

Sveriges framväxt och internationella bidrag till folkhälsa och miljö

Bo J. A. Haglund

Bo J.A. Haglund, professor emeritus, Institutionen för global folkhälsa, Karolinska Institutet.
E-post: bjahag@gmail.com

I denna artikel ges först ett försök till beskrivning av förändringarna som präglat Sverige under de senaste 100 åren från ett jordbruks- till dagens postindustriella samhälle. Hälso- och sjukdomspanoramat har förändrats under de senaste 100 åren beroende på utseendet av samhället. Vid förra sekelskiftet dominerades ohälsopanoramat av infektionssjukdomar. Idag domineras de flesta industriländer av en hög förekomst av kroniska sjukdomar som hjärt- och kärlsjukdomar och cancer. Dessa sjukdomar har successivt minskat sedan 1980 talet. Det postindustriella samhället domineras alltmer av psykosomatiska besvär och i Sverige också av stora skillnader i sjuklighet mellan kvinnor och män för t.ex. stress där det finns en kraftig överrepresentation för kvinnor. Den andra delen av artikeln beskriver Sveriges bidrag till bättre hälsa och miljö i ett internationellt perspektiv med samarbete med främst WHO. Dess strategi Hälsa för alla drivs bl.a. genom en rad konferenser i hälsofrämjande arbete (Health Promotion) med start i Ottawa 1986. Konferenserna har varit viktiga för att föra upp strategiska frågor på den hälsopolitiska agendan och varit policyskapande motorer för en positiv hälsoutveckling inom länder och i organisationer. Den 3:e konferensen hölls i Sundsvall 1991 med temat skapa stödjande miljöer för hälsa. Även den 8:e världshälsokonferensen i Helsingfors 2016 med tema Hälsa i all politik genomfördes i Norden.

This article will provide the emergence of the Swedish society during the latest 100 years from an agriculture society to the current post-industrial society. The public health panorama has changed depending on the appearance of the society. Last century infectious diseases dominated. During the industrial society coronary heart diseases and cancer were most common. These diseases have diminished since the 1980s. In the postindustrial society instead psychosomatic diseases and stress dominates with large differences between genders with overrepresentation for women. The second part of the article presents the international contribution from Sweden and the Nordic countries when holding the WHO conference in Health Promotion, 1991 on Creating Supportive Environments for Health in Sundsvall. The 8th International Conference in Health Promotion was held in Helsinki, 2016 under the heading of Health in all policies.

Framväxten av det moderna Sverige

Under de senaste 100 åren har en utveckling ägt rum i Sverige från ett jordbruks- till industrisamhälle¹(1). Dessa samhällsstrukturrella förändringar kan avläsas i förändrade hälsoförhållanden för den enskilde och därmed också ett förändrat sjuklighetsmönster i befolkningen. Detta återverkar också på det förebyggande arbetet med krav på nya arbetssätt (2). År 1930 var i Sverige ungefär en tredjedel av befolkningen sysselsatt i vardera jordbruk med skogsbruk, industri med byggnadsverksamhet samt service (handel, samfärdsel och tjänster). År 1950 sysselsatte jord- och skogsbruket ca 20% av de förvärvsarbetande medan andelen för industri och service hade ökat till vardera 40%. Under 1980-talet hade jordbrukets betydelse minskat ytterligare samtidigt som expansionen inom industrin hade upphört. Andelen verksamma i jordbruk, skogsarbete och fiske var endast 3% år 1987. Andelen anställda inom industri, tillverkning och transport uppnådde sin högsta nivå på 1960-talet och har sedan dess reducerats från 50% till 19%.

Nu är den största industrisektorn på ett eller annat sätt knutet till transport eller energisektorn. Andelen anställda i nya sektorer, framför allt inom offentlig verksamhet, har ökat markant efter 1950. Nya sektorer började växa till, som utbildning, vård, omsorg, media, underhållning och kultur. I runda tal har 400.000 arbeten tillkommit under efterkrigstiden i den offentligt organiserade tjänstesektorn. Det är dessa arbeten som under början av 1990-talet reducerats i antal. Industrisamhället har således i stort övergått till ett alltmer tjänstedominerat samhälle. Även arbetets karaktär vid datoriseringen bidrar till flytande gränser mellan arbetare och tjänstemän. I stället för en direkt hantering av redskap och maskiner har arbetet i produktionen blivit orienterat mot modeller som skapas vid bildskärmar. Arbetet har blivit mer abstrakt och därmed "tjänstemannalikt". Vid denna typ av arbete sker också en förskjutning från praktiska till teoretiska kvalifikationskrav, vilket bidrar till att sudda ut gränserna mellan arbetare och tjänstemän i industrin.

Idag utgör anställda inom jordbruk, skog och fiske 2,9 %, Bygg och energi 6,2 %, Transporter 5,7%, Handel 12 %, Privata tjänster 21,1%, Finans och fastighetssektorn 3,6% och den offentliga sektorn 31,1 %..

Med ovan utveckling så ligger Sverige idag i en rad indikatorer i topp bland världens länder som index för välbstånd, livskvalitet, demokrati, frihet, jämlikhet och liknande (3).

Rent materiellt har flertalet svenskar fått det bättre med succesivt ökade reallöner sedan 1995 (4).

Hälso- och sjukdomspanoramat har förändrats under de senaste 100 åren. Vid förra sekelskiftet dominerades ohälsopanoramat av infektionssjukdomar. Idag domineras de flesta industriländer av en hög förekomst av kroniska sjukdo-

mar som hjärt- och kärlsjukdomar och cancer. Men enligt Folkhälsoinstitutets senaste rapporter så har dödligheten i hjärt-kärlsjukdomar och de vanligaste cancersjukdomarna succesivt minskat sedan 2006. Medellivslängden har succesivt ökat och är idag 84,9 år och 81,6 år, för kvinnor respektive män. Och år 2022 uppgav 73 procent av befolkningen mellan 18 och 84 år att de hade en bra eller mycket bra hälsa (5).

Den tredje vågen av ohälsa som förorsakas av det postindustriella samhället domineras alltmer av psykosomatiska besvär och i Sverige också av stora skillnader i sjuklighet mellan kvinnor och män i t ex förekomst av förslitningssjukdomar i leder och muskler och stress.

Andelen som anger oro och ångest har ökat, liksom andelen som behöver psykiatrisk vård. Antalet personer med antidepressiv behandling har stadig ökat under de senaste 20 åren. Gruppen utgör nu närmare 14 procent av befolkningen. I en rapport från Försäkringskassan 2023 anges att psykisk ohälsa står för mer än hälften av alla längre sjukfall med rekordmånga sjukskrivna för stress. Hårdast drabbade är kvinnor som arbetar inom vård och omsorg (6).

Folkhälsoarbetet fokuserades vid industrialismens framväxt till hälsopolitiska reformer som främst påverkade den fysiska och sociala miljön, vilket resulterade i t ex bättre boende, rent vatten, omhändertagande av avfall, bättre mat. Denna första fas av folkhälsoarbete avlöstes under den ekonomiska tillväxtfasen av en fokusering på individen och mycket lite på miljöns betydelse för hälsa. Hälsouppllysning riktad till enskilda individer var huvudinnehållet. Men, idag när det postindustriella samhället formas sker åter igen en fokusering på miljöarbete som den stora möjligheten att åstadkomma bättre hälsa för befolkningen, att skapa stödjande miljöer för hälsa. I detta arbete handlar det om att bedöma vilka förutsättningar som behöver vara så gynnsamma som möjligt för att uppnå vissa mål. Det är denna strategiska diskussion som har utvecklats i folkhälsoprogram.

De trender som man ser i dessa strävanden inom hälso- och sjukvården är en förskjutning från individer mot systemtänkande och miljöpåverkan. Inom miljöarbetet i det svenska samhället går trenden åt motsatt håll där man mer och mer talar om vikten av att den enskilde lär sig sköta sophanteringen och lär sig använda rätt bränsle, köra bil varsamt och helst skaffa el-bil. Det är i det mötet som begreppet stödjande miljöer för hälsa är användbart. Man talar också om det nya folkhälsoarbetet (The New Public Health). I arbetet med att främja folkhälsan står inte individerna som individer i fokus. De ingår istället i olika grupper och "kollektiv". De lever i familjer, deltar i föreningar och folkrörelser, lever i kvarteret eller bysamhället och är medborgare i ett samhälle med en organiserad statsbildning. Aktörerna är inte bara olika individer utan också olika kollektiva institutioner.

De folkhälsoinriktade preventiva insatserna blir därför till en del av en samhällelig process som innehåller alla de konflikter som samhället innehåller även i övrigt. En av de viktigaste intressekonflikterna handlar om individen visavi samhällets organisationer.

Vad är folkhälsoarbete?

Åtgärderna för att förbättra folkhälsan kan i princip delas in i två huvudgrupper. Dels sådana åtgärder som är inriktade på att skapa förutsättningar och miljöer - socialt och kulturellt, fysiskt, politiskt, ekonomiskt och emotionellt - som främjar individernas hälsa, dels insatser som riktar sig direkt till individer, grupper eller institutioner för att förmedla kunskaper och öka medvetenheten om samband mellan levnadsvanor och hälsa. Metoderna spänner därmed över hela skalan från ekonomisk politik och lagstiftning till hälsoupplysning.

I definitionen görs således en precisering av folkhälsoarbete till att avse insatser med fokus på och uttalad avsikt att bidra till en bättre hälsa i befolkningen. Det är avsikten som sätts i centrum för avgränsningen. Vi kan skilja folkhälsoarbetet med den direkta avsikten att förbättra folkhälsan och andra insatser som - i större eller mindre omfattning - har en avgörande betydelse för hälsoutvecklingen.

Sveriges bidrag till bättre hälsa och miljö i ett internationellt perspektiv

Vid Världshälsoorganisationens (WHO:s) 30:e generalförsamling möte våren 1977 etablerades begreppet "Hälsa för alla till år 2000" (7). Ett år senare konkretiserades strategin i den sk Alma Ata deklARATIONEN (8). Alma Ata deklARATIONEN är en viktig milstolpe i den internationella utvecklingen av hälsofrämjande arbete där man betonade bl a att hälsa är ett socialt mål för nationer. För Europas del blev sedermera dokumentet "Mål för Europas nationers hälsa" ett mera praktiskt inriktat dokument (9).

Hälsofrämjande arbete är den process som ger människor möjligheter att öka kontrollen över sin hälsa och att förbättra den (Ottawa Charter).

Begreppet "stödande miljöer för hälsa" myntades vid Ottawa-konferensen 1986 (10), men genom Sundsvallskonferensen 1991 gavs en begreppsram till det tvärssektoriellt inriktade hälsofrämjande arbetet, som blev 1990-talets dominerande bidrag internationellt till det hälsofrämjande och förebyggande arbetet (11).

Under senare år har intresset ökat både för miljöfrågor och för folkhälsofrågor och deras betydelse för mänsklighetens och miljöns framtid. Som ett resultat har

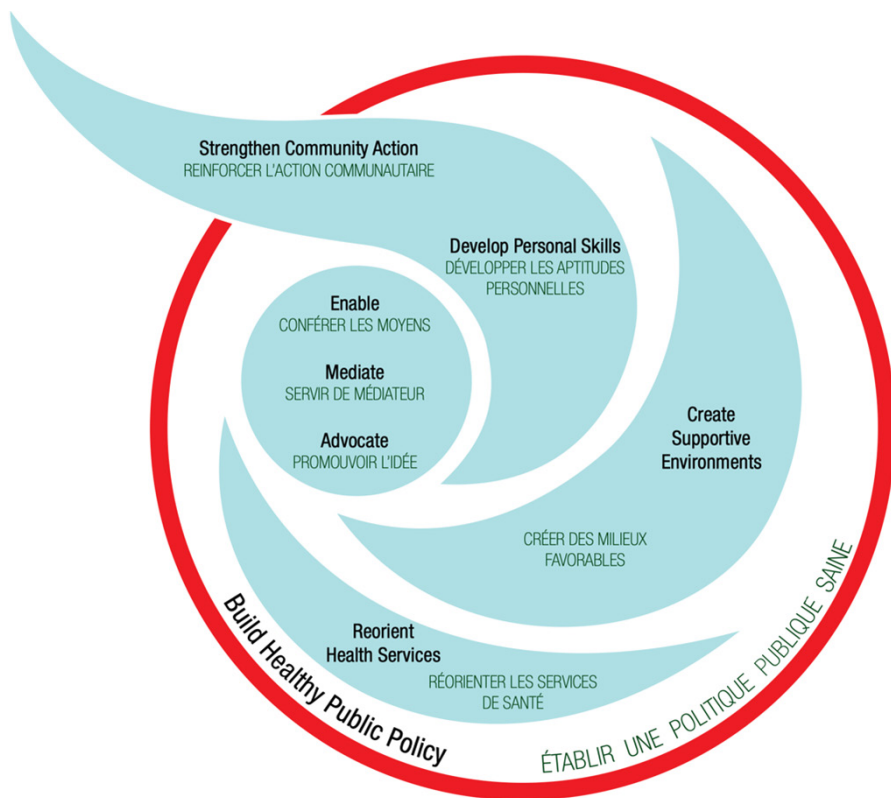
behovet av en hållbar utveckling fokuserats när det gäller miljö och folkhälsa. På miljösidan kan detta spåras tillbaka till den första globala miljökonferensen, som hölls i Stockholm 1972. Denna kom framför allt att bidra till etableringen av Förenta Nationernas miljöprogram 1973 (UNEP). Ett mer aktuellt uttryck för en samlande miljö/hälsa- ideologi är 1987 års "World Commission on Environment and Development". Denna leddes av den norska premiärministern Gro Harlem Brundtland och dess resultat lades fram i rapporten "Our common future" (12). Denna följdes senare av UNEP-dokumentet "Environmental Perspectives to the year 2000 and beyond", som antogs av Förenta Nationernas generalförsamling i december 1987 (13). Senare har de europeiska länderna följt upp detta arbete med förslag till riktlinjer för ländernas miljö och hälsoarbete (14).

Vid FN:s konferens om miljö- och utveckling (UNCED) i Rio de Janeiro i juni 1992 antogs handlingsprogrammet Agenda 21. Agendan - det latinska uttrycket för dagordning eller fördragningslista - ger mål och riktlinjer för att uppnå en hållbar utvecklig genom att utrota fattigdom och undanröja hoten mot miljön. Handlingsprogrammet är långsiktigt och sträcker sig in i det 21:a århundradet. Handlingsprogrammet är starkt politiskt och moraliskt förpliktigande för de stater som genom deltagande i Rio, däribland Sverige, står bakom Agenda 21. Agenda 21 skall därför ses som en kraftfull uppfordran till handling. Den utgör ett uppdrag till såväl stater som till grupper och individer i samhället att delta i arbetet med miljö- och utvecklingsfrågorna under resten av 1900-talet och in i nästa sekel (15).

På hälsosidan kom Alma-Ata-konferensen (1978) om primär hälsovård och "Hälsa för alla" strategien inom Världshälsoorganisationen (WHO) att prägla synen på hälsa och vad som kan göras för den (16).

WHO konferenser som varit en fortsättning för utveckling av hälsofrämjande arbete (Health Promotion) startade 1986. Konferenserna har varit viktiga för att föra upp strategiska frågor på den hälsopolitiska agendan och varit policyskapande motorer för en positiv hälsoutveckling inom länder och i organisationer (17). Dessa konferenser har sedan Ottawakonferensen 1986 lyft fram olika begrepp, principer och aktionsområden och placerat in hälsofrämjande (Health Promotion) i ett globalt sammanhang.

Men, det var Ottawa-konferensen, som gav folkhälsoarbetet dess moderna tyngdpunkt genom att framhålla det hälsofrämjande arbetet (17). Där underströks betydelsen av hälsa som en helhet och en resurs för vardagslivet, med sociala, andliga och fysiska dimensioner. För att det hälsofrämjande arbetet skall vara effektivt måste det finnas förespråkare för hälsa (Advocate), resurser som möjliggör (Enable) för människor att uppnå sin hälsopotential och medling (Mediate) mellan olika sociala intressen. I Ottawa identifierades fem medel för hälsofrämjande arbete (Health Promotion Emblem eller Häl-



Figur 1. Health Promotion Emblem eller Hälsobloemman

sobloemman), nämligen att stärka aktioner i lokalsamhället (Strengthen Community Action), att utveckla personliga färdigheter (Develop Personal Skills), att omorientera hälso- och sjukvården Reorient Health Services), att bygga en hälsofrämjande politik (Build Healthy Public Policy) samt att skapa stödjande miljöer för hälsa(Create Supportive Environments). Hälsofrämjande arbete definierades som: *Hälsofrämjande arbete är den process som ger människor möjligheter att öka kontrollen över sin hälsa och att förbättra den.* För att nå ett tillstånd av fullständigt fysisk, mentalt och socialt välbefinnande måste individen eller gruppen kunna identifiera sina strävanden och bli medveten om dem, tillfredsställa sina behov och förändra eller bemästra miljön. Hälsa skall därför ses som en resurs i vardagslivet och inte som målet i tillvaron. Hälsa är ett positivt begrepp som betonar sociala och personliga resurser, lika väl som fysisk förmåga. Hälsofrämjande arbete är därför inte bara ett ansvar för hälsosektorn. Arbetet handlar inte bara om hälsosamma livsstilar, utan gäller vårt välbefinnande i vidare bemärkelse (18).

Adelaide-konferensen kom senare (1988) att arbeta vidare med den hälsofrämjande politiken och tryckte på betydelsen av att olika områden skall visa omsorg om hälsa och jämlikhet (7). Hälsa kan ses som en fundamental mänsklig rättighet och en klok social investering. Fyra nyckelområden, när det gällde att uppnå en hälsosam offentlig politik identifierades, nämligen att stödja kvinnors hälsa, att eliminera hunger och felnäring, att minska bruk av tobak och alkohol samt att arbeta för stödjande miljöer. En arbetsgrupp inom WHO arbetade fram en liknande aktionsplan för utvecklingsländer 1989 (19).

Bakom dessa konferenser har funnits nyckelaktörer på den internationella arenan, som inte alltid stått i rampljuset. Utvecklingen av health promotion har formats i en lycklig kombination av människor, olika organ och händelser där möjligheternas fönster öppnats. En viktig drivkraft och strateg i denna utveckling har bl.a. Iloona Kickbusch från Tyskland varit. Några andra fanns i Wales med bl.a. Don Nutbeam. I Sverige har Bosse Pettersson, en av de ansvariga för internationella kontakter på olika svenska myndigheter, varit en nyckelaktör i det tysta (20).

Sundsvallskonferensen, 1991, om stödjande miljöer för hälsa

Det som kom att bli unikt med Sundsvallskonferensen var att frågor kring folkhälsa och miljö, som under decennier utvecklats olika, nu för första gången kom att hamna på samma arena (21). Ett antal böcker – s.k. briefingböcker - hade framställts av arrangörsländerna i Norden samt av Västernorrlands läns landsting och Världshälsoorganisationen (WHO). De behandlade frågeställningar inom områden som utbildning (Canada (22), mat och jordbruk (Norge (23), boende och lokal miljö (Danmark (24), socialt stöd och vård (Finland (25), transport, miljö och hälsa (WHO (26), arbete (Sverige (27), hälsofrämjande arbete på regional och lokal nivå (Västernorrlands läns landsting (28) samt hälsofrämjande arbete i U-länder (WHO (29).

Konferensen i Sundsvall med sina deltagare från 81 av jordens länder uppmanade människor över hela jorden att aktivt engagera sig i att skapa miljöer, som är stödjande för hälsan (30). Det kanske viktigaste resultatet av konferensen var en handbok för att skapa stödjande miljöer för hälsa "We Can Do it!" (31). Efter bearbetning av WHO i Geneva fick den en ny titel: Creating supportive environments for health. Stories from the Third International Conference on Health Promotion Sundsvall, Sweden (32). Upplägget på konferensen var att sprida erfarenheter genom att använda sig av den narrativa forskningstraditionen och samla in berättelser om hur man genomförde sina förändringsarbeten (33). Styrkan med berättelser, narrativ, är att man kan översätta dem till sin egen situation och skapa handling (34,35).

Regionala uppföljningskonferenser har i WHO's regi genomförts i Nairobi, Bangkok och Bahrein sedan 1991 i syfte att tillämpa modellerna från Sunds-

vallskonferensen i de specifika miljöer som finns i Afrikanska. Asiatiska och länderna i främre asien (36,37). Begreppet "stödjande miljöer för hälsa" myntades redan under Ottawa-konferensen 1986, men hade före Sundsvallskonferensen 1991 inte fått en praktisk definition:

I folkhälsosammanhang ansluter begreppet till de fysiska och sociala aspekterna av vår omgivning. De innefattar var människor bor, deras lokalsamhälle, deras hem, där de leker, lär, arbetar och älskar. Begreppet innefattar också de förhållanden, som bestämmer tillgång till levnadsresurser och möjligheter till att utöva sin makt. Sålunda har aktioner för att skapa stödjande miljö många dimensioner, fysiska, sociala, andliga, ekonomiska och politiska. Var och en av dessa dimensioner är oupplösligt kopplade till de andra i en dynamisk samverkan. Aktioner måste koordineras på lokal, regional, nationell och global nivå för att uppnå lösningar, som är sant hållbara.

Sundsvallskonferensen belyste fyra aspekter av stödjande miljöer:

1. Den sociala dimensionen, som innefattar det sätt på vilket normer, vanor, och sociala resurser återverkar på hälsan.
2. Den politiska dimensionen, vilken kräver av regeringar att garantera demokratiskt deltagande i beslutande och decentralisering av ansvar och resurser. Den kräver också ett åtagande för mänskliga rättigheter, fred och ett skifte av resurser från kapprustningen.
3. Den ekonomiska dimensionen, vilken kräver ett återskapande av resurser för att uppnå hälsa för alla och en hållbar utveckling, inkluderande ett överförande av säker och pålitlig teknologi.
4. Behov av att erkänna och använda kvinnors färdigheter och kunskaper i alla sektorer inkluderande politik och ekonomi för att utveckla en mer positiv infrastruktur för stödjande miljöer. Kvinnors arbetsbörda måste erkännas och delas mellan män och kvinnor. Kvinnors samhällsbaserade organisationer måste få en starkare röst i utveckling av hälsobefrämjande politik och strukturer.

Sundsvallskonferensen ansåg att framförallt två principer måste återspeglas i aktioner för Hälsa för Alla:

1. Jämlikhet måste vara en utgångspunkt när det gäller att skapa stödjande miljöer för hälsa. Alla aktioner och resursfördelningar måste baseras på en tydlig prioritering av de allra fattigaste. Den industrialiserade världen måste betala den miljö- och mänskliga skuld som har ackumulerats genom exploatering av u - världen.

2. Det ömsesidiga beroendet hos allt levande måste erkännas och utnyttjandet av alla naturresurser måste beakta kommande generationers behov. Ursprungsbefolkningarna måste innefattas i aktiviteter som strävar efter hållbar utveckling och förhandlingar måste genomföras för deras rätt till land och kulturellt arv.

Det globala perspektivet.

Mänskligheten utgör en integrerad del av jordens eko-system. Människors hälsa är i grunden sammanlänkad med den totala miljön. All tillgänglig information talar för att det inte är möjligt att uppehålla livskvalitet för människor och alla levande arter, utan drastiska förändringar i attityder och beteenden på alla nivåer med hänsyn till bibehållande av miljön. Samlade aktioner för att uppnå en hållbar, stödjande miljö för hälsa är vår tids utmaning.

Begreppet stödjande miljöer har utvecklats inom sex ämnesområden: Arbete, boende, transport, mat, socialt stöd och utbildning.

Jämlikhetsperspektivet

Begreppet stödjande miljöer kan utgöra ett hjälpmedel i att arbeta med jämlikhetsfrågan, en del av "Hälsa för alla" strategin som i vissa länder är svår att tillämpa i praktiken. Genom ett praktiskt arbete på fältet för att skapa stödjande miljöer för hälsa kan också jämlikhetsperspektivet indirekt beaktas.

Arbetssättet som belyses i Sundsvallshandboken bör kunna ge hälsoplanerare på olika nivåer ett arbetsinstrument av stort värde. Begreppet kan dessutom tillämpas på ett sådant sätt att arbete med ekonomiska och inte minst politiska strukturer är naturligt och legitimt. Inte minst har Riokonferensen 1992 bidragit till att legitimera begreppet med att redan i första paragrafen av Riodeklarationen slå fast att "människan står i centrum för omsorgen om en hållbar utveckling. Hon har rätt till ett hälsosamt och produktivt liv i samklang med naturen".

Utan tvekan utgör begreppet stödjande miljöer för hälsa den största utmaningen för omorientering av hälsoarbetet i Norden sedan 1990-talet (38). Hälsa kan ses på olika sätt och för att förstå vad som menas med stödjande miljöer för hälsa behövs perspektiv både på hälsa och vad som menas med förebyggande arbete (39,40). I Ottawa-manifestet framhölls att hälsa är ett positivt begrepp och ska ses som en resurs i vardagslivet och inte som målet i tillvaron. Det är i denna diskussion som begreppet stödjande miljöer utvecklats. Inom folkhälsoarbetet har det inneburit att intresset förskjutits från risktänkande och individuell "livstil" till att se på villkoren för en positiv hälsoutveckling. En förskjutning av perspektivet från att förebygga till att bygga - utifrån olika arenor som arbete, boende, utbildning men även hälso- och sjukvården (41)

WHO har sedan Sundsvallskonferensen 1991 fortsatt med konferensarbetet och arbetet har för närvarande lagts över på nätbaserade konferenser (42,43). I tabell I presenteras de 10 första Globala Hälsofrämjande konferenserna varav Sverige spelade en viktig roll för den 3:e konferensen i Sundsvall, och Finland för den 8:e konferensen i Helsinki om Health in all policies (Hälsa i all politik). De *tre strategierna* för hälsofrämjande arbetete: att förespråka (advocate), medla (mediate) och möjliggöra (enable)samt konkretiserar *fem aktionsområden*; bygga en hälsoinriktad samhällspolitik (build healthy public policy), skapa stödjande miljöer för hälsa (creating supporting environments for health), stärka insatser på lokal nivå (strengthening community action), utveckla personliga färdigheter (developing personal skills), och förnya hälso- och sjukvården (reorienting health services). (44)

Aktionsområdena har varit viktiga vid de 10 konferenserna i tabell I. Där de olika delarna fokuserats och vidareutvecklats genom åren. Den 10:e konferensen fokuserade på att revidera Ottawa Charter med sina aktionsområden. En viktig förändring i Geneva Charter är att narrativet runt hälsa skall ändras från att tidigare ses som en kostnad till att ses som en investering för vår gemensamma framtid.

I anslutning till den 10:e konferensen publicerades och en reviderad version av Health Promotion Glossary (57).

Tabell 1. Globala Hälsofrämjande konferenser 1986 – 2024, efter Haglund & Tillgren 2018 (45)

Global konferenser	Syfte	Slutdokument	Kommentarer
1:a Internationella konferensen i Hälsofrämjande (Health Promotion) i Ottawa, Kanada, 1986 <i>The Move towards a New Public Health</i>	Att utveckla och bekräfta principer och arbetssätt för stöd till WHO's Hälsa för alla strategi	Ottawa Charter, 1986 (46)	Presenterade ett ramverk för hälsofrämjande aktioner. Identifierade <i>tre strategier</i> för det hälsofrämjande arbetet: förespråka (advocate), medla (mediate) och möjliggöra (enable)samt konkretiserar <i>fem aktionsområden</i> ; bygga en hälsoinriktad samhällspolitik (build healthy public policy), skapa stödjande miljöer för hälsa (creating supporting environments for health), stärka insatser på lokal nivå (strengthening community action), utveckla personliga färdigheter (developing personal skills), och förnya hälso- och sjukvården (reorienting health services).
2:a Internationella konferensen i Hälsofrämjande (Health Promotion), Adelaide, Australien, 1988 <i>Healthy Public Policy</i>	Att undersöka och se på erfarenheter av healthy public policies	Adelaide Recommendation on Healthy Public Policies, 1988 (47)	Vidareutvecklade hälsofrämjande aktioner genom Healthy Public Policies i ett samspel mellan olika sektorer och samhällsnivåer. Befolkningens hälsa är en angelägenhet för alla politikområden.
3:e Internationella konferensen i Hälsofrämjande (Health Promotion) Sundsvall, 1991. <i>Creating supportive environments for health</i>	Att finna praktiska vägar att skapa fysiskt, socialt, politiskt och ekonomiskt stödjande miljöer för hälsa i överensstämmelse med hållbar utveckling i både utvecklingsländer och industriländer	Sundvall Statement on Supportive Environments for Health, 1991 (48)	Belyser hur miljö – fysiskt, socialt, ekonomiskt och politiskt - kan utvecklas så att det stöder en god hälsa i olika arenor och understryker betydelsen av folkligt engagemang som viktig drivkraft för förändring.
4:e Internationella konferensen i Hälsofrämjande (Health Promotion) i Jakarta, Indonesia, 1997 <i>New players for a new era – leading health promotion into the 21st century</i>	Att utvärdera tidigare erfarenheter och identifiera scenarier med partnerskap innehållande både offentliga och privata sektorer och civilsamhället	Jakarta declaration on Health Promotion into the 21 st century, 1997 (49)	Utvärderade tidigare konferenser och föreslog fem prioriteringar för det fortsatta arbetet inför 2000 - talet. 1/ Fokuserade bl. a. på ökat socialt ansvar för hälsa hos olika grupper 2/ öka investering i hälsa för barn, kvinnor och äldre, ursprungsbefolkningar, och marginaliserade. 3/ stärka och expandera samarbete för ovan grupper. 4/ öka kapacitet i samhällen och för individers empowerment, 5/ tillförsäkra en infrastruktur för hälsofrämjande inkluderande nya ekonomiska mekanismer, intersektorella samarbeten/ allianser och utbildning för lokalt ledarskap

5:e Internationella konferensen i Hälsofrämjande (Health Promotion) i Mexico City, 2000 <i>Bridging the equity gap</i>	Att undersöka bidrag som hälsofrämjande strategier kan ge till människor som lever i ogynnsamma omständigheter	Mexico Ministeral Statement for Promotion of Health From Ideas to Action, 2000 (50)	Fortsatt prioritering från Jakartakonferensen. Främjande av hälsa och social utveckling berör att samhällssektorer och är en central uppgift för alla regeringar. Hälsofrämjande arbete är fundamental komponent i alla länders hälsopolitik med program för rättvisa och bättre hälsa för alla med effektiva hälsofrämjande strategier.
6:e Internationella konferensen i Hälsofrämjande (Health Promotion) i Bangkok, 2005 <i>Policy and partnership for action: addressing the determinants of health</i>	Att adressera social förändring och utmaningar och möjligheter för hälsofrämjande under 2000-talet	Bangkok Charter For Health Promotion in a Globalised World, 2005 (51)	Ett tillägg görs i Ottawa Charters definition av hälsofrämjande arbete med orden "and its determinants". Man framhåller också vikten av hållbara investeringar och uppbyggnad av kompetenser och resurser som stärker utvecklingen av det hälsofrämjande området.
7:e Internationella konferensen i Hälsofrämjande (Health Promotion) i Nairobi, Kenya, 2008 <i>Promoting health and development: closing the implementation gap</i>	Att identifiera evidensluckor för evidens, policy, praxis, styrning och politisk vilja som bidrar till att minska effekten av hälsofrämjande arbete	Nairobi call to action for Closing the Implementation Gap in Health Promotion, 2009 (52)	Identifierar de strategier och åtaganden som behöver vidtas för att sluta till implemeteringsluckan för att minska hälsoskillnaderna inom och mellan länder genom att utveckla hälsofrämjande arbete. Insatser för att stärka hälsoliteracitet måste också utformas utifrån hälso-, sociala-, och kulturella behov.
8:e Internationella konferensen i Hälsofrämjande (Health Promotion) i Helsingfors, Finland, 2013 <i>Health in all policies</i>	Att utveckla praktiska former för att ta hänsyn till hälsa vid alla politiska beslut	The Helsinki Statement on Health in All Policies, 2013 (53)	Utvecklar mer fördjupat Adelaide Recommendation on Public Health Policies. Framhåller att beslutsfattare inom alla sektorer skall ta hänsyn till konsekvenser för hälsa för alla beslut.
9:e Internationella konferensen i Hälsofrämjande (Health Promotion) i Shanghai, Kina, 2016 <i>Promoting Health in the Sustainable Development Goals: Health for All and All for Health</i>	Att fokusera likheter mellan hälsofrämjande och Agenda 2030 förhållbar utveckling	Shanghai Deklaration on Promoting Health in the 2030 Agenda for Sustainable Development, 2016 (54)	Framhåller fördjupad utveckling och konkretion av Sundvall Statement om stödjande miljöer för hälsa. Hälsoliteracitet diskuterades som en egen viktig faktor
10:e Internationella konferensen i Hälsofrämjande (Health Promotion) A virtual conference in Geneva 2021 on <i>Health Promotion for Well-being, Equity and Sustainable Development</i>	Att revidera Ottawa Charter och dess hälsofrämjande strategier och aktionsområden med hänsyn taget till arvet från ovan nio konferenser. Med syfte att skapa jämlik hälsa för framtida generationer utan att förstöra vår planet.	The Geneva Charter for Well-being. 2021 (55,56)	Geneva Charter lyfter fem aktionsområden: 1/ utveckla en jämlik ekonomi som tar hänsyn till planetära gränser. 2/skapa policy för det gemnsamma bästa. 3/ uppnå universell hälsa. 4/ forma den digitala transformationen till att stärka den allmän nytta och 5/ värde för att bevara vår planet.

1. Haglund BJA. (1996). Stödjande miljöer för hälsa - en strategiskt begrepp för det hälsofrämjande arbetet. <https://bomhag.se/SEartikel1996ismt.pdf>
2. Haglund BJA, Svanström L. (1995) Samhällsmedicin - en introduktion, 2:a upplagan. Lund: Studentlitteratur, 1995
3. Møllergård P. Ett annat Sverige. (2024). Tidskriften NOD, Nr 3, sid 5-8. <https://tidskriftennod.se/tidning/kyrka-och-politik-i-snalblastens-sverige/>
4. Ekonomifakta. Real löneutveckling i Sverige. (www.ekonomifakta.se/sakomraden/arbetsmarknad/loner/real-loneutveckling-i-sverige_1208725.html)
5. Folkhälsan i Sverige. Årsrapport2023. Folkhälsomyndigheten, www.folkhalsomyndigheten.se/publikationer-och-material/publikationsarkiv/f/folkhalsan-i-sverige-arsrapport-2023/
6. Försäkringskassans lägesrapport: Psykisk ohälsa i dagens arbetsliv. (2023). www.forsakringskassan.se/nyhetsarkiv/nyheter-press/2023-10-17-rekordmanga-sjukskrivningar-pa-grund-av-stress
7. WHO-Euro. WHO. (1985). Targets for health for all. Copenhagen: World Health Organization, Regional Office for Europe.
8. WHO.(1978). Declaration of Alma Ata. Geneva: World Health Organization, 1978. <https://www.who.int/teams/social-determinants-of-health/declaration-of-alma-ata>
9. WHO-Euro. WHO.(1993). Health for all targets - the health policy for Europe. Updated edition, september 1991. Copenhagen: World Health Organization, Regional Office for Europe 1993.
10. WHO.(1986) Ottawa Charter for Health Promotion. Health Promotion International. 1986; 1: iii-v. <https://www.who.int/teams/health-promotion/enhanced-wellbeing/first-global-conference>
11. WHO. The Adelaide Recommendations: Healthy Public Policy. Health Promotion International. 1988; 3: 183-86. <https://www.who.int/publications/i/item/WHO-NMH-CHP-09.01>
12. World Commission on Environment and Development. (1987). Our Common Future. Oxford: Oxford University Press, 1987.
13. UN (1987). Environmental perspective to the year 2000 and beyond. United Nations General Assembly Resolution 42/186. New York: United Nations, 1987.
14. WHO:European Charter on Environment and Health. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe, 1989.
15. Rio-deklarationen. Stockholm: Miljö- och naturresursdepartementet, 1992. https://www.riksdagen.se/sv/dokument-och-lagar/dokument/motion/rio-deklarationen-om-miljo-och-utveckling_gh-02jo690/
16. Joy E Lawn, Jon Rohde, Susan Rifkin, Miriam Were, Vinod K Paul, Mickey Chopra (2008). Alma-Ata: Rebirth and Revision 1. Alma-Ata 30 years on: revolutionary, relevant, and time to revitalize. [https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736\(08\)61402-6/abstract](https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(08)61402-6/abstract)
17. WHO. Milestones in Health Promotion Statements from Global Conferences. https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/70578/WHO_NMH_CHP_09.01_eng.pdf
18. Matej Vinko, Monika Robnik, and Mojca Gabrijelčič Blenkus. (2016). 30 Years after the Ottawa Charter: Is it Still Relevant in the Face of Future Challenges for Health Promotion? *30 years have passed since the Ottawa charter on health promotion was presented, changing our understanding of health and introducing novel approaches for the maintenance and promotion of health. Here, we look at the future challenges for health promotion and the relevance today of the principles derived from the Ottawa charter.* <https://eurohealthnet-magazine.eu/30-years-after-the-ottawa-charter-is-it-still-relevant-in-the-face-of-future-challenges-for-health-promotion/>
19. WHO. A Call for Action. (1990). Promoting health in developing countries. Geneva: World Health Organization, 1990.
20. Haglund BJA, Tillgren P. Från Ottawa Charter till Shanghai Statement – en 30 årig resa i hälsofrämjande arbete. Socialmedicinsk tidskrift 2016; 2: 128-37. <https://socialmedicinsktidskrift.se/index.php/smt/article/view/1445/1225>(Obs to be shanged when the problem to get the references from Canda to KB, Stockholm)
21. Haglund BJA. (1996) Stödjande miljöer för hälsa - en strategiskt begrepp för det hälsofrämjande arbetet. Socialmedicinsk tidskrift temanummer om Hälsa och miljö. <https://bomhag.se/SEartike-11996ismt.pdf>
22. Wilson DN, Thomas AM, Farrell JP, MacLean H, Tomic P. (1991). Creating Educational Environments Supportive of Health. Briefing Book to the Sundsvall Conference on Supportive Environments. Ottawa: Mininster of Supply and Services, Canada.
23. Food and Agriculture. (1991). Briefing Book to the Sundsvall Conference on Supportive Environments. Oslo: The Norwegian Directorate for Health.

24. Bistrup M-L. (1991). Housing and Community Environments. How they Support Health. Briefing Book to the Sundsvall Conference on Supportive Environments. Copenhagen: National Board of Health, Denmark, 1991
25. Social Support and Care. (1991). Briefing Book to the Sundsvall Conference on Supportive Environments. Helsinki: National Agency for Health and Welfare, Finland, 1991.
26. Transports, Environment & Health. (1991). Briefing folder to the Sundsvall Conference on Supportive Environments. Sundbyberg: Karolinska Institutet, Institutionen för Socialmedicin och internationell hälsa. 1991.
27. Haglund BJA, Pettersson B, Tillgren P, Finer D. Work for Health? Briefing book to the Sundsvall Conference on Supportive Environments. Sundbyberg: Karolinska Institutet, Institutionen för Internationell hälsa och socialmedicin, 1991.
28. Carlsson G, Lindroth P, Olsson J, Forsberg S, Wikström R, Åhlström E. (1991). Livets villkor - på väg mot en hållbar utveckling i Västernorrland. Sundsvall: Landstinget i Västernorrland.
29. WHO. (1991). Health Promoting in Developing Countries. Briefing book to The Sundsvall Conference on Supportive Environments 1991. Geneva: WHO/HED/91.1, 1991
30. Pettersson B, Tillgren P, Finer D, Haglund BJA. (1992). Playing for time. Creating supportive environments for health. Report from the 3rd International Conference on Health Promotion, Sundsvall, Sweden, June 9-15 1991. Sundbyberg: Karolinska Institutet, Institutionen för Internationell hälsa och socialmedicin.
31. Haglund BJA, Pettersson B, Finer D, Tillgren P. (1992). The Sundsvall Handbook, "We Can Do It!" From the 3rd International Conference on Health Promotion, Sundsvall, Sweden, June 9- 15 1991. Sundbyberg: Karolinska Institutet, Institutionen för Internationell hälsa och socialmedicin.
32. Haglund B.J.A., Pettersson B., Finer D. Tillgren P. (1996) Creating supportive environments for health. Stories from the Third International Conference on Health Promotion Sundsvall, Sweden. Geneva. WHO.
33. Labonté R.(2010) Reflections on stories and a story/dialogue method in health research. International Journal of Social Research Methodology. <https://doi.org/10.1080/13645579.2010.492131>
34. Haglund BJA. Stödjande miljöer för hälsa - ett strategiskt begrepp för det hälsofrämjande arbetet. Socialmedicinsk tidskrift. 1996; no 2-3, <http://bomhag.se/om/bo/bo-artiklar>
35. Haglund BJA, Pettersson (1998). Att lära av erfarenheter: Systematisk beskrivning och kritisk granskning. 20 frågor om folkhälsoprojekt. Socialmedicinsk tidskrift1998;75106-
36. Nairobi statement. (1993). Geneva: World Health Organizations.
37. Bangkok statement. (1993). Geneva: World Health Organizations, 1993
38. Dean K, Hancock T. (1992). Supportive environments for health. Major policy and research issues involved in creating health promoting environments. Copenhagen: World Health Organization, EURO 1992.
39. Rootman I, Raeburn J. (1994). The Concept of Health. In Pedersen A, O'Neil M, Rootman I (Red) Health Promotion in Canada. Toronto: WB Saunders Canada, 1994.
40. Haglund BJA, Pettersson B, Svanström L. (1994). Stödjande miljöer för hälsa - ett strategiskt begrepp för det hälsofrämjande arbetet. Sundbyberg: Folkhälsobladet nr 1.
41. Haglund B.J.A. Pettersson B (1998). Att lära av erfarenheter. Systematisk beskrivning och kritisk granskning, 20 frågor om folkhälsoprojekt. Socialmedicinsk tidskrift; 75:106-12. https://bomhag.se/onewebmedia/smt_1998_75_106-12.pdf
42. Nutbeam D., Hope Corbin J., Lin V. (2021) The continuing evolution of health promotion. Health Promotion International, 2021;36(S1):i1-i3, doi: 10.1093/heapro/daab150, Supplement Article. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34897447/>
43. Fry D., Zask A. (2017) Applying the Ottawa Charter to inform health promotion programme design. Health Promotion International, 2017;32:901-912 doi: 10.1093/heapro/daw022
44. Matej Vínko, Monika Robnik, and Mojca Gabrijelič Blenkus (2016). 30 Years after the Ottawa Charter: Is it Still Relevant in the Face of Future Challenges for Health Promotion? <https://eurohealthnet-magazine.eu/30-years-after-the-ottawa-charter-is-it-still-relevant-in-the-face-of-future-challenges-for-health-promotion/>
45. Haglund B.J.A., Tillgren P. (2018). Milestones in Nordic Health Promotion Research. <https://journals.sagepub.com/doi/full/10.1177/1403494817744930>
46. Ottawa Charter. <https://www.bing.com/search?q=ottawa+charter+for+health+promotion&form=APMCS1&PC=APMC>

47. Adelaide Statement II on Health in All Policies. <https://www.who.int/publications/i/item/WHO-CED-PHE-SDH-19.1>
48. Sundsvall Statement. <https://www.bing.com/search?q=Sundsvall++Statement+AND+WHO&form=APMCS1&PC=APMC>
49. Jakarta Declaration on Leading Health Promotion into the 21st Century. <https://www.who.int/teams/health-promotion/enhanced-wellbeing/fourth-global-conference/jakarta-declaration>
50. The 5th Global Conference on Health Promotion, Mexico, 2000. <https://www.who.int/teams/health-promotion/enhanced-wellbeing/fifth-global-conference>
51. The 6th Global Conference on Health Promotion, Bangkok, 2005. <https://www.who.int/teams/health-promotion/enhanced-wellbeing/sixth-global-conference>
52. The 7th Global Conference on Health Promotion, Nairobi, 2009. <https://www.who.int/teams/health-promotion/enhanced-wellbeing/seventh-global-conference>
53. The 8th Global Conference on Health Promotion, Helsinki, 2013. <https://www.who.int/teams/health-promotion/enhanced-wellbeing/eighth-global-conference>
54. The 9th Global Conference on Health Promotion, Shanghai, 2016. <https://www.who.int/teams/health-promotion/enhanced-wellbeing/ninth-global-conference>
55. 10th Global Conference on Health Promotion charters a path for creating 'well-being societies'. <https://www.who.int/news/item/15-12-2021-10th-global-conference-on-health-promotion-charters-a-path-for-creating-well-being-societies>.
56. https://cdn.who.int/media/docs/default-source/health-promotion/geneva-charter-4-march-2022.pdf?sfvrsn=f55dec7_21&download=true
57. Health Promotion Glossary <https://www.who.int/publications/i/item/9789240038349>