Från pest och kolera till nutida pandemihot: med en introduktion till folkhälsovetenskap. Lund: Studentlitteratur. Denna artikel är delvis baserad på omarbetade utdrag ur denna bok.

² Ett bevis på detta är just denna tidskrift Socialmedicinskt tidskrift som har funnits i Sverige sedan 1924 och som från och med 2009 börjat fokusera alltmer på folkhälsofrågor, eftersom hälsopolitik och socialmedicin hör ihop.

Med folkhälsa kommer jag att mena befolkningens hälsa och inget annat. Den teoretiska bakgrunden och själva vetenskapen kommer jag att förstå som folkhälsovetenskap. Dess praktiska tillämpning i syfte att bevara eller förbättra befolkningens hälsa kommer jag att förstå som folkhälsoarbete. Detsamma gäller för inom de socialmedicinska begreppen där socialmedicin betecknar disciplinen och teorin bakom medan socialmedicinskt arbete betecknar dess praktiska tillämpning.

Upplysningstiden

Rosen menar att upplysningstiden (1750-1830) var särskilt viktig i framväxten av folkhälsoarbetet, där fransmännen uppfattades som de intellektuella och britterna som administratörerna i olika försök att översätta nyvaknande ideal i lagar och social politik (2). Det var humanitet och förnuft som präglade debatten under detta skede och ofta innebar förnuft samma sak som humanitet och medmänsklighet, men omtanken om den nästa dikterades inte av moraliska och religiösa bud utan istället av samhällsnyttan (5).

Detta innebar att ett behov av korrekt befolkningsstatistik ökade under 1700-talet och insatser gjordes därför i flera europeiska länder i syfte att bestämma antalet individer i respektive lands befolkning (2). I denna kontext var Sverige nästan hundra år före alla andra länder med att föra statistik över befolkningsutvecklingen, och inrättan-

det av *Tabellverket* i mitten av 1700-talet syftade till att samla in uppgifter om befolkningsantal och befolkningsförändringar, födda och döda (6). Det var det svenska homogena samhället med inslag av kyrklig byråkrati som anses ha möjliggjort denna utveckling (2).

Utifrån detta befolkningsintresse uppkom sedan åtgärder i form av främjandet av fertilitet, personlig hygien och behandling för att hantera sexuella och socialt överförbara sjukdomar i syfte att stärka samhället genom befolkningstillväxt (7). Detta innebar att det nu var samhällets skyldighet att ge förebyggande hälsovård, men varje individ hade även en skyldighet i att försöka hålla sig frisk (5). Som en konsekvens involverades därför läkare i sociala undersökningar, stadsplanering, hygienreformer, hantering av döda kroppar, reglering av födoämnen och mer därtill (8). Provinsialläkarsystemet hade börjat expandera i Sverige redan på 1700-talet i syfte att genom läkares inrapportering skapa sig en bild av olika sjukdomars utbredning i befolkningen³ (9).

Tuberkulos var ett särskilt stort folkhälsoproblem vid denna tid och som ett led i förebyggande hälsovård började åtgärder i form av sanatoriebehandling⁴ alltmer spridas från slutet av 1800-talet, samtidigt som en betoning på strikt hygien, framförallt i samband med upphostningar, blev en viktig del i folkupplysningen (10). För att komma

³ Detta skedde till Collegium Medicum, men efter 1813 skedde det till Kungliga Sundhetskollegiet och efter 1878 till Medicinalstyrelsen som sedan 1968 uppgick i dagens Socialstyrelsen, se även <http://www.socialstyrelsen.se/omsocialstyrelsen/socialstyrelsenshistoria>.

⁴ Sanatoriebehandlingen baserades på den överskuggande inställningen att vistelse i natur med frisk luft skulle motverka processen i lungorna (10).

tillrätta med sjukdomen inrättades i slutet av 1800-talet även dispensärer, som var en plats för förebyggande arbete mot sjukdomen, där arbetet till en början inriktades på att spåra upp, sanna och isolera de sjuka (11).

Dispensärerna kan ses som ett första frö till socialmedicinen i Sverige, och dess huvudsakliga verksamhet var upplysning, undervisning och kontroll (10). Socialmedicinska förespråkare utsåg därmed läkaren till en slags advokat för de fattiga och uppmuntrade denne att delta i samhällsplaneringen (12). Från 1822 uppmanades även provinsialläkare att uppmärksamma den allmänna hälsovården, att utöva kontroll över mat och dryck och tillsyn över barns fysiska fostran (9). Tack vare dessa och andra tidiga folkhälsoinsatser började Sverige reducera dödlighet och stimulera befolkningstillväxt och efter 1810 överskred dödstalen inte längre födelsetalen (12).

Socialmedicin och ett nyare folkhälsoarbete

Socialmedicinen har framförallt sina rötter i 1800-talets urbanisering och industriella utveckling när dramatiska samhällsförändringar bidrog till intresset kring orsaker i den sociala miljön eller i den politiskt ekonomiska strukturen för att förklara samtidens sjukdomspanorama (4). Hälsans relation till omgivnings- och samhällsfaktorer började nu bli alltmer tydlig (13), och från 1858 krävdes det av provinsialläkarna att de även lämnade årliga rapporter kring befolkningens hälsa (14).

Sjukdomsprevention började nu förstås som en politisk och ekonomisk verksamhet och absorberades in i den moderna staten under begrepp som statlig medicin eller politisk medicin (11). Det var framförallt de vetenskapliga upptäckterna kring bakteriologin som skapade en ny sjukdomsförståelse som sedermera ledde till ett nytt folkhälsoarbete. En ökande befolkning började inom 1800-talets folkhälsoarbete alltmer uppfattas som en grogrund för infektionssjukdomar och därför blev epidemiologiska perspektiv på befolkningsdensitet särskilt viktiga (15).

I Sverige tydliggjordes 1867 behovet av folkhälsoreformer när det svenska jordbrukssamhället transformerades till en industriell nation, och 1874 klubbades en första folkhälsoreform igenom (12). Stadgan föreskrev att hälsovården skulle skötas och epidemierna bekämpas, och för eftervärlden har den framför allt förknippats med förordningen att varje stad skulle inrätta en hälsovårdsnämnd (6). Att vatten och avlopp drogs in i lägenheter och införande av vattentoaletter och centralvärme var särskilt viktiga inslag för befolkningens hälsa (9). En ny tolkning av världen utvecklades baserad på ett nytt samhälle och fattigvård och sjukvård byggdes sakta ut och förbättrades samtidigt som moderna folkrörelser som frikyrkor, nykterhetsloger och arbetarrörelsen bildades (6). Både sociala och ekonomiska förhållanden erkändes ha en viktig effekt på hälsa och sjukdom, och för att främja hälsa och mota sjukdom skulle både sociala och medicinska metoder användas (2).

Den tidiga socialmedicinska rörelsen dominerades av tanken att god hälsa var en folklig rättighet, och att det var statens uppgift att sörja för folkhälsan genom administrativa, lagstadgade och institutionella medel (16). Det var nu ett modernt folkhälsobegrepp uppkom i Europa och i USA, när rädsla för sjuklighet och dödlighet stimulerade vetenskapsmän, socialarbetare, statistiker, religiösa ledare, filantroper och regeringar att söka efter lösningar för att skydda befolkningens hälsa (17). Den tidiga folkhälso-rörelsen på 1800-talet använde en medicinsk vetenskaplig modell för att förklara sjukdomsprocesser, samtidigt som man använde socialpolitiska interventioner för att förhindra dess uppträdanden (18). De medicinska och sociopolitiska delarna av folkhälsoarbetet separerades dock under 1900-talet, vilket innebar ett alltmer medicinskt dominerat folkhälsoarbete.

En allt bättre folkhälsa

Det var en slags gryende optimism som inledde 1900-talet för västvärlden. Hälsotillståndet förbättrades markant utifrån de sociala förändringar som följde den industriella revolutionen i kombination med direkta folkhälsohandlingar (19). En stor andel av den mänskliga befolkningen kunde nu med hjälp av bland annat nymodigheter som kvävebaserade gödningsmedel komma ur kroniska hungertillstånd och risk för svält (20). Bortsett från livsmedelskrisen under krigsåret 1917 och spanska sjukans härjningar året därefter, behövde till exempel svenska folket aldrig mer uppleva någonting som tillnärmelsevis liknade de stora

nödåren vid 1860-talets slut (6).

Fattigdom började i allt mindre grad betraktas som ett naturligt straff på grund av de fattigas tillkortakommanden och istället diagnostiseras som en social sjukdom, samtidigt som det klargjordes att dess hälsokonsekvenser måste hanteras för att hålla den nationella ekonomin hälsosam (2). Genom att kombinera medicinen med samhällsvetenskaperna ville man kunna analysera de sociala orsakerna till hälsa och ohälsa, precis som alliansen mellan medicinen och laborativvetenskaperna hade skapat nya insikter kring kemiska och fysiska sjukdomsorsaker (21).

I länder som Sverige och England följdes dessutom sanitetsreformen från 1800-talet upp av en heltäckande nationell hälsoservice under 1900-talet (7). För att få folkhälsoarbetet nära till de människor som behövde dess hjälp utvecklades olika distriktsbaserade hälsoadministrationer och idén kring hälsocenter utvecklades under 1920-talet och in på 1930-talet (2). Medellivslängden steg för första gången över 40 år runt 1870 och mellan 1900 och 2000 ökade den från 45 till 75 år, även känd som hälsotransitionen (22).

En av de mest spektakulära händelserna i 1900-talets svenska folkhälsohistoria är stävjandet av tuberkulosen, vilket skedde genom bättre hygien, kost och bra bostäder, men självklart även genom de vaccin som successivt utvecklades (6). Det har till och med visat sig att bättre diet, bättre bostäder och bättre sanitära förhållanden och

allmänna socioekonomiska framsteg (under den senare delen av 1800-talet och den första delen av 1900-talet) har haft en större påverkan på livslängd än den moderna medicinska vården (19).

De förbättringar som kommit efter andra världskriget och som berott på bättre sjukvård, effektiva antibiotika och andra nya kirurgiska och medicinska terapier har varit betydelsefulla men endast marginellt ökat befolkningens hälsotillstånd (23). Till och med moderna folkhälsoverktyg som vacciner har bidragit förhållandevis lite för att förbättra befolkningars hälsa om man ser till livslängd, spädbarnsdödlighet och dödlighet i infektionssjukdomar (24).

I denna anda, starkt präglad av vikten av sanitära förhållanden och sociala reformer, inrättade Sverige 1938 *Statens institut för folkhälsa* med uppgift att förbereda och främja förebyggande åtgärder i syfte att bevara eller förbättra folkhälsan (6). Detta folkhälsoinstitut slogs sedan samman med hygieninstitutionen på Karolinska Institutet och var inriktat på sanitära förhållanden i samhället (23). Perioden dessförinnan hade dock inte varit lika framgångsrik.

Trots 1900-talets folkhälsovetenskapliga och socialmedicinska framgångar fanns det nämligen även smolk i glädjebägaren när den socialmedicinska vetenskapen tyvärr användes för att lösa det som flera uppfattade som samhällsproblem. Den demografiska förändringen i det moderna samhället skapade dessvärre successivt en ideologi med betoning på förhållandet mellan en befolknings kvalitet och kvanti-

tet (11). Detta ledde i sin tur till en slags oförståelse inför de svagas behov av välfärd och integritet, och förespråkare för detta synsätt talade för att en mer eller mindre aktiv gallring var nödvändig för att upprätthålla folkstammens sundhet (6).

Den mest välkända och sedan omskrivna produkten av denna *rashygien* var sterilisering i syfte att förhindra ”degenererade” att sprida sin avkomma (7), där själva termen ”degeneration” blev det ultimata tillståndet för att signalera patologi (25). Sverige var här inget undantag, utan tvärtom en aktiv förespråkare som 1922 till och med inrättade ett statligt institut för rasbiologi i Uppsala och 1935 antog sedan den svenska riksdagen lagen om sterilisering (26).

Trots att det existerade dispyter mellan den rashygieniska rörelsen och de som argumenterade för preventiv medicin och folkhälsoutbildning vävdades deras tankar samman i den operationella verkligheten (8). Dessa eugeniska tankar kombinerades beklagligtvis sedan med andra ideologier som ledde till tredje rikets planering för den slutgiltiga lösningen (11).

Efter att Förenta Nationerna (FN) inrättats efter andra världskriget blev Världshälsoorganisationen (WHO) 1948 formellt etablerad som en internationell hälsomyndighet inom FN (27). Dess konstitution angav att dess mål var högsta möjliga hälsa för alla människor (28), och nu placerades hela jordens befolknings hälsa på agendan för internationell politik (7). WHO:s policy och organisationsstruktur var

dock från början sjukdomsorienterad med särskilda sjukdomsenheter och program.

Runt 1950 hade medicinen nämligen tillskansat sig en genuin kapacitet att förlänga liv (22), och en expanderande hälso- och sjukvårdssektor innebar mindre fokus på folkhälsoarbetet. Breda sociala fält ersattes nu alltmer med individen som norm i sökandet efter sjukdomsorsaker (8).

Med sin vertikala sjukdomskontroll gjorde WHO succé när det gällde att utrota till exempel smittkoppor (där en åtgärd i vaccination räckte) medan dess organisationsstruktur fick problem när det gällde till exempel malaria som krävde flera åtgärder (19).

Det "nya" folkhälsoarbetet

Under 1970-talet betonades framförallt livsstilens betydelse för hälsan, vilket fokuserade på psykologiska teorier som tog liten hänsyn till individens sociala och ekonomiska omständigheter (15). Folkhälsoarbetet präglades nu mer av biomedicin än socialmedicin (21).

Under samma årtionde började dock röster höras som ansåg att hälsopolitiken inte kunde fortsätta vara upptagen med klinisk och medicinsk service. Båda ansågs nämligen var dyra i drift, inte förbättra befolkningens hälsostatus nämnvärt och hälsoundervisning och sjukdomsprevention kritiserades för att enbart vara ett sätt att minska kostnaderna och skjuta över ansvaret på individen (18). Det var den kanadensiska ministern Marc Lalonde som

föreslog att fokus därmed borde skifta från sjukdom till hälsa och därigenom ses i ett bredare perspektiv och inte enbart lösas med medicinska medel (29).

I september 1978 höll WHO ett möte för hälsoministrar som ledde till det nu avgörande dokumentet för den internationella folkhälsoörelsen, Alma-Ata-deklarationen (30). Härmed försökte man komma från den sjukdomsorienterade synen genom att betona primärvården, och att befolkningen skulle göras mer delaktiga i främjandet av hälsa och inte enbart ses som mottagare av service (31). Detta nya folkhälsoarbete (*the new public health*) identifierades i nästa WHO-konferens i Ottawa som stipulerade att människor inte kan nå sin fulla hälsopotential om de inte kan erhålla kontroll över de saker som bestämmer deras hälsa (32).

Det viktiga dokumentet Ottawa Charter identifierade en hälsosam allmän politik som central för hälsofrämjande arbete (18). Senare WHO-konferenser har betonat saker som hälsopolitik (33), stödjande miljöer (34), hälsa som en basal mänsklig rättighet (35), och i dokumentet Bangkok Charter 2005 framhölls olika åtgärder för att adressera hälsans bestämningsfaktorer i en alltmer globaliserad värld (36).

Även i Sverige inträffade ett förnyat folkhälsointresse från svenska hälsomyndigheter på 1970-talet i och med ett förändrat perspektiv från medicinsk vård till hälsopolitik, där uppdraget att systematiskt beskriva befolkningens hälsa gick till Socialstyrelsen som 1987 publicerade Sveriges första folkhäl-

sorapport (14). 1992 inrättades sedan *Folkhälsoinstitutet*, som 2001 blev *Statens folkhälsoinstitut*, och alltsedan 2002 existerar en folkhälsopolitik i Sverige som istället för enskilda sjukdoms- eller ohälsotillstånd betonar olika målområden.

Denna utveckling har gjort det tydligt att hälsofrämjande är en aktivitet som kräver att man tittar på de underliggande orsakerna till ohälsa och sedan försöker hantera dessa utifrån ett brett samhällsperspektiv (15). Hälsofrämjande arbete är dock fortfarande till stor del förknippat med sjukdomsprevention och riktar sig ofta till specifika riskgrupper, samtidigt som WHO har försökt flytta definitionen av hälsofrämjande från specifika sjukdomar till att istället betona hälsa och välbefinnande hos hela befolkningar. Hälsa tolkas inte här enbart som individens ansvar, och en viktig skillnad mellan hälsoupplýsning och hälsofrämjande är att omgivning och politisk handling involveras i den senare (18).

Ottawa Charter främjade en mer liberal syn på hälsa (ett mer bottom-up perspektiv) där individen är ansvarig för sin hälsa medan det senare Bangkok Charter ser mer till underliggande ojämlikhetsfrågor och deras betydelse, vilket ger staten och dess styre en starkare roll (ett mer top-down perspektiv). Precis som tidigare folkhälsoarbete i historien anses staten ha en viktig roll i att skapa förutsättningar för hälsa.

Centralt för det nya folkhälsoarbetet är därmed en fokusering på att minska ojämlikheter i hälsa orsakade

av orättvisa sociala arrangemang och processer (15). Mycket av den senare forskningen visar alltmer på samband mellan ojämlikhet i ett samhälle och dess hälsostatus (37). Målen för nutida folkhälsoarbete anses därför behöva innehålla större dimensioner av folkhälsoförbättring genom att reducera sociala och hälsorelaterade ojämlikheter och sträva efter en hälsosam och hållbar miljö (38).

Socialmedicinskt arbete eller folkhälsoarbete?

Men hur skiljer vi då på folkhälsoarbete och socialmedicinskt arbete som är sprungna ur samma fokus på befolkningens hälsa? Till skillnad från övriga medicinska specialistområden (som utmärks av ett tydligt individperspektiv) karakteriseras socialmedicin av ett befolknings- eller grupperspektiv för att identifiera faktorer, som på olika sätt påverkar hälsa och ohälsa (39). Socialmedicinen har därmed en nära koppling till dagens folkhälsovetenskap i Sverige, vilket kan bidra till en rådande begreppsförvirring kring mål och innehåll. Socialmedicin behandlar frågan om sociala orsaker till ohälsa, om ohälsan som samhällsfenomen och om sociala konsekvenser av sjukdom, vilket även präglar folkhälsoarbetet och folkhälsovetenskapens framväxt.

Med bakgrund i sjukvården och medicinen bidrar därför socialmedicinen med kunskap i folkhälsoarbete, global hälsa, planering, organisering, utveckling och utvärdering av hälso- och sjukvård och i övriga samhällssektorer (4). Vissa forskare menar till och med att Sverige

tema

saknar en kärnterm för folkhälsoarbete som ibland istället blir synonymt med socialmedicinskt arbete, eftersom socialmedicin i sin praktik ofta använder sig av folkhälsovetenskapliga metoder (40). Kanske är detta en rest av deras gemensamma utveckling i Sverige när befolkningens hälsa förbättrades genom hälsopolitiska åtgärder. Den nutida svenska folkhälsopolitiken anses av somliga internationella hälsoforskare vara det mest omfattande åtagandet ett lands regering har gjort i syfte att reducera ojämlikhet i hälsa samt skapa en god jämlik hälsa för hela befolkningen (15).

Både folkhälsovetenskap och socialmedicin bör vara centrala aktörer när denna politiska retorik ska omsättas i konkret handling. Folkhälsoarbetet har genom historien varit intimt förknipat med socialmedicinskt arbete och denna allians bör fortsätta. De olika disciplinerna kan framförallt dra nytta av varandra i hanteringen av kommande folkhälsoproblem i syfte att lyfta fram bredare sociala interventioner för att främja hälsa⁵, där folkhälsoarbetet som ett viktigt övergripande socialt och politiskt instrument har en viktig roll att spela⁶.

Referenser

1. Ejlertsson G (2009). Folkhälsovetenskap i ett hundraårigt perspektiv. I: Ejlertsson G och Andersson I (red.) *Folkhälsa som tvärvetenskap – möten mellan ämnen*. Lund: Studentlitteratur ss. 31–57.

2. Rosen G (1993). *A history of public health*. Expanded edition. Baltimore: The Johns Hopkins University Press.
3. Hanlon P och Carlisle S (2008). Do we face a third revolution in human history? If so, how will public health respond? *Journal of Public Health*, 30, 4, s. 355–361.
4. Haglund B J, Jansson B och Svanström L (2009). Från fristående kurser i folkhälsovetenskap till folkhälsoprogram i enlighet med Bologna-processen. *Socialmedicinsk tidskrift* 86, 1, s. 75–81.5. Nilsson I och Peterson H-I (1998). *Medicinens idéhistoria*. Stockholm: SNS Förlag.
6. Sundin J (2005). Folkhälsa och folkhälsopolitik. I: Sundin J, Hogstedt C, Lindberg J och Moberg H (red.) *Svenska folkets hälsa i ett historiskt perspektiv*. Stockholm: Statens folkhälsoinstitut R 2005:8, s. 363–469.
7. Porter D (1994). Introduction. I: Porter D (red.) *The history of public health and the modern state*. Amsterdam: Rodopi, s. 1–44.
8. Rose N. (2007). *The politics of life itself. Biomedicine, power, and subjectivity in the twenty-first century*. Princeton and Oxford: Princeton University Press.
9. Bjärås G och Kanström L (2000). *Folkhälsokunskap*. Stockholm: Liber.
10. Werkö L (2008). *Från blodbosta till vardagsstress: sjukvård och medicinare i 1900-talets Sverige*. Stockholm: Sellin & partner bok och idé (på uppdrag av Svenska Läkaresällskapet).
11. Janlert U (2000). *Folkhälsovetenskapligt lexikon*. Stockholm: Natur och kultur.
12. Porter D (1999). *Health, civilization and the modern state*. New York: Routledge.
13. Andersson I (2009). Biomedicin: viktig grund men också hinder. I: Andersson I och Ejlertsson G (red.) *Folkhälsa som tvärvetenskap – möten mellan ämnen*. Lund: Studentlitteratur, s. 63–85.

⁵ Exempelvis skapades i Malmö våren 2011 en politiskt oberoende Kommission för ett socialt hållbart Malmö i syfte att minska skillnader och förbättra livsvillkoren för Malmöborna.

⁶ Se även Vilhelmsson A, Svensson T, Meeuwisse A (2011). Mental ill health, public health and medicalization. *Public Health Ethics*, 4, 3, s. 207–217.

14. Wall S, Persson G och Weinehall L (2003). Public health in Sweden: Facts, vision and lessons. In: Beaglehole R (red.) *Global public health: a new era*. New York: Oxford University Press, s. 69–86.
15. Baum F (2008). *The New Public Health*. Oxford: Oxford University Press.
16. Lupton, D. (1995). *The imperative of health. Public health and the regulated body*. London: Sage Publications.
17. Raeburn J och Macfarlane S (2003). Putting the public into public health: towards a more people-centered approach. I: Beaglehole R (red.) *Global public health: a new era*. New York: Oxford University Press, s. 243–252.
18. Naidoo J och Wills J (2000). *Health Promotion. Foundations for Practice*. Second Edition. London: Harcourt Publishers Limited.
19. Lindstrand A, Bergström S, Rosling H, Rubenson B, Stenson B och Tylleskär T (2006). *Global health- an introductory textbook*. Lund: Studentlitteratur.
20. Sachs J D (2006). *The end of poverty. Economic possibilities for our time*. New York: Penguin Books.
21. Porter D (2006). How did social medicine evolve, and where is it heading? *PLoS Medicine*, 3, 10, s. 1667–1672.
22. Wootton D (2007). *Bad medicine. Doctors doing harm since Hippocrates*. Oxford: Oxford University Press.
23. Werkö L (2003). *Global folkhälsa – tar vi vårt ansvar*. Lund: Studentlitteratur.
24. Garrett L (2000). *Betrayal of trust. The collapse of global public health*. New York: Hyperion.
25. Pick D (1989). *Faces of degeneration: a European disorder, c. 1848-c. 1918*. Cambridge: Cambridge University Press.
26. Bengtsson B O (2006). *Genetiska konflikter: polemiska artiklar från trettio år*. Lund: Ellerströms förlag.
27. MacDonald T H (2008). *Sacrificing the WHO to the highest bidder*. Oxford: Radcliffe Publishing.
28. WHO (1948). *Official records of the World Health Organization*. Geneva: World Health Organization.
29. Lalonde, M. (1974). *A New Perspective on the Health of Canadians*. Minister of Supply and Services Canada.
30. Garrett L (1995). *The coming plague: newly emerging diseases in a world out of balance*. New York: Penguin Books.
31. WHO (1978). *Declaration of Alma-Ata*. Geneva: World Health Organization.
32. WHO (1986). *Ottawa Charter for Health Promotion*. Geneva: World Health Organization.
33. WHO (1988). *Adelaide Recommendations on Healthy Public Policy*. Geneva: World Health Organization.
34. WHO (1992). *Third international conference on health promotion (9-15 June 1991), Sundsvall, Sweden*. Geneva: World Health Organization.
35. WHO (1997). *The Jakarta Declaration on leading health promotion into the 21st century*. Geneva: World Health Organization.
36. WHO (2005). *The Bangkok Charter for Health Promotion in a Globalized World*. Geneva: World Health Organization.
37. Wilkinson R och Pickett K (2010). *Jämlikhetsanden. Därför är mer jämlika samhällen nästan alltid bättre samhällen*. Stockholm: Karneval Förlag.
38. McMichael T och Beaglehole R (2003). The global context for public health. I: Beaglehole R (red.) *Global public health: a new era*. New York: Oxford University Press, s. 1–23.
39. Socialstyrelsen. (2005). *Säkerställd socialmedicinsk kompetens inom svensk hälso- och sjukvård. Rapport om den socialmedicinska specialistsitkompetensen för läkare*. Socialstyrelsen.
40. Kaiser S och Mackenbach J P (2008). Public health in eight European countries: an international comparison of terminology. *Public Health*, 122, 2, s. 211–216.