

Om socialmedicinens kärna och utveckling

– reflektioner från en 50-årig akademisk resa

Charli Eriksson

Charli Eriksson, senior forskningsspecialist, professor i folkhälsovetenskap
Institutionen för Lärande, Management, Informatik och Etik (LIME), Karolinska Institutet.
E-post: charli.eriksson@ki.se

Befolkningsperspektivet är en central del i socialmedicin med stort S. Socialmedicin kan vara: ett socialt perspektiv på medicin, en akademisk disciplin, samhällsmedicin och folkhälsovetenskap, vilka utgör fyra utvecklingsfaser av socialmedicin. Utvecklingen av studier av befolkningens hälsa genom epidemiologisk ansats, urval av befolkningen, registerstudier och fältstationer berörs. Samhällsinsatser för befolkningens hälsa belyses genom Sveriges fyra olika nationella folkhälsoinstitut, viktiga utredningar och uppdrag. Avslutningsvis pläderas för en fördjupad folkhälsovetenskap med mixad forskningsmetodik, fördjupad dynamiskt systemtänkande, kollegial samverkan och transdisciplinära ambitioner, medskapande och partnerskap.

The population perspective is a central part of social medicine with a capital S. The article highlights what social medicine is: a social perspective on medicine, an academic discipline, community medicine and public health science, which are four development phases of social medicine. The development of studies of population health through epidemiological approaches, population sampling, register studies and field research stations is briefly described. Community efforts for population health are highlighted through Sweden's four different national public health institutes, important investigations and assignments. In conclusion, an in-depth public health science with mixed research methodology, in-depth dynamic systems thinking, collegial cooperation and transdisciplinary ambitions, co-creation and partnership is advocated.

Ett jubileum innebär att man tittar tillbaka men också att man blickar framåt. Det blir ofta att göra betraktelser över personers insatser i historiens backspegel mer än att följa vilka frågor som varit aktuella. I denna tillbakablick använder jag mig av mitt drygt 50-åriga engagemang i socialmedicin. Det hela började med att två unga medicinstudenter, jag var en av dem, tog kontakt med Socialmedicinska Institutionen vid Göteborgs universitet för att få utlopp för vårt samhällsengagemang under de teoretiska biomedicinska studierna. Professor Bengt Lindegård förslög att vi skulle göra en studie av tatueringarnas socialmedicin, en hudläkare hade samlat runt 2000 personer med tatueringar, som då var ett socialt stigma. Men det gick inte att kombinera medicinstudier med att åka land och rike runt och intervjuer personer. Vi återkom till professorn som föreslog studier av självmord i Göteborg, vilket ledde till en rad artiklar [1–5]. Det gav oss också möjlighet att närvara på en doktorandkurs i socialmedicin där alla dåvarande professorer i socialmedicin medverkade. Men parallellt fortsatte jag utbildningen till psykolog, där jag skrev ett examensarbete om självmordsbeteende [6] och blev doktorand i psykologi och tänkte fortsätta med studier av självmordsproblemet med en jämförelse mellan Göteborg och Malmö. Professorn i psykiatri tyckte dock att jag skulle läsa färdigt till läkare och sedan bli doktorand hos dem. Det blev i stället en forskningsgrupp inom preventiv kardiologi vid Sahlgrenska sjukhuset och studien 1913- och 1923-års män ledd av Gösta Tibblin. Han ledde då också den första statliga utredningen av tobaksfrågan [7]. Detta ledde fram till min doktorsavhandling [8] och intresse för prevention. Senare har jag varit verksam inom socialmedicin, samhällsmedicin och folkhälsovetenskap. Jag har varit verksam vid universiteten i Göteborg, Umeå, Örebro och Stockholm samt Socialstyrelsen, Örebro läns landsting, hälsoministeriet i Kenya, Nordiska hälsovårdshögskolan, Socialdepartementet, Folkhälsoinstitutet och Karolinska institutet. I denna artikel vill jag belysa en rad frågor som fortfarande är aktuella med min personliga erfarenhet. Vad är socialmedicin? Underförstått ligger mötet mellan flera vetenskapliga discipliner och praktiska verksamheter. En andra central tematik är ambitionen att gå från kliniken ut till hela befolkningen för att få kunskap om folkhälsans utveckling och bestämningsfaktorer. Den epidemiologiska ansatsen är en framträdande del som fördjupas. En tredje är att skapa en god jordmån för hälsa för alla genom hälsofrämjande och förebyggande insatser på främst nationell samhällelig nivå. De regionala och lokala insatserna kräver sin egen artikel.

DEL I: Vad är socialmedicin?

Den *första fasen av ämnet socialmedicin* börjar med att begreppet lansering lördagen den 11 mars 1848, då ortopedén Jules René Guérin i sin tidskrift *Gazette Médicale de Paris* öppnade en särskild spalt som han betecknade ”*Médecine sociale*” [9].

Han proklamerade där behovet av en medicin, som inte bara behandlar enskilda patienter utan även hela samhället. Guérins förhoppningar på en socialmedicin som ”inte bara behandlar enskilda patienter utan även hela samhället” har i dag i många avseenden förverkligats men under en annan beteckning, som folkhälsovetenskap och folkhälsoarbete [10]. Tillbaka drygt hundra år fanns kunskapsområdet statsmedicin som utöver det som vi idag benämner socialmedicin också innehöll hygien. År 1923 ändrade namnet på Svenska läkarsällskapets sektion för statsmedicin till socialmedicin. Året därpå startades Socialmedicinsk tidskrift.

Den *andra fasen av socialmedicin* var framväxten av det akademiska undervisnings- och forskningsämnet socialmedicin [9]. Den breda synen på socialmedicin kom att genom 1948 års läkarutbildningskommittés förslag delas upp i socialmedicin och hygien inom läkarutbildningen. Socialmedicin fick definitionen:

”Socialmedicin omfattade faktorer hos människorna i deras samlevnad i olika grupper, ävensom de skadliga faktorerna i samhällets struktur, vilka har inflytande på det allmänna hälsotillståndet. Alla de strävanden att genom ändring av dessa faktorer förbättra individens eller gruppens hälsotillstånd räknas sålunda hit” [11].

Socialmedicinen fick en stark utveckling från 1950-talet utefter två linjer. Den ena var det socialpolitiska engagemanget och den andra var den vetenskapliga forskningen. Två utvecklingslinjer som också korsbefruktar varandra.

En av socialmedicinens pionjärer i Sverige som arbetade med båda dessa utvecklingslinjer var Gunnar Inghe (1910–1977). Han var den första socialläkare verksam i Stockholm (1944–1961) [12] och den förste professorn i socialmedicin (Göteborgs universitet 1961–63, Karolinska institutet 1963–1975). Inghe var också en av initiativtagarna till RFSU och från 30-talet var han en ledande person i de då livaktiga föreningen Socialistiska läkare [13]. Till hans vetenskapliga bidrag hör doktorsavhandlingen ”Mental and Physical Illness among Paupers in Stockholm” och dess fortsättning på svenska ”Fattiga i folkhemmet” som är en beskrivning av sjukdom och funktionssvikt hos ett socialhjälpssklientel [14]. Han gav ut tre läroböcker i socialmedicin [15–17], som anger ämnets bidrag till kunskap om befolkningens hälsa, den sociala miljön och olika insatser på individ- och samhällsnivå. Han var även tidskriftsredaktör för internationella tidskrifter [18].

Den bok av en socialmedicinare som uppmärksamts mest och som fick en stor spridning och genomslagskraft i vårt land var ”Den ofärdiga välfärden” [19], som Gunnar Inghe skrev tillsammans med sin hustru Maj-Britt. Boken slog hål på myten om det färdigbyggda välfärdssamhället. Det var försäkringsbolaget Folk-sam som anslog medel till studien ”Den tysta nöden”. Boken beskriver strukturella faktorer som bestämmer livschanser, visar på brister i välfärdsapparaten

och kunskapsbrister om välfärden. För mig var boken en ögonöppnare. Det är förvånande vad relevant det som skrev för mer än 50 år sedan är [20]: ”Denna brist på medkänsla och solidaritet i konkurrenssamhället, denna avhumanisering i trygghetens hägn förklarar åtskilligt som kan synas oförklarligt för den som står mitt uppe i arbetet bland sjuka, olyckliga och förkomna människor, och som ofta tycker sig kämpa en fruktlös kamp mot likgiltighet och slentrian.” En bild som i mycket bekräftades av Låginkomstutredningen som inte kom att publiceras som ett samlat verk över framgångarna, det slutliga beviset på en lyckosam social ingenjörskonst, utan dess olika delar publicerades som utkast till olika kapitel.

Socialmedicinens uppgift är enligt Leif Svanström, en efterträdare till Gunnar Inghe på Karolinska institutet, är att ständigt påminna om den ofärdiga välfärden [21]. Detta gäller såväl inom socialmedicinsk forskning, undervisning och aktion. Socialmedicinen ska ha ett stort S framhöll Stig Åhs i en artikel om socialmedicinens rötter. Han var en politiker som förespråkade vikten av en social praktik i kontakt med svagare och utsatta grupper [22]. Folksams sociala råd gav medel till en uppföljning av den ofärdiga välfärden till Karolinska institutet under ledning av Leif Svanström. Arbetet ledde till fyra böcker som kom ut mellan 1989 och 1994 [23–26]. I samband med Den ofärdiga välfärdens femtioårsjubileum publicerade en läsvärd antologi [27].

Ett tecken på utvecklingen av den vetenskaplig inriktade socialmedicinen var tillkomsten av professorer [28]: professorer i Göteborg (1958), Lund (1959), Uppsala (1959), Umeå (1960), Stockholm (1963), Linköping (1968), Stockholm (Huddinge 1974). Det skulle föra för långt att beskriva den vetenskapliga verksamheten som utvecklats vid institutionerna där alla dessa professorer verkat. En svensk pionjär för den mer vetenskapligt fokuserade socialmedicinen var Ragnar Berfenstam (1916–2009), som var professor i Uppsala [10]. Men han gjorde även viktiga insatser när det gällde prevention av barnolycksfall. Hälso- och sjukvårdsforskning har varit och är en central del i Uppsala institutens verksamhet [29].

Socialmedicin är sedan 1974 en medicinsk specialitet för läkare i Sverige. Fram till i början av 1980-talet fanns socialmedicinska team, som hjälpte kommunernas socialbyråer att hitta lösningar på människors komplicerade svårigheter. I och med att Hälso- och sjukvårdslagen (HSL) trädde i kraft 1982, hade de svenska kommunerna inte längre möjlighet att anställa läkare för att ägna sig åt sjukvårdsuppgifter. År 2003 föreslogs att socialmedicin skulle avskaffas. Efter protester från socialmedicinerna och fortsatt utredande beslöt Socialstyrelsen att specialiteten skulle behållas. En liknande omgång av ifrågasättande motiverades av att det 2018 fanns 49 aktiva specialister i Sverige, varav hälften var över 62 år gamla. Socialstyrelsen beslöt 2021 att behålla socialmedicin som en specialitet med namnet ”socialmedicin och folkhälsa” [30]. Något som förslagits redan 2002 [31].

Den *tredje fasen av socialmedicin* var tillkomsten av ämnet samhällsmedicin [9]. Behovet av samverkan mellan närliggande verksamheter bidrog till att socialmedicin, allmänmedicin och långvårdsmedicin blev byggstenar i samhällsmedicinska storinstitutioner. Socialmedicinens innehåll debatterades också under denna period [se t.ex. 32–35]. Vad är nyttan med socialmedicin vetenskapligt och praktiskt? Bland annat föreslogs att miljömedicinen behövs inom samhällsmedicinen [36]. Utveckling har också skett inom regionerna. Samhällsmedicinska metoder behövs för att ta fram underlag för prevention, för prioriteringar inom hälso- och sjukvården och för att bedöma effekterna av insatta resurser.

I slutet på 1980-talet pågick inom Svensk Socialmedicin förening ett omfattande arbete med att utarbeta ett ämnesmässigt program. Det rika bakgrundsmaterialet [37] och programmet [38] presenteras SMTs temanummer Svensk socialmedicin inför framtiden. Föreningens program betonade socialmedicinens huvuduppgift att bedriva undervisning, forskning och praktiskt utvecklingsarbete med en stark förankring i en tvärvetenskaplig ansats med utnyttjande av medicinsk, beteendevetenskaplig och samhällsvetenskaplig kompetens. Tre kompetensområden hade blivit särskilt efterfrågade och starka: epidemiologi, hälso- och sjukvårdsforskning och folkhälsoarbete. Utformningen av den socialmedicinska praktiken konstaterades vara beroende av lokala behov och förutsättningar.

Behovet av samhällsmedicinska insatser på lokal och nationell nivå har betonats i flera utredningar. De samhällsmedicinska funktionerna/enheterna i landstingen hade då mycket varierande utformning, arbetsinnehåll och organisation. Men det konstaterades 1997 i Läkartidningens serie om folkhälsa att det var hög tid att se folkhälsovetenskap som samhällsmedicinens bas och kärna [39].

Den *fjärde fasen av socialmedicin* skulle kunna vara folkhälsovetenskap. Det socialmedicinska bidraget till folkhälsovetenskap har varit att ytterligare korsbefrukta med andra discipliner och vetenskapliga angreppssätt. Folkhälsovetenskap är ett omfattande tvärvetenskapligt område som ”studerar befolkningens hälsa och åtgärder som syftar till att bevara och förbättra hälsan. Det handlar om att analysera faktorer som kan påverka människors hälsa och välbefinnande, till exempel livsmiljö, sociala förhållanden och levnadsvanor. Det handlar också om hälso- och sjukvårdens organisation och arbetssätt. Folkhälsovetenskap är det kunskapsområde som det praktiska folkhälsoarbetet måste ha som stöd för att vara kunskapsbaserat” [40]. Vidare framhålls att ”folkhälsoarbete är ett målinriktat och organiserat arbete för att främja hälsa och förebygga sjukdom, som kan bedrivas på många olika arenor. Ett viktigt syfte är att minska ojämlikhet i hälsa”.

Organisatoriskt har de akademiska institutionerna för socialmedicin förändrats. I något fall blev den nedlagd [41] men delar av verksamheten fortsatte under annan benämning. Många institutioner inlemmades i olika former av storinstitutioner ofta med folkhälsovetenskap eller samhällsmedicin som del av namnet.

Kunskapsområdet socialmedicin har också spelat en viktig roll för utvecklingen av många utbildningar inom vårdsektorn. Nordisk hälsovårdshögskolan (NHV) var en pionjär i nordisk folkhälsovetenskap och utbildning under åren 1953–2014 [42,43]. Socialmedicin var tidigt en hörnsten i utbildning vid NHV. Socialmedicinsk kompetens var aktiva i uppbygganden av folkhälsoutbildningar i Sverige, vilket belyses i två temanummer inom SMT [44,45].

Med andra ord har kunskapsområdet socialmedicin förändrats till samhällsmedicin och folkhälsovetenskap. Områden som omfattar vida fält, vilket medför behov av spaning på identitet [32] och att finna en balans mellan teori, forskningsmetodik, empiri och praktisk tillämpning. Med hela tiden har kunskapsutveckling varit inriktad på att kunna påverka befolkningens hälsa.

Del II: Studier av befolkningens hälsa

Samhällsvetenskaperna har sedan länge bidragit med kunskap av betydelse för förståelsen av befolkningens hälsa. Antologin Samhällets Linneaner [46] beskriver framväxten av den svenska befolkningsstatistiken som redskap för kunskap och kontroll. Medicinalstyrelsen tidiga socialvetenskapliga studier handlade om att räkna sjuka och friska. Norrlandsundersökningen var ett exempel på en gigantisk studie av sambanden mellan sjuklighet, kostvanor och allmänna levnadsförhållanden i Västerbotten och Norrbotten som genomfördes runt 1930. Martin Odin, en ung läkare, hade noterat ett annorlunda sjukdomspanorama i Norrland jämfört med i Skåne. Detta ledde fram till den vetenskapliga studien men också till kostupplysning då Odin ansåg att sjukdomspanoramat kunde härledas till det ensidiga kosthålllet, brist på vitaminer, snusandet och utbredd överkonsumtion av kaffe. Detta diskuterade i en rad artiklar i Socialmedicinsk tidskrift under 1928.

Ett problem i den kliniska forskningen var att sjuka personer jämfördes med andra vårdsökande som kontroller (Berkson's fallacy). För att få rättvisande resultat bör sjuka jämföras med friska kontroller. Dessutom är den en fördel om man har tillgång till uppgifter om personerna och deras villkor före insjuknandet. Dessa utmaningar var början på en ny fas av den medicinska forskningen i Sverige [47]. Den epidemiologiska eran hade kommit till Sverige, men förståelsen för denna typ av epidemiologiska studier var kanske inte den bästa på den tiden. Många ville göra gällande att "det måste vara fel väg att studera friska när det fanns så många sjuka."

En pionjär var Gösta Tibblin (1929–97), som tillsammans med Lars Wilhelmsen och Lars Werkö startade befolkningsundersökningen *1913 års män* i Göteborg. Ett representativt urval omfattande en tredjedel av alla män födda 1913 och boende i Göteborg (N = 973) gjordes. Av dessa kom 855 (88 procent) till den första undersökningen vid 50 års ålder. Den första doktorsavhandlingen i studien var Gösta Tibblins egen [48]. Denna kohort undersöktes vid 50, 54, 60,

67, 80 och 100 års ålder. Av de 855 män som ingick i studien från början överlevde 111 (13%) till 90 års ålder och det var sju män som deltog i den sista undersökningen vid 100 års ålder [49]. Kliniska undersökningar har genomförts varje gång och ett antal olika enkäter har ingått vid varje undersökning. Ett flertal variabler har undersökts genom åren, som BMI, rökvanor, kolesterol, motionsvanor, blodtryck etcetera. År 1973 inbjöds även sönerna till 1913 års män och 2003 ingick en tredjedel av alla kvinnor (n = 994) och män (n = 993) i Göteborg födda 1953. Vid de olika datainsamlingarna har ett stort antal forskare deltagit med sina olika forskningsfrågor, vilket lett till 13 doktorsavhandlingar (12 vid medicinsk och en vid filosofisk fakultet). Dessa har handlat om högt blodtryck, alkoholmissbruk, hjärtrytm, fetma, skador, familjära faktorer, hjärtsvikt, diabetes, sjukdomar i örat, venös trombos och lungembolier. Den första prospektiva studie om riskfaktorer för hjärtinfarkt i multivariabel analys publicerades 1973 [50] och har följts av många andra högkvalitativa studier också inom det socialmedicinska området [se t.ex. 51]. Utöver uppföljning vid de olika besöken vid forskningsmottagningen har registerdata följts löpande.

Det etablerades liknande forskningsprogram, information om många finns på Svensk Datatjänst [52]. I Göteborg etablerade Calle Bengtsson *Kvinnoundersökning* [53]. Den startade 1968 som en tvärsnittsstudie omfattande 1462 kvinnor i åldrarna 38, 46, 50, 54 och 60 år. Sedan dess har deltagarna genomgått sju regelbundna uppföljningar. Samtidigt har nya deltagare tillkommit. Studien omfattar såväl kroppsliga och psykiska sjukdomar, hälsa, sociala och psykologiska faktorer som tand- och kostdata. Att studera faktorer hos kvinnor i medelåldern som har betydelse för utveckling av bland annat hjärtkärlsjukdom, diabetes, cancer, demens och andra psykiska sjukdomar i hög ålder har möjliggjorts tack vare en lång uppföljningstid, hög deltagarfrekvens, och noggrann kartläggning av bortfall samt sjukdoms- och dödlighetsdata.

H70 är en av de longitudinella studierna från Göteborg där representativa populationer av äldre har följts över lång tid [se hemsidan 54]. I H70-studierna har 70-åringar födda vid olika årtal undersökts [55]. Den senaste studien gjordes på 70-åringar födda 1944 och kontinuerliga uppföljningar har skett från 75 års ålder. Vissa grupper har följts upp ända tills deltagarna är 100 år. H70-studien ger oss den unika möjligheten att jämföra hälsan hos 70-åringar födda i början av 1900-talet med jämgamla personer födda mer än fyra decennier senare.

Denna artikel kan inte göra rättvisa åt den omfattande epidemiologiska forskningen som genomförts under alla år som gått sedan dessa pionjärinsatser. Befolkningsgrupper följs i flera andra studier, vilket bland annat beskrivs i SMTs temanummer *Från vaggan till graven Att följa livsförlopp i beteendevetenskap och medicin* [56] och i en artikel från utvärderingen av Svensk folkhälsovetenskaplig forskning 1940-2000 [57].

Socialmedicin vid Umeå universitet under några år under 1970-talet

När Gösta Tibblin blev professor i socialmedicin i Umeå handlade hans installationsföreläsning om egenvård – vad är egenvården värd och vem är den värd [58]. En förstärkning av egenvården skulle kunna leda till ett bättre utnyttjande av den första generalisten - människa själv. Goda kunskaper om hur hon kan spåra, förebygga och behandla sjukdomstillstånd och hur hon ska nyttja vårdapparaten är den första förutsättningen för en väl fungerande vårdapparat. Ett stort projekt etablerades (Aktiv egenvård) i samverkan med forskare vid flera lärosäten [59]. Det intressanta var den förändrade synen på egenvård från ett radikalt perspektiv till ett konservativt i och med att den dåvarande konservativa sjukvårdsministern lyfte fram egenvård som ett motiv för att minska sjukvårdens resurser.

Vi fick ansvar för ett temanummer inom SMT om primärvården [60]. I temaledaren konstaterades att svensk sjukvård var högspecialiserad och sjukhusfixerad såväl vad beträffar praktisk verksamhet som forskning och framför allt utbildning [61]. Denna trend borde brytas och utvecklingen av generalister gynnas. Samtidigt framhölls att när egenvården sviker och människans resurser inte räcker till träder primärvårdens generalister in i bilden. Vidare konstaterades i temanumret ledare att en förutsättning för att generalisterna ska få erforderligt fotfäste inom den svenska hälso- och sjukvården är att allmänmedicin får egna professurer inom landets medicinska fakultet men med verksamhet förlagd till vårdcentraler ute i samhället. Vid mitten av 70-talet förekom ingen undervisning i primärvård. Vi genomförde en försöksverksamhet under två veckor av det fjärde året av läkarutbildningen [62]. Det är intressant att notera att alla medicinska fakulteter har sedan länge inrättat akademiska enheter och tjänster inom allmänmedicin.

När det gäller forskningen skedde inom det socialmedicinska ämnet en betydande forskning såväl när det gäller primärvårdens verksamheter och befolkningsansvaret. I Vännäs genomfördes ett forsknings- och utvecklingsprojekt med fokus på tillgänglighet, bemötande och kvalitet, vilket ledde fram till också doktorsavhandlingar. Bland annat Göran Westman [63] som sedermera blev professor i allmänmedicin. Ett regionalt epidemiologiskt angreppssätt på folkhälsans utveckling bedömdes vara en nödvändig förutsättning för kunskap om befolkningens behov och bedömning av befolkningsansvaret. Projektet Hälsoproblem i ett landsting i samarbete med SPRI utgick från att genom samutnyttjande av olika register kan detta förverkligas [64,65]. Detta projekt leddes från SPRIs sidan av Måns Rosén som sedan disputerade på det omfattande arbetet [66].

I Sverige blev *allmänmedicin* en egen specialitet i början på 1980-talet [67], och allmänmedicin är i dag den största specialiteten. Den första professuren i ämnet tillkom 1981, vid Lunds universitet och under de närmaste åren följde professurer i Uppsala, Göteborg, Umeå, Linköping och Stockholm (1988). Under åren

1980–2005 utgick 145 avhandlingar, skrivna av sjukvårdspersonal inom primärvården, från de allmänmedicinska universitetsmiljöerna i Sverige. Av dessa var 119 skrivna av allmänläkare, varav 40 kvinnor (34 procent), medan 26 var skrivna av övriga personalkategorier inom primärvården. Under 80-talet diskuterades om allmänmedicin och socialmedicinsk skulle slås samman. Befolkningsansvaret var då en viktig del av primärvården. Men allmänmedicinen kom att präglas av individsynen i allmänläkarens dagliga arbete och de vetenskapliga utmaningarna och kunskapskällan var allmänläkarens egen praxis [68], vilket kan exemplifiera med Rudebecks avhandling [69]. Befolkningsspektivet blev också mindre framträdande efter reformer i organiseringen av primärvården och vårdvalsreformen. Och någon integrering med socialmedicin blev det inte. Området fick egen svensk tidskrift Allmänmedicin 1979 (medlemsorgan för Svensk förening för allmänmedicin) och den internationella Scandinavian Journal of Primary Health Care tillkom 1983.

Viktig infrastruktur för samhällsengagemanget redan på 1970-talet

På nationellt plan hade myndighetsstrukturen förändrats genom sammanslagningen av Socialstyrelsen och Medicinalstyrelsen 1968. Detta skapade behov av att finna former hur en samverkan skulle kunna ske också i det lokala arbetet. Primärvårdens närmande till socialt arbete var en utvecklingsuppgift. Patientens och klienternas ställning hade lyfts fram. Primärvården har en viktig roll när det gäller patientinformation och patientutbildning. Hälsoupplýsning i olika former har varit en central uppgift inom primärvårdens olika verksamheter [70]. På ett likartat sätt behövde det befolkningsinriktade arbetet vidareutvecklas.

Hälsovårdscentralen i Dalby etablerades 1968 som en satsning på utveckling av nya former av öppen vård utanför sjukhus [71]. Satsningen utvecklade successivt med forskning och utvecklingsarbete inom öppen hälso- och sjukvård, som framhölls kunna bidra till att höja vårdkvaliteten och verka rekryteringsbefrämjande för primärvården. Studier gjorde bland annat om diabetesmottagning, psykiatrisk öppenvård, specialistmottagning av reumatiker, omsorgen om äldre och handikappade och metodutveckling för prevention. En samhällsvetenskaplig forskargrupp var också knuten till vårdcentralen [72].

Redan 1968 förslog Gunnar Inghe och Ragnar Berfenstam att socialmedicinska fältstationer skulle inrättas [73]. Dessa skulle ha anknytning till de socialmedicinska institutionerna för uppgifter inom utbildning och epidemiologisk och sjukvårdsadministrativ forskning. Tierpsprojekt startade 1971 där socialmedicinska institutionen i Uppsala fick ansvar för den socialmedicinska och primärvårdinriktade forskningen. Det blev en fältstation för studier av hälsoläge, vårdkonsumtion och vårdresultat i en definierad befolkning [73]. Studier av intensifierad samverkan mellan hälso- och sjukvård ingick också. En viktig del i

den tidiga verksamheten var engagemanget från Socialhögskolan i Stockholm som dock upphörde och förslag på komplettering av den pågående verksamheten förslogs av en grupp samhällsvetare [74]. Tierpsprojektet bedrivs vidare inom Centrum för forskning om primärvård och socialtjänst vid Uppsala universitet.

År 1970 gjorde en framställan om att en socialmedicinsk fältstation skulle etableras i glesbygdskommunen Vilhelmina [75]. Den skulle syfta till: att ge planeeringsunderlag inom medicinsk-, social- och arbetsvård, att ge undervisning för olika personalkategorier och att bedriva forskning inom öppenvårdsområdet. Vilhelminaprojektet startade budgetåret 1973/74 med syfte att i praktisk försöksverksamhet tillämpa helhetssynen i en utveckling av medicinskt och socialt arbete till nytta för framtida hälso-, sjuk- och socialvård främst i glesbygd [76].

De socialmedicinska fältstationerna vidareutvecklades genom etableringen av verksamheten i Luleå under ledning av Gunnar Inghe. Finn Didrikson, Urban Janlert och Anne Hammström startade där sina socialmedicinska karriärer.

Landstinget i Skaraborg antog redan 1971 en Hälsoplan och åtog sig därmed ett utökat ansvar för att också utveckla den förebyggande medicinen [77]. Verksamhet inom Hälsovårdsenheten blev ett gott exempel på förebyggande inom primärvården. Bland annat kom epidemiologiska och statistiska data att användas inom kommundiagnostik [78, 79].

Epidemiologin utvecklas som eget fält

Även om socialepidemiologin är en grundläggande byggsten inom socialmedicin så har den epidemiologiska metodiken vidareutvecklats och blivit en egen disciplin. Svensk Epidemiologisk förening (SVEP) bildades 1979 vid ett möte i Erik Allanders trädgård [41], jag var där. SVEP är en tvärvetenskaplig sammanslutning av personer verksamma inom epidemiologi eller angränsande områden. Föreningen ger sedan 1984 ut medlemsbladet Svepet fyra gånger per år [80]. Särskilda institutioner har bildats, t.ex. Institutionen för medicinsk epidemiologi och biostatistik vid Karolinska institutet, som nu är en av de mest produktiva enheterna på KI.

Del III: Samhällsinsatser för befolkningen hälsa

Det har alltid funnits ett behov av insatser för befolkningens hälsa. Staten och det offentliga har på olika sätt försökt möta de utmaningar som fattigdom, sjukdom och död utgjort. Det har gestaltats i en rad omfattande utredningar som format satsningar. Ett botaniserande i historien visar att det fyra olika nationella folkhälsoinstitut i Sverige. Vilken fokus har de haft? Vilken ideologisk syn på folkhälsan och kunskap om den har varit dominerande? Ett penetrerande forskningsprojekt skulle kunna gå i djupet på dessa frågor. Här ges bara några rand-

anmärkningar. Det finns mycket att hämta från lokala insatser särskilt om de har forskning och utvärdering som integrerade delar men det ryms inte i denna artikel. Här bara några reflektioner kring nationella insatser.

Statens Institut för Folkhälsa 1938–71

Efter år av politisk debatt och utredande inrättades Statens institut för folkhälsa och genom stöd från the Rockefeller Foundation fick institutet förstklassig inredning och utrustning [81]. Uppgiften var att förbereda och främja förebyggande åtgärder, som ”äro ägnade att bevara eller förbättra folkhälsan”. I uppdraget ingick undersöknings- och forskningsverksamhet inom hygienens olika områden. Därtill skulle institutet sörja för utbildning av olika funktionärer inom den allmänna hälsovården. Institutet hade en allmänhygienisk och en yrkeshygienisk avdelning samt ett födoämneshygiensikt laboratorium som sedan kompletterades av ett vitaminlaboratorium. Grundtonen var att med vetenskapliga mätningar påvisa främst hygieniska problem som sedan kunde undanröjas med tekniska lösningar. Det socialmedicinska perspektivet var inte särskilt uttalat. År 1956 arbetade 211 personer vid institutet varav 50 högre befattningshavare. Med tiden ökade specialiseringen och olika verksamheter kom att avknoppas eller integreras i andra nationella institut med inriktning på natur, miljö, arbete och livsmedel. Och helt foljdriktigt avvecklades institutet 1971.

Viktiga statliga utredning och uppdrag

Under mina femtio år inom fältet har det varit en rad viktiga statliga utredningar som föregått olika reformer med syfte att bevara och förbättra befolkningens hälsa genom olika åtgärder inom hälso- och sjukvården och samhället i stort. I dessa har socialmedicinare och folkhälsoexperter deltagit som experter, sakkunniga och sekreterare. Här några exempel på viktiga insatser som verkade i linje med ett socialmedicinskt perspektiv.

Hälso- och sjukvården inför 90-talet [82], som arbetade med de utgångspunkter i ”att hälso- och sjukvårdens verksamhet måste utgå från ett offensivt hälsopolitiskt synsätt, att befolkningens behov av vård skall vara av avgörande betydelse för fördelningen av hälso- och sjukvårdens resurser samt att hälso- och sjukvårdens resursinsatser måste relateras till såväl samhällsekonomiska som sysselsättningspolitiska mål och restriktioner”. I arbete deltog flera socialmedicinare, bland annat i arbete med hälso- och sjukvårdens medverkan i samhällsplaneringen [83].

Den första *Nationella folkhälso rapporten* publicerades av Socialstyrelsen 1987 [84]. Det var en samlad beskrivning av befolkningens hälsa. Den blev starten på regelbundet återkommande nationella rapporter [85] och det nuvarande uppföljningssystemet för folkhälsa som Folkhälsomyndigheten ansvarar för. Den

första folkhälsorapporten visade på betydande ojämlikhet i hälsa. Detta ledde till att regeringen tillsatte Folkhälsokommittén som i sin tur bland annat förslog att ett nationellt folkhälsoinstitut skulle inrättas. Från 2014 övergick ansvaret för folkhälsorapporteringen till Statens folkhälsoinstitut,

Nationella folkhälsokommittén arbetade mellan 1995 och 2000 [86]. Här redovisades arton nationella hälsopolitiska mål, ett stort antal delmål och utmaningar. För första gången fick Sverige ett heltäckande program för hur man kan främja hälsa och förebygga sjukdom och utjämna de stora hälsoskillnader som finns i befolkningen. Grunden lades för ett omfattande arbete, men utredningens alla förslag blev inte genomförd politik. Våren 2003 fattade riksdagen beslut om ett nationellt övergripande folkhälsomål och en sektorsövergripande målstruktur för det samlade folkhälsoarbetet med elva målområden.

Kommissionen för jämlik hälsa [87] verkade mellan 2015 och 2017. Den identifierade sju centrala livsområden där resursbrister och sårbarheter är särskilt avgörande för jämlik hälsa. Dessa inkluderar 1) det tidiga livet, 2) kompetenser, kunskaper och utbildning, 3) arbete, arbetsförhållanden och arbetsmiljö, 4) inkomster och försörjningsmöjligheter, 5) boende och närmiljö, 6) levnadsvanor samt 7) kontroll, inflytande och delaktighet. Utöver åtgärder direkt riktade mot de sju områden av vikt för hälsan, samt en jämlik och hälsofrämjande hälso- och sjukvård, menar kommissionen att åtgärder för en mer strategisk styrning, uppföljning och utvärdering är ett sätt att åstadkomma mer jämlik hälsa.

Folkhälsoinstitutet 1992–2001

Planeringen av ett nytt nationellt folkhälsoinstitut leddes av en kommitté under ledning av Gabriel Romanus. Flera programgrupper bidrog till att utveckla särskilda insatser för HIV/aids, alkohol och narkotika, tobak, skador och barn och ungdom. Jag medverkade i kansliet med bland annat frågan om vetenskaplig förankring, lokalisering och samverkan. Folkhälsoinstitutet blev ett handlingsinriktat institut och inget forskningsinstitut som vissa grupper förespråkade. Motivet för detta var att det lokaliserades utanför universitetsvärlden och kom att ligga direkt under Socialdepartementet. Folkhälsoinstitutet skulle främja god hälsa för alla, förebygga sjukdom och ohälsa. Arbetet skulle vara strukturinriktat, stödja forskning som ger ökad kunskap och verktyg för det praktiska folkhälsoarbetet, bygga nätverk för förbättrad folkhälsa, utbilda och stödja yrkesgrupper, ge information till allmänheten och grupper med riskbeteenden, ställa kunskap till Regeringskansliets förfogande och ge stöd till lokala projekt som främjar god hälsa och som visar på nya framgångsvägar. Över allt detta fanns förhoppningen att folkhälsoinsatser skulle kunna minska ojämlikheten i hälsa. Det socialmedicinska perspektivet var mycket uttalat i Folkhälsoinstitutet. Verksamheten dominerades av att två dominerade resursmässigt – HIV/aids

omslöt mer än halva budgeten och alkohol & narkotika omkring en femtedel.

Då institutet inte var ett forskningsinstitut var det viktigt med en nära samverkan med akademiska lärosäten och enheter som bedrev forskning inom centrala områden för befolkningens hälsa [88]. Genom samarbetsavtal med bland andra Karolinska Institutet, Lunds och Umeå universitet och forskningsmedel fick folkhälsoforskningen stöd, vilket bidrog till 45 doktorsavhandlingar och mer än 300 vetenskapliga artiklar. Institutet hade en omfattande verksamhet till stöd till kommuner och landsting i folkhälsoarbetet. Betydande insatser gjordes riktat till befolkningen i stort och riskgrupper gjordes särskilt inom de två största programområdena. I samarbete med SBU genomfördes flera översikter av preventiva insatser, bland annat om befolkningsinriktade program att förebygga sjukdomar i hjärta och kärl [89] och metoder för rökavvänjning [90]. En rad insatser gjordes för att överbrygga hälsogapet mellan olika grupper [91]. Visst gammalt material finns på en särskild hemsida [92].

Statens folkhälsoinstitut 2001–2013

Efter utvärdering och utredning lades folkhälsoinstitutet ned [93] och återupptod i form av Statens folkhälsoinstitut [94]. Det nya institutet skall vara ett kunskapscentrum för evidensbaserade metoder i folkhälsan. Vidare skall de följa upp de nya nationella folkhälsomål som riksdagen senare fastställde. Den tredje uppgiften är att vara en tillsynsmyndighet för lagstiftningen om tobak, alkohol och narkotika. Dessa uppgifter innebär en nedtoning av stödet till det lokala och regionala folkhälsoarbetet och informationen direkt till allmänheten. Samtidigt förstärks rollen som nationell aktör i relation till regeringen och andra nationella myndigheter och organ. Genom de nationella folkhälsomålen har fokus förstärkts när det gäller insatser för en ökad jämlikhet i hälsa. Under senare år ökade personalstaben särskilt när det gäller kvalificerade medarbetare, vilket motiveras av förstärkningen av arbetet med kunskapsöversikter, nationell uppföljning och den nya folkhälsopolitiska rapporteringen.

Folkhälsomyndigheten 2014-

Folkhälsomyndigheten har ett nationellt ansvar för folkhälsofrågor [95]. Myndigheten verkar för en god folkhälsa genom att bygga upp och förmedla kunskap till hälso- och sjukvården och andra aktörer på smittskydds- och folkhälsoområdet. I myndighetens uppdrag ingår att bidra till att uppnå det folkhälsopolitiska målet att skapa samhälleliga förutsättningar för en god och jämlik hälsa i hela befolkningen och sluta de påverkbara hälsoklyftorna inom en generation. En viktig uppgift är att ta fram och sprida vetenskapligt grundad kunskap som främjar hälsa och förebygger sjukdomar och skador. I samverkan med andra

aktörer tar myndigheten fram kunskapsunderlag och metodstöd samt följer upp och utvärderar olika metoder och insatser för en god och jämlik hälsa i hela befolkningen. I uppdraget från regeringen ingår även att följa hälsoläget i befolkningen och de faktorer som påverkar detta.

Den stora förändringar med Folkhälsomyndigheten är integrationen av folkhälsa och smittskydd. Det finns många gemensamma drag i den nya folkhälsan – med hälsofrämjande perspektiv - och den gamla folkhälsan med bas i klinisk epidemiologi och smittskydd. Den stora utmaningen är att Smittskyddet – Svensk bakteriologiskt laboratorium (1909–1993), Smittskyddsinstitutet 1993–2013 – är en stor verksamhet med uppdrag och metodik som skiljer sig från övrigt folkhälsoarbete. Det finns dock gemensamma ytor i det preventiva uppdraget och bevakningen av folkhälsan utveckling och bestämningsfaktorer.

IV. Inför en fördjupad transdisciplinär folkhälsovetenskap

Socialmedicins tidskrift spelar en viktig roll för debatten och kunskapsutvecklingen inom socialmedicin, samhällsmedicin och nu folkhälsovetenskap. Genom temanummer har många frågor behandlats på ett ofta genomträngande och perspektivrikt sätt. Själv har jag haft glädjen att vara gästredaktör, själv eller tillsammans med andra, för temanummer om primärvård [60], att arbeta med tobaksfrågan [96], att utveckla vårdarbete [97], socialmedicinens teori och metod [98], alternativmedicin [99], idéburna organisationers ANDT-förebyggande arbete [100] och psykisk hälsa hos unga [101].

Många frågor inom socialmedicinsk eller folkhälsovetenskaplig forskning kräver en *mixad forskningsmetodik*. Såväl kvantitativa som kvalitativa forskningsansatser krävs [102]. Det är en erfarenhet vi dragit inom fyra av våra forskningsprogram: den hälsosamma staden [103], Kunskapsutveckling för ökad samverkan mellan barn- och vuxenvård inom socialtjänsten [104], och Kompetenta familjer med ungdomar – ideal och realitet i familjestödet i Karlskoga och Degerfors [105]. Det senaste tillskottet är ungdomar psykiska hälsa där vi utöver kvantitativa undersökningar [106] gör en kvalitativ studie med ungdomar som medforskare. När det gäller många frågeställningar behöver vi använda både variabel-orienterad och person-orienterad statistisk analys för att adekvat kunna svara på frågeställningarna [107].

Forskningen behöver ibland också vara *transdisciplinär*, inte bara använda flera olika vetenskapliga discipliner men också samarbete med olika verksamheter, institutioner och personer. Här gäller det att utveckla fungerande partnerskap för att lyckas med forskningen. Vi fann att grunderna för ett genuint partnerskap är kommunikation, samarbete, gemensamma visioner och vilja hos alla intressenter att lära av varandra [108].

Samverkan för folkhälsa behövs både för forskning och folkhälsoarbete såväl lo-

kala, regional, nationella och globala insatser [109]. För en hälsosam politik krävs, en kunskapsbas, en social strategi och politisk vilja. Detta har vi haft under perioder och då har de nationella och lokala insatserna utvecklats. Här kan socialmedicinskt perspektiv konstruktivt bidra med förutsättningar, stödja ett gott ledarskap och möjliggöra för att samverka men också leva med motsättningar.

Femtio års verksamhet inom ett akademiskt fält har gett mig möjlighet att verka i olika akademiska och praktiska sammanhang. Detta har lett fram till några slutsatser för fältet socialmedicin – folkhälsovetenskap. Det är ett *dynamiskt fält*. Ett systemperspektiv behövs för att förstå kropp-själ-samhälle. Hälsofrämjande och lärande ger människor handlingsförmåga och samhällets organisering kan underlätta eller försvåra. Forskaren har ansvar för relevans, kvalitet och etiken i arbetet. Det behövs praktisknära forskning, mixade metoder, partipatorisk forskning och kollegial samverkan. Folkhälsoepidemiologin är en nödvändig utgångspunkt för kunskapsspridning, samverkan och implementering. Interventionsforskning behövs för att ge evidensbaserad kunskap. Lär av andras tidigare erfarenhet. Publicera resultaten på flera olika sätt för att nå olika målgrupper. Socialmedicinsk tidskrift är ett av flera goda alternativ.

Referenser

1. Nyström S, Olsfelt C, Eriksson C-G & Andén T. Suicide in Gothenburg. Demographic and social factors and availment of care of the suicide cases in 1968, with some views on prevention. *Scandinavian Journal of Social Medicine*, 1973;2:53–8.
2. Nyström S, Eriksson C-G, Olsfelt C & Andén T. Suicid (I). Undersökningsmaterial och undersökningsmetod. *Socialmedicinsk Tidskrift*, 1973;50:153–5.
3. Nyström S, Eriksson C-G, Olsfelt C & Andén T. Suicid (II). Demografiska och sociala förhållanden. *Socialmedicinsk Tidskrift*, 1973;50:156–60.
4. Nyström S, Eriksson C-G, Olsfelt C, Andén T. Suicid (III). Vårdkonsumtion. *Socialmedicinsk Tidskrift*, 1973;50:160–3.
5. Nyström S, Eriksson C-G, Olsfelt C, Andén T. Suicide (IV). Prevention. *Socialmedicinsk Tidskrift*, 1973;50:163–6.
6. Eriksson C-G. Suicidalt beteende: En studie av studier samt några ord på vägen. Psykolog-examensuppsats. Rapport från Göteborgs universitet, Psykologiska institutionen, vt 1972; nr 1 (100 sid).
7. Tobaksrökning. En rapport från Socialstyrelsens tobaksutredning. Stockholm: Allmänna Förlaget, 1974.
8. Eriksson C-G. On the psychophysiology of heart rhythms. (Doctoral Dissertation). Göteborg Psychological Reports, 1977;7(3):1–40.
9. Westrin C-G. (1982). Från social medicin till samhällsmedicin – perspektiv på balansen ideologi – teknik. *Läkartidningen* 79(3): 1207–1208.
10. Westrin C-G. (2010). Socialmedicinen i Sverige och arvet från Ragnar Berfenstam. *Socialmedicinsk tidskrift* 5–6/2010; 337–342.
11. Läkarutbildning. Betänkande av 1948 års läkarutbildningskommitté. SOU: 1953:7.
12. Halldin J. Gunnar Inge – de fattigas advokat. Sveriges förste socialläkare inspirerande lärofader. *Läkartidningen*, 1999; 96(23): 2895–7.
13. Hallqvist J. 49 år i socialismens tjänst. En medicinar- och läkarförening som föddes 1932 och dog 1981. *MOTPOL. Tidskrift för sjukvårdsdebatt*, 1982; 60 (2): 7–18.
14. Inge G. Fattiga i folkhemmet. En studie av långvarigt understödda i Stockholm. Stockholm: Almqvist & Wiksell, 1960.
15. Inge G. Socialmedicin 1. Metodik och sjukdomspanorama. Stockholm: Scandinavian University Books, 1973.
16. Inge G. Socialmedicin 2. Den sociala miljöns betydelse. Nacka: Scandinavian University Books, 1973.

17. Inghe G. Socialmedicin 3. Prevention, vård, kontroll. Nacka: Scandinavian University Books, 1973.
18. Eriksson, C. (2022). Celebrating the achievements of a Nordic journal on social medicine and public health *Scandinavian Journal of Public Health* 2022; 50(7) 831-4. Doi: 10.1177/14034948221094443
19. Inghe G, Inghe M-B. Den ofärdiga välfärden. Stockholm: Tidens förlag, Folksam, 1967.
20. Halldin J. Socialmedicin – ett stöd för utsatta. *Socialmedicinsk tidskrift* 2009; 86(5): 417–423.
21. Haglund G, Leif Svanström: Socialmedicinens uppgift att ständigt påminna om den ofärdiga välfärden. *Läkartidningen*, 1989; 86(13): 1162–1164.
22. Åhs S. Socialmedicin med stort S. Social medicinen ur ett politiskt perspektiv och ur den orättfärdiga välfärdens perspektiv. *Motpol*1987; 65(1):8-10.
23. Stenberg L, Svanström, L & Åhs S. Uteliggarna i välfärdssamhället. Stockholm: Tiden/Folksam, 1989.
24. Åhs S, Stenberg L & Svanström L. Fångarna i välfärdssamhället – kriminalitet, drogmisbruk och prostitution. Stockholm: Tiden/Folksam, 1991.
25. Svanström L, Åhs S & Stenberg L. Handikappade i välfärdssamhället. Stockholm: Tiden/Folksam, 1992.
26. Daun A, Stenberg L, Svanström, L & Åhs S. Invandrarna i välfärdssamhället. Stockholm: Tiden/Folksam, 1994.
27. Swärd H. Den kantstötta välfärden. Lund: Studentlitteratur, 2017.
28. Janlert U. Professurer och professorer i socialmedicin i Sverige. *Socialmedicinsk tidskrift* 81(3): 202–206.
29. Winblad U (red). Till minne av Björn Smedby – En pionjär inom svensk hälso- och sjukvårdsforskning. *Socialmedicinsk tidskrift*, 2022; 99(3):317–405.
30. Collin S. Socialstyrelsen behåller socialmedicin som basspecialitet. *Läkartidningen*, 2021. Publicerad [Läkartidningen.se 2021-09-14](https://lakartidningen.se/2021-09-14).
31. Larsson S. Dags att göra folkhälsomedicin till ny basspecialitet eller är folkhälsotänkandets tid förbi i svensk medicin? *Läkartidningen* 2002; 99(39):3572–3.
32. Westrin CG. Socialmedicin – på spaning efter en identitet? Problem i socialmedicinsk forskning – ensidig satsning på nytta hot mot ämnet. *Läkartidningen* 1989; 86:744–6.
33. Westrin CG. Nyttan av socialmedicinsk forskning – från praktisk tillämpning till idéutveckling. *Läkartidningen* 1989; 86:879–81.
34. Westrin CG. Aktiv marknadsföring av forskningsresultat gör forskningen ”nyttigare” för samhället. *Läkartidningen* 1989; 86:983–4.
35. Allander E. Socialmedicin – nostalgi eller framtidstro. *Läkartidningen* 1989;86(23): 2226–7.
36. De Ron CF, Nordberg G & Bygren O. Miljömedicinen behövs inom samhällsmedicinen! *Läkartidningen* 1986; 83(16):1447–8.
37. Svensson T & Sandlund M (red). Svensk socialmedicin inför framtiden. *Socialmedicinsk Tidskrift*, 1991; 68(4): 141–188.
38. Westerling R. Svensk socialmedicinsk förenings program för socialmedicinen inför 1990-talet. *Socialmedicinsk tidskrift* 1991; 68(4): 182–186.
39. Larsson S. Samhällsmedicinen har ”lätit tusen blommor blomma”. *Folkhälsovetenskap bör utgöra basen*. *Läkartidningen* 1997;94(37):3157–60.
40. Folkhälsomyndighetens hemsida: www.folkhalsomyndigheten.se/om-folkhalsa-och-folkhalsoarbete/tema-folkhalsa
41. Allander E: Socialmedicinska enheten, Huddinge sjukhus, 1974 — 1997. En studie i konstruktiva och destruktiva mekanismer i folkhälsovetenskapen. Stockholm, 1997.
42. Larsson V (red). Nordic School of Public Health NHV: A pioneer in Nordic collaboration in public health 1953–2014. *Scandinavian Journal of Public Health* 2015;43(suppl 13): 3-93.
43. Krantz G & Karlberg I. Folkhälsa i Norden – med en presentation av Nordiska hälsovårdshögskolan. *Socialmedicinsk tidskrift* 2002; 79(1):3–92.
44. Wramner B. Utbildning om folkhälsa. Visioner och realiteter inför 2000. *Socialmedicinsk tidskrift* 2000;77(2):97–178.
45. Tillgren P. Tema Folkhälsoutbildningar i Sverige. *Socialmedicinsk tidskrift* 2017; 94(3):275–383.
46. Eriksson BE & Qvarsell R (red). Samhällets Linneaner. Kartläggning och förståelse i samhällsvetenskapernas historia. Stockholm: Carlssons bokförlag, 2000.
47. Tibblin G. Patientmaterial och befolkningsstudier. Metodologiska problem. *Läkartidningen* 1966;63:2267–71.
48. Tibblin G. High blood pressure in men aged 50. A population study of men born in 1913. *Acta Med Scand* 1967; Suppl 470:1-84.
49. Wilhelmsen L, Dellborg M, Welin L & Svärdsudd K. Studien 1913 års män visar på konsten att bli 100 år Icke-rökning, måttlig kaffekonsumtion och bra inkomst hjälper till. *Läkartidningen* 2015;112:DLHF.
50. Wilhelmsen L, Wedel H & Tibblin G. Multivariate analysis of risk factors for coronary heart disease.

- Circulation. 1973; 48:950–8.
51. Rosengren A, Wilhelmsen L, Orth-Gomer K. Coronary disease in relation to social support and social class in Swedish men. A 15 year follow-up in the study of men born in 1933. *European Heart Journal* 2004; 25:56–63.
 52. Hem | Svensk Nationell Datatjänst. <https://snd.se/sv>.
 53. Bengtsson C. Kvinnors hälsa. Metodik vid populationsstudier - uppläggning och allmänna principer. *Läkartidningen* 1981; 78:1428–30.
 54. H70-studierna i Göteborg | Göteborgs universitet. <https://www.gu.se/agecap/>.
 55. Rinder L, Roupe S, Steen B, Svanborg A. Seventy-year-old people in Gothenburg. A population study in an industrialized Swedish city. *Acta Medica Scandinavica*. 1975; 198(5):397-407.
 56. Werner B. (red). Tema: Från vaggan till graven. Att följa livsförlopp i beteendevetenskap och medicin. *Socialmedicinsk tidskrift* 2002; 77(3):194–236.
 57. Diderichsen F & Westrin CG. Part 1: Some key developments in Swedish public health research 1940–2005. *Scandinavian Journal of Public Health* 2005; 33(Suppl 65):3-16.
 58. Tibblin G. Vad är egenvården värd och vem är egenvårdens värd? *Socialmedicinsk tidskrift* 1976;53:373–7.
 59. Eriksson C-G & Tibblin G. (red). Egenvård - en gammal nyhet. Uppsala: Allmänmedicinsk Rapport, 1983: 1–201.
 60. Tibblin G & Eriksson C-G, (red). Primärvård (temanummer). *Socialmedicinsk Tidskrift*, 1978; 55(7–8): 370–451.
 61. Tibblin G & Eriksson CG. Primärvårdens ideologi. *Socialmedicinsk tidskrift* 1978; 55(7–8):370–451.
 62. Eriksson C-G. Utbildning inom primärvård under läkarutbildningen. *Socialmedicinsk Tidskrift*, 1978;55: 383–7.
 63. Westman G. Planning primary health care provision. Assessment of development work at a health centre. Umeå: Umeå University Medical Dissertations. New Series No 180, 1986.
 64. Eriksson C-G, Granvik M, Kindblad I, Lindgren G, Nyström L, Rosén M, Wall S. Hälsoproblem i ett landsting - ett planeringsunderlag. SPRI Rapport nr 14, 1979 (121 sid).
 65. Eriksson C-G, Granvik M, Kindblad I, Lindgren G, Nyström L, Rosén M och Wall S. Health problems in a Swedish county - what can we learn from official sources? *Social Science and Medicine* 1981; 15C:143-51.
 66. Rosén M. Epidemiology in planning for health with special reference to regional epidemiology and the use of health registers. Umeå: Umeå University Medical Dissertations. New Series no 188, 1987.
 67. Håkansson A, André M, Björkelund C, Borgquist L, Holmberg S & Kristiansson R. Allmänmedicinsk forskning växer – men tillräckligt snabbt? *Läkartidningen* 2006; 103(24–25):1068–1971.
 68. Rudebeck CE, Mattsson B & Lynöe N. Om kunskap och kunskapsutveckling inom allmänmedicinen. *Allmänläkaren möter livsfrågorna i deras medicinska tappning. Läkartidningen* 2000; 97(3):170–4.
 69. Rudebeck CE. General practice and the dialogue of clinical practice. On symptoms, symptom presentations, and bodily empathy [dissertation]. *Scandinavian Journal of Primary Health Care* 1992; 10(supplement 1):3-87.
 70. Östby, N. Hälsoupplysning på vårdcentral. *Socialmedicinsk tidskrift* 1978; 55(7–8): 388–93.
 71. Bitzén PO & Isacson A. Forsknings- och utvecklingsarbete vid vårdcentralen i Dalby. *Socialmedicinsk tidskrift*; 55(7–8):399–407.
 72. Henning C, Jonas L, Liedberg M, Nyberg P, Samuelsson G, Swedner H & Vang B. Samhällsvetenskaplig forskning vid en vårdcentral. *Socialmedicinsk tidskrift* 1978; 55(7–8):409–16.
 73. Berfenstam R & Smedby B. Tierpsprojektet. *Socialmedicinsk tidskrift* 1978; 55(7–8):417–20.
 74. Eriksson C-G, Haglund B & Thorslund C. Samhällsvetenskaplig forskning vid enheten för forskning inom primärvård och socialtjänst - ett underlag till forskningsprogram. Uppsala: Enheten för forskning inom primärvård och socialtjänst, juli 1983.
 75. Bjurulf P. En socialmedicinsk fältstation för utbildning och forskning i glesbygd. *Socialmedicinsk tidskrift* 1970; 47: 132
 76. Bergström B, Olsson B & Tibblin G. Sjukvårdskonsumtion i Vilhelmina – en beskrivning och några frekvenssiffror över läkarbesöken. *Socialmedicinsk tidskrift* 1978; 55(7–8):439–47.
 77. Isacson I. Förebyggande inom primärvården – Skaraborgs läns landsting. *Socialmedicinsk tidskrift* 1978; 55(7–8):393-8.
 78. Eriksson C-G, Haglund B. Kommundiagnos - vad är det? *Socialmedicinsk Tidskrift*, 1981;58(4–5):220-5.
 79. Haglund BJA. Community diagnosis: a theoretical model for prevention in primary health care. *Scandinavian Journal of Primary Health Care* 1983; 1:12-19.
 80. Aktuell information finns på SVEPs hemsida: www.epidemiologi.nu.
 81. Eriksson C. Faktaruta om Statens institut för folkhälsa. I Sundin J, Hogstedt C, Lindberg J & Moberg H

- (red). Svenska folkets hälsa i ett historiskt perspektiv. Stockholm: Statens Folkhälsoinstitut, R2005:8. 2005, sid 427.
82. Hälso- och Utgångspunkter och riktlinjer för fortsatt arbete: sjukvården inför 90-talet. SOU 1981:4.
 83. Eriksson C-G, Lindwall I. Hälsopolitiska aspekter på kost och nutrition. I Hälsopolitik i samhällsplaneringen. HS90 Underlagsstudie. SOU 1984; 44:99–144.
 84. Socialstyrelsen. Folkhälsorapport. Socialstyrelsen redovisar 1987:15. Stockholm: Socialstyrelsen, 1987.
 85. Edhag O & Eriksson B. Socialstyrelsen i takt med tiden. De första femtio åren. Stockholm: Socialstyrelsen, oktober 2018.
 86. Hälsa på lika villkor - nationella mål för folkhälsan. SOU 2000:91
 87. Kommissionen för jämlik hälsa. Nästa steg på vägen mot en mer jämlik hälsa. Förslag för ett långsiktigt arbete för en god och jämlik hälsa. SOU 2017:47.
 88. Eriksson C, Aldenberg E, Anderson B, Öhrling S, Winzer R. Kunskap för folkhälsa. Om Folkhälsoinstitutets arbete med att utveckla en kunskapsstrategi. Socialmedicinsk Tidskrift, 2000; 77 (2): 117–121.
 89. Asplund K, Cohen D, Emmelin M, Eriksson C, Janlert U, Jonsson E, Klepp KI, Lindholm L, Lundvall O, Marshall D, Råstam L, Wall S, Weinehall L, Werkö L. Att förebygga sjukdom i hjärta och kärl genom befolkningsinriktade program - en systematisk litteraturoversikt. Stockholm: Statens Beredning för utvärdering av medicinsk metodik, Folkhälsoinstitutet, 1997, SBU-rapport 134. (304 sidor).
 90. Cohen D, Eksell S, Eliasson M, Eriksson C, Gilljam H, Hedin A,E, Hellenius M-L, Hjalmarsson A, Nilsson P, Tillgren P. Metoder för rökavvänjning. Stockholm: Statens Beredning för utvärdering av medicinsk metodik, Folkhälsoinstitutet, 1998, SBU-rapport 138. (351 sidor)
 91. Eriksson C (red). Att överbrygga hälsogapen i Sverige genom hälsofrämjande och sjukdomsförebyggande arbete. Stockholm: Folkhälsoinstitutet, 1996: 90 (269 sid)
 92. FHI. Folkhälsoinformation: www.fhi.se/
 93. Folkhälsoinstitut - roll och uppgifter. SOU 2000:57, Stockholm, 2000.
 94. Statens folkhälsoinstitut – roll och uppgifter Prop. 2000/01:99. Stockholm, 2001.
 95. Folkhälsomyndighetens hemsida ger aktuella uppgifter om verksamheten: www.folkhalsomyndigheten.se
 96. Eriksson C-G, red. Att arbeta med tobaksfrågan. Socialmedicinsk Tidskrift, 1980; 57(4–5).
 97. Eriksson C-G. Att utveckla vårdarbetet (temanummer). Socialmedicinsk Tidskrift, 1982; 59(2).
 98. Eriksson C-G, Svanström L, red. Socialmedicinens teori och metod. Socialmedicinsk Tidskrift 1982; 59(6).
 99. Eriksson CG. Alternativmedicin - ett kontroversiellt område (temanummer). Socialmedicinsk Tidskrift, 1990; 67(9–10):446–520.
 100. Eriksson C, red. Idébarna organisationers ANDT-förebyggande arbete. Socialmedicinsk Tidskrift, 2014; 91 (1): 3–44.
 101. Eriksson C & Haglund B Psykisk hälsa hos unga. Socialmedicinsk tidskrift 2020; 97(5–6): 732–1032.
 102. Padgett DK. Qualitative and mixed methods in public health. London: Sage, 2012.
 103. Eriksson C, Järliden E, Larsson A, Sandberg S (red) Partnerskap för hållbar välfärdsutveckling - sex års erfarenheter av forskning och utveckling i fyra städer. Örebro: Studier i folkhälsovetenskap Örebro universitet, 2010:2, 301 sidor.
 104. Eriksson, C., Beckman, L., Edvardsson, I., Jensen, J., Larsson, A. & Meijer, K. (2014). Kunskapsutveckling för ökad samverkan mellan barn- och vuxenvård inom socialtjänsten. Örebro universitet: Studier i folkhälsovetenskap 2014:2, 293 sidor.
 105. Eriksson C, Fröding K, Huldin J, Jensen J, Larsson M, Tinnfält A, Pettersson C, Broman I, Ljung C. (2014). Kompetenta familjer med ungdomar – ideal och realitet i familjestödet i Karlskoga och Degerfors. Örebro universitet: Studier i folkhälsovetenskap 2014:1, 172 sidor.
 106. Eriksson, C., Arnarsson, A.M., Damsgaard, M.T., Löfstedt, P., Potrebyn, T., Suominen, S., Thorsteins-son, E.B., Torsheim, T., Välimaa, R., & Due, P. (2019). Towards Enhancing Research on Adolescent Positive Mental Health. Nordic Welfare Research, 4(2): 113-128.
 107. Stattin, H. & Eriksson, C. (2024). Person-Oriented Profiles Can Clarify Variable-Oriented Associations: The Example of Communication with Parents and Adolescents' Mental Health Problems. Youth 2024; 4:42–55. <https://doi.org/10.3390/youth4010004>
 108. Eriksson C, Fredriksson I, Fröding K, Geidne S, Pettersson C. (2014). Academic-practice-policy partnerships for health promotion research –experiences from three research programs. Scandinavian Journal of Public Health, 42(Suppl 15): 88–95.
 109. Eriksson C. Samverkan behövs för folkhälsa i ett lokalt och globalt perspektiv. Socialmedicinsk tidskrift 1996; 73(5): 237–242.