

Socialutskottets öppna kunskapsseminarium om icke smittsamma sjukdomar – ett ökande hot globalt och i Sverige (onsdagen den 4 december 2013)

ISSN 1653-0942
978-91-86673-63-5
Riksdagstryckeriet, Stockholm, 2013

Förord

Den 4 december 2013 anordnade socialutskottet ett öppet kunskapsseminarium om icke smittsamma sjukdomar – ett ökande hot globalt och i Sverige.

FN:s initiativ mot gruppen av s.k. icke smittsamma sjukdomar globalt är också Sveriges problem. Allt fler dödsfall orsakas av de fyra sjukdomsgrupperna cancer, hjärt-kärlsjukdom, diabetes och kronisk lungsjukdom. Dessa tillstånd orsakas till stor del av fyra livsstilsfaktorer: tobaksrökning, skadligt alkoholbruk, olämplig kost och fysisk inaktivitet – alla till stor del påverkbara genom olika samhällsinsatser. Ett femte sjukdomsområde – mental ohälsa – identifieras också av FN som ett allvarligt och växande hot, inte minst hos barn och unga.

Frånsett konsekvenserna för individens hälsa ligger en politisk dimension i att dessa sjukdomar även kommer att få stora konsekvenser för samhällsekonomin. Ett ökat förebyggande arbete mot dessa orsaksfaktorer skulle kunna kanalisera ökade resurser till sjukdomsgrupper som inte lika väl kan förebyggas. Syftet med seminariet var att bredda och fördjupa ledamöternas kunskaper inom området.

I denna rapport publiceras en stenografutskrift av seminariet. De bilder som visades vid seminariet och programmet finns i bilagor till rapporten.

Stockholm i mars 2014

Anders W Jonsson

Ordförande

Monica Dohnhammar
Kanslichef

Socialutskottets öppna kunskapsseminarium om icke smittsamma sjukdomar – ett ökande hot globalt och i Sverige (onsdagen den 4 december 2013)

Inbjudna föreläsare

Peter Friberg, professor, Sahlgrenska akademien, ordförande i Svenska
Läkaresällskapet

Margareta Kristenson, professor, Linköpings universitet

Hans Gilljam, professor, Karolinska Institutet

Ingemar Engström, professor, Örebro universitet

Mai-Lis Hellénus, professor, Karolinska Institutet

Eva Tideman, docent, Lunds universitet

Sven Andréasson, professor, Karolinska Institutet

Inbjudna åhörare

Folkhälsoinstitutet

Smittskyddsinstitutet

Socialdepartementet

Socialstyrelsen

Statens beredning för medicinsk utvärdering

Statens medicinsk-etiska råd

Stroke-Riksförbundet

Svenska Diabetesförbundet

Svenska Läkaresällskapet

Sveriges Kommuner och Landsting

Från socialutskottet deltog

Anders W Jonsson (C), ordförande

Lena Hallengren (S), vice ordförande

Saila Quicklund (M)

Ann Arleklo (S)

Lennart Axelsson (S)

Maria Lundqvist-Brömster (FP)

Gunnar Sandberg (S)
Agneta Luttröpp (MP)
Anders Andersson (KD)
Henrik Ripa (M)
Meeri Wasberg (S)
Metin Ataseven (M)
Magnus Ehrencrona (MP)
Magnus Sjödahl (KD)

Socialutskottets öppna kunskapsseminarium onsdagen den 4 december 2013

Icke smittsamma sjukdomar – ett ökande hot globalt och i Sverige

Ordföranden: Kära utskottsledamöter, inbjudna gäster och övriga intresserade samt tv-tittare! Varmt välkomna hit till riksdagens andrakammarsal för vad jag tror kommer att bli tre väldigt intressanta timmar, som vi har framför oss.

De icke smittsamma sjukdomarna utgör den tyngsta sjukdomsbördan i världen. Enligt WHO kommer antalet personer med kroniska sjukdomar att öka markant i framtiden. Omkring 40 procent av befolkningen i Europa, äldre än 15 år, har minst en kronisk sjukdom. Sverige är inget undantag. Även här lever allt fler med kroniska sjukdomar och under allt längre tid. Uppskattningsvis 90 procent av alla förtida dödsfall i Sverige beror just på kroniska sjukdomar.

Vid sidan av det lidande som detta orsakar sätter det även välfärdssamhället på prov. Huruvida vi ska klara finansieringen av sjukvård och äldreomsorg framöver är delvis kopplat till hur vi kan minska antalet människor med kroniska sjukdomar och hur vi kan ge en bättre vård till dem som drabbas. Enligt WHO kan nämligen merparten av de kroniska sjukdomarna undvikas.

Regeringen har i årets budget klargjort att man kommer att sjösätta en strategi för att förbättra vården för personer med långvarig och kronisk sjukdom. Totalt handlar det i budgeten för 2014 om 50 miljoner kronor, vilket kommande år ökas först till 100 och sedan till 150 miljoner kronor. Det är en strategi som förväntas spänna över många områden.

Det handlar om hur vi ska göra patienterna mer delaktiga. Från internationella jämförelser vet vi att vi i Sverige är dåliga på att involvera patienter i diagnostik och behandling trots att vi vet att om patienterna får rätt att bestämma och därmed blir delaktiga i sin behandling ökar förutsättningarna för goda resultat.

Det handlar också om hur kunskapen ska kunna utvecklas och inte minst om hur den ska tillämpas. I Sverige har vi en lång tradition av att arbeta med nationella riktlinjer, som utifrån bästa tillgängliga kunskap rekommenderar lämpliga behandlingsåtgärder och även målnivåer som ska eftersträvas. Trots att tillämpningen av behandlingsrekommendationer i riktlinjer har visat sig vara en avgörande framgångsfaktor när det gäller att nå goda resultat har det vid upprepade uppföljningar visat sig att genomslaget i det patientnära vårdarbetet är alldeles för svagt.

Det handlar slutligen om hur vi kan förebygga både förekomsten av och komplikationerna av de kroniska sjukdomarna genom än bättre förebyggande insatser.

Vi kommer under eftermiddagen att få lyssna till sju presentationer från framstående experter, som kommer att öka vår kunskap på det här viktiga området. Vi kommer att bryta för en kaffepaus runt kl. 14, och efter de sju presentationerna kommer det att finnas möjlighet för utskottets ledamöter att ställa frågor.

Därmed överlämnar jag ordet till vår första gäst. Det är professor Peter Friberg från Sahlgreńska akademien, tillika ordförande för Svenska Läkaresällskapet, varsågod!

Peter Friberg, professor, Sahlgreńska akademien, ordförande i Svenska Läkaresällskapet: Tack så mycket, Anders! Å Svenska Läkaresällskapetets vägnar är jag väldigt glad över att få den här möjligheten att tillsammans med övriga talare berätta och diskutera kring de kroniska sjukdomarna.

Det som jag har gett mig in på här är lite farligt. Jag tänkte lite interaktivt på nätet försöka beskriva lite kort hur det ser ut. Det kan man göra på väldigt olika sätt. Men det finns data som grundar sig på vad som är publicerat i The Lancets decembernummer 2012. Det heter Global Burden of Disease 2010. Det är en gigantisk sammanställning av data och siffror från hela världen, där en rad olika universitet och WHO har samarbetat. Det finns publicerat, förutom i The Lancet, förstås, i universitetet i Seattle. Det är då en hemsida som heter www.healthmetricsandevaluation.org, som flera av er säkert redan känner till.

Man kan göra detta väldigt illustrativt. Jag ska försöka mig på det just nu. Världen ser lite olika ut. Det är inte alla länder som bara har icke smittsamma sjukdomar utan också smittsamma sjukdomar, förstås, till exempel låginkomstländer. Men som Anders sade är det ändå en majoritet av personer, människor, som dör i icke smittsamma sjukdomar. Cirka 63 procent av världens dödsfall är alltså relaterade till icke smittsamma sjukdomar. Vi pratar då framför allt om diabetes, hjärt-kärlsjukdom, kroniskt obstruktiv lungsjukdom och cancer. Därtill är det naturligtvis kopplat riskfaktorer, som alkohol, tobak, övervikt och, framför allt, vad vi äter.

Det är lite den bakgrunden som jag ska försöka belysa med de här bilderna. Men jag nöjer mig i dag med att visa hur det ser ut i Sverige. Jag kan tyvärr inte öka storleken på hemsidan, men jag hoppas att ni någorlunda kan se vad som finns här. Man kan variera de olika delarna och till exempel titta på hur det ser ut i Sverige vad det gäller död och orsaker till död. Det är i och för sig inget nytt att ischemisk hjärtsjukdom ligger överst. Den vänstra kolumnen representerar hur det såg ut 1990 och den högra 2010. Och i en annan kolumn finns skillnaden, med konfidensintervall, så att man ska kunna se om det har ökat eller minskat.

Det är föga förvånande att det fortfarande inte är någon skillnad. Det är just ischemisk hjärtsjukdom som dominerar. Stroke kommer tvåa.

Vad som är intressant att se, som har rört sig sedan 1990, vilket är en väldigt kort period, är död i alzheimers sjukdom. Det har ökat dramatiskt bara under de här 20 åren. Sedan ser vi att det är de sjukdomar som vi pratar om –

det är de två första i alla fall. Och kroniskt obstruktiv lungsjukdom är nummer fyra. Lungcancer ligger också högt upp.

Sedan kan man titta på vad det är för risker som ligger bakom det här? I topp hamnar kosten, maten. Den är faktiskt också den främsta risken globalt. Om man ska ta hela världen är det alltså kosten. Det är inte fetman i sig och kaloriintaget som ligger bakom detta, utan det är just mer vad vi äter.

Det som också är väldigt oroväckande, kan man tycka, är att högt blodtryck förenar bilden som tvåa i de här diagrammen, jämfört med hur det är globalt. För det är faktiskt så att det är den globalt näst största riskfaktorn för sjukdom, det vill säga hjärt-kärlsjukdom, främst.

Rökningen har ökat något sedan 1990 och hamnar på en tredjeplats vad det gäller risker i det svenska samhället, risk för död, alltså.

Om man byter död mot DALY, Disability Adjusted Life Years, ser det kanske lite annorlunda ut. Titta! Är det inte ganska kul att det rör sig på det här sättet? Det är just det som är det fina, att det är interaktivt. Man kan hela tiden byta.

Ja, då är det återigen så, förstås, att det som orsakar mycket sjuklighet och besvär är kosten. Och återigen är det blodtrycket vad det gäller riskerna. Här har också vårt BMI klättrat upp till tredje plats under de här 20 åren vad det gäller risker.

Man kan återigen titta på dödsorsaker. Och vad det gäller orsaker till disability ligger fortfarande ischemisk hjärtsjukdom högt. Och, som tidigare, är det ett stort bekymmer med de muskuloskeletala bekymren, ryggproblem och annat, som tar en väldigt stor del av vår sjukvård. Stroke ligger på tredje plats. Men inte minst ligger också depressive disorders eller depressionstillstånd, ångestillstånd, väldigt högt.

Sedan kan man titta på hur det ser ut mellan män och kvinnor, exempelvis. Det är väsentligen likartat vad det gäller hjärtsjukdom och muskuloskeletala problem. Men ni kan också se att depressionssjukdomen har en tendens att öka under de här åren hos män. Vi kan byta till kvinnor. Då har low back pain, ryggproblem, gått upp och lagt sig i topp. Även här har major depressive, depressionstillstånd, ökat under de här åren. Det är ganska små förändringar här emellan, men det ligger väldigt högt i alla fall.

Man kan också titta på olika åldrar. Hur ser det då ut i Sverige? Ja, vi kan börja hos de unga, till exempel kvinnor som är 20–24 år. Man tittar på orsaker till DALY. Då är det återigen så att det ligger väldigt högt med muskuloskeletala bekymmer. Och här ligger det, lite grann förväntat, väldigt högt vad det gäller depression.

Hur ser det då ut för männen i den här åldersgruppen? Ja, här ligger återigen ett stort problem, som ni naturligtvis känner till, muskuloskeletala bekymmer. Men det är också drogproblem.

Om man ökar åldern till 25–29 är det ungefär samma sak. Om man där emot backar lite grann, till 15–19 år, ser man att också depressionssjukdom ligger ganska högt upp. Alkohol kommer på femte plats, om man räknar det så. För kvinnor ligger depressionssjukdom som nummer två.

Sedan kan man gå vidare. Man kan se på riskerna för de här sakerna tidigt för kvinnor. Partner violence ligger väldigt högt i den här åldersgruppen och, inte förvånande, alkohol, även om det har minskat något, men det är nog inte statistiskt säkerställt. När det gäller män i åldern 15–19 år är det bekymmersamt att se att alkohol och droger ligger väldigt högt i listan.

Vi kan gå högre upp i åldrarna. Hur ser det ut exempelvis när det gäller 75–79-åringar? Anders var ju inne på att om man kan hantera de här sjukdomarna på ett bättre sätt blir vi alla äldre. Och vi får tänka på hur vi kommer att prioritera framöver i det här sjukdomspanoramat. Även där är kosten väldigt besvärande, och det är blodtrycket som vi inte klarar av att hantera ordentligt som riskfaktor. Rökningen ligger också väldigt högt. Det är ingen förändring där på de här åren hos män. Hos kvinnor ser det ungefär likadant ut. Vi har blodtrycket. Där har också BMI gått upp och rökningen likaså. Vi kan titta på vad det är för orsaker till sjukdomsburden. Återigen är det den ischemiska hjärtsjukdomen, förstås. Det är ryggsproblem, och alzheimer kommer på fjärde plats.

Det är ett panorama som ser väldigt likartat ut kanske sedan 1990, men om något har det eskalerat särskilt vad det gäller tobak och alkohol i yngre åldrar.

Vi kan titta på mortalitet igen. Jag tycker att det som är anmärkningsvärt, som man kan se här, är att alzheimerssjukdomen har ökat väldigt påtagligt bara under de här 20 åren. Detta är då hos kvinnor. Vi ser också att kroniskt obstruktiv lungsjukdom har ökat markant under de 20 åren, så också lungcancer. Vi kommer att höra mer om mekanismerna och orsakerna under dagen.

Går vi tillbaka till båda får vi en lite mer utjämnad bild, men vi ser också att lungcancer har ökat, vilket kommer att diskuteras här senare.

De risker som vi har att hantera för framtiden är framför allt – det gäller globalt och det gäller naturligtvis i Sverige – det här med kosten. Vi hanterar alltså inte blodtrycksbehandling tillräckligt väl. Ni såg tidigare att stroke ligger väldigt högt på den här listan. Det tycks också som att vi blir lite rundare över tiden. Physical inactivity, fysisk inaktivitet, kommer att beröras senare. Det har inte funnits med tidigare och är nu en enskild variabel. Man kan understryka att jag inte har varit person att förstå mig på den statistik som ligger bakom alla beräkningar här. Det finns många sidor där det är dokumenterat, men det är ganska komplicerat. Och man får ändå ta det för att det är en estimering, alltihop det här. Men det är första gången som det görs någon typ av beskrivning av hur det ser ut i världen. Man kan dela upp länderna. Man kan titta på män och kvinnor och på olika åldrar. Det här kommer att fortsätta, och nästa uppdatering av siffrorna kommer att presenteras av The Lancet i maj nästa år.

Jag tror att jag stannar där.

Ordföranden: Tack så mycket, Peter, för det! Nästa vi har på listan är professor Margareta Kristenson från Linköpings universitet, som ska berätta om icke smittsamma sjukdomar, hur de bidrar till en ökande ojämlikhet i hälsa. Varsågod, Margareta!

Margareta Kristenson, professor, Linköpings universitet: Tack så mycket! Min rubrik är alltså: Ökande ojämlikhet i hälsa relaterat till icke smittsamma sjukdomar. Ni kommer att få lite samma beskrivning som ni fick nyss av Peter men skuren på ett lite annat håll.

Vi kan börja med att titta på vår förväntade livslängd. Jag tror att alla känner igen att vi lever längre och längre i Sverige. Men det skiljer sig ganska påtagligt mellan människor med olika utbildningsnivå. Ni kommer att få se ett antal grafer som alla delar på samma sätt, det vill säga de delar utifrån om man som högsta utbildning har grundskola – då är det en fet linje – eller om man som högsta utbildning har gymnasieskola – då är det en streckad linje – eller om man har eftergymnasial utbildning. Det ni kan se, framför allt när det gäller kvinnor, är att medellivslängden för de individer som bara har grundskola egentligen har stått stilla, medan alla andra har klättrat. Här ser vi en ökande skillnad i förväntad medellivslängd, medan den i övrigt är utomordentligt stabil. Det finns inga tendenser att den minskar!

Eftersom jag arbetar med förebyggande medicin hör jag ibland människor som säger: Men vi ska väl ändå inte leva tills vi är 105. Är det verkligen vettigt att hålla på och förebygga sjukdomar? Det är kanske bra att dö när man är 95 i en infarkt. Därför är begreppet ”förlorade levnadsår” väldigt viktigt, tycker jag.

Det här är pinfärska data från Östergötland som bygger på att vi har räknat ut förlorade levnadsår. Man kan räkna ut det väldigt enkelt matematiskt utifrån att min förväntade livslängd som kvinna är 83 år. Om jag dör när jag är 80 år har jag förlorat 3 år. Dör jag när jag är 3 år har jag förlorat 80 år. För män är den förväntade livslängden 79 år. Genom att summera detta kan vi jämföra antalet förlorade levnadsår mellan olika grupper.

Här har vi, igen, delat det utifrån utbildningsnivå, och vi har delat den eftergymnasiala i om den är mindre eller mer än tre år. Det ni kan se på bilden är att personerna är indelade i åldersgrupper, 20–29 år, 30–44 år, 45–64 år och 65–74 år. Kvinnor är gröna, och män är röda. Bilden illustrerar att, oavsett om jag dör mitt i livet eller när jag är lite äldre eller när jag är lite yngre är det utomordentligt påtagligt att utbildningen har en stark effekt när det gäller förlorade levnadsår.

Tittar ni på männen mellan 45 och 64 år ser ni den klassiska gradienten, som man brukar prata om, som handlar om att det inte bara är så att de med lägst utbildning har sämre hälsa, utan den som är i mitten har bättre hälsa än den som har lägst utbildning men sämre än den som har högst utbildning. Denna gradient talar för att det är någon form av generella orsaker bakom dessa skillnader. Det är också viktigt att påpeka att det är substantiella skillnader. I den lägsta gruppen handlar det om 100 förlorade år och i den högsta gruppen om 200 förlorade år. Det är många förlorade levnadsår.

Här är ett annat sätt att visa det som Peter nyss visade, nämligen DALY som är ett sätt att beräkna sjukdomsördan. DALY är summan av YLL (Years of Life Lost), alltså förlorade levnadsår och YLD, som är år förlorade på

grund av att man har en förlust i livskvaliteten. Då kan ni se att för män är det hjärt-kärlsjukdomar som leder ligan, dvs. har flest DALYS. Tvåan är neuropsykiatriska sjukdomar, det vill säga psykiatrisk och neurologisk sjukdom. Trean är maligna tumörer. Sedan kommer fyran, som är skador. Femman är ögon- och öronsjukdomar. Sexan är luftvägssjukdomar. Sedan är det muskuloskeletala sjukdomar och mag-tarmsjukdomar. Diabetes är faktiskt en ganska liten del. Om det är någon som blir besviken över det kan jag säga att jag tror att vi ska komma ihåg att det är en funktion av att vi har en sjukvård som gör att man som diabetiker får leva hela sitt liv och att man får leva sitt liv med en god livskvalitet.

Om vi i stället tittar på kvinnor ser vi att det är nästan samma bild. Men hos kvinnor är det den psykiska ohälsan, neuropsykiatriska sjukdomar, som vinner spåret.

Hur ser det då ut med skillnaden mer sjukdomsspecifikt? Ja, det är inte så att alla sjukdomar ökar eller har ökat, utan dödligheten i hjärt-kärlsjukdomar har minskat dramatiskt de senaste decennierna. Den har minskat med i det närmaste 25 procent, totalt sett. Men det har inte påverkat skillnaderna i hälsa, utan de kvarstår. Och de relativa skillnaderna är nästan större.

Den här bilden slutar 2005 och handlar bara om dödlighet. Vi kan i stället titta på en bild om förstagångsinsjuknande i hjärtinfarkt som löper fram till 2011. Där skiljer vi dessutom på åldersgrupper. De äldsta är längst ned, kvinnor till vänster och män till höger, och de är 65–79 år. Där ser ni igen den dramatiska könsskillnaden. Det är fler män som dör i hjärtinfarkt. Och ni ser att det sjunker hos männen men inte lika mycket hos kvinnorna.

I åldrarna 45–64 år, ligger männen också högre än kvinnorna. Det är ganska stabilt; det sjunker lite grann. Men hos de yngsta händer någonting som börjar oroa. Där ser ni att framför allt för kvinnor med grundutbildning tenderar förstagångsinsjuknande i hjärtinfarkt att öka för första gången. Det är någonting som vi måste vara vaksamma på.

Vi kan också titta på förstagångsinsjuknande i stroke. Det är ungefär samma bild. Det sjunker i de äldsta åldrarna. Det sjunker något hos männen i mellan åldrarna 45–64. Men för individer 35–44 år med en låg utbildning ökar det, särskilt hos männen.

Cancer är en intressant sjukdom, för det är så många olika sjukdomar samtidigt. Här är en bild över insjuknade och döda per 100 000, 35–84 år. Det är igen indelat i grundskola, gymnasium och eftergymnasial utbildning. Högst upp är kvinnor, och längst ned är män. Vi kan se att, även, när det gäller cancer totalt är det betydligt högre dödlighet i lägre social klass. När det gäller lungcancer är det ett dramatiskt högre insjuknande. Det är mer än dubbelt så många med enbart grundutbildning som insjuknar i lungcancer hos både män och kvinnor, och det är mer än dubbelt så stor dödlighet i lungcancer. Det är dramatiska skillnader.

Däremot har bröstcancer, prostatacancer och malignt melanom en annan social gradient. Kvinnor i hög social klass föder barn senare vilket påverkar insjuknande i bröstcancer där en form är ganska starkt hormonberoende. Och

malignt melanom är fortfarande, så att säga, ekonomiberoende. Det är alltså lättare att få det om man har råd att resa.

I vissa lägen skär de specifika faktorerna igenom, så att vi inte ser samma mönster. Men generellt sett har vi ojämlikhet i hälsa för de flesta icke smittsamma sjukdomar. Vi har också ojämlik i hälsa för de flesta mått på socioekonomi. Vi har nu sett hela tiden bilder som gäller skillnader vad gäller utbildning. Det är det som finns i de flesta rapporter från Socialstyrelsen och många andra. Stannar vi i detta blir utbildningen svaret: "Om bara alla läser på högskolan och om alla disputerar har vi löst alla problem." Jag tillhör dem som inte tror att det är så.

Jag hade kunnat visa lika många grafer och visa exakt samma skillnader om vi i stället hade jämfört arbetare och tjänstemän. Jag hade kunnat visa exakt samma skillnader om jag hade tittat på den som är rik, den som är fattig eller den som är mittemellanrik eller på den som är förvärvsarbetare, den som är sjukskriven eller den som är arbetslös eller om jag hade tittat på skillnader mellan boendeyrken. Orsakerna ligger alltså bakom de här faktorerna, och det är dem vi måste borra i.

Den här bilden visar Michael Marmots modell. Den illustrerar att vägen mellan sociala skillnader och hälsa, oavsett om det är självskattad hälsa eller sjukdom eller död, går över våra livsvillkor. Det handlar om materiella faktorer också i Sverige. Det handlar om vår arbetsmiljö och om vår sociala omgivning. Levnadsvanorna är centrala, men levnadsvanorna lever inget eget liv, utan våra levnadsvanor är en funktion av vår vardag och vad vi klarar av, så att säga, att välja. Vardagen kan vara för tuff. Att röka eller inte är inte ett enkelt intellektuellt val. Det är genuint kopplat till stress och till upplevd kontroll över livssituationen. Det tillsammans påverkar vår fysiologi. Det handlar också om genetikens betydelse och framför allt om vilken akilleshäls vi har, om vi får cancer eller hjärtinfarkt eller någonting annat.

När vi sedan diskuterar vad vi ska göra är det därför oerhört viktigt att vi är överens om att de här bestämningsfaktorerna bakom skillnader i hälsa ligger som lökringslager på varandra. Levnadsvanorna ligger väldigt centralt. De är genuint beroende av individens sociala sammanhang och sociala nätverk. De är genuint beroende av individens livssituation, fritid, kultur, jordbruk och inte minst det som ni här kan påverka, nämligen miljö och samhällsekonomiska strategier. Alla beslut som ni tar påverkar det här.

Det som jag envist brukar återkomma till är att det enda jag saknar i den här bilden är en inre linje som heter psykologi, tillit, hopp, framtidstro och makt över sitt liv. Jag hoppas att vi får in den i nästa löklager när vi ritar det här, för det är ganska avgörande, tror jag.

Ordföranden: Tack så mycket för det! Nästa som vi har på vår lista är Hans Gilljam, professor, Karolinska Institutet, som ska prata om tobaksrökning – det åtgärdbara folkhälsoproblemet. Varsågod, Hans!

Hans Gilljam, professor, Karolinska Institutet: Tackar! För ett par månader sedan återsåg jag mina kurskamrater från läkarutbildningen i Uppsala hösten 1963. På den här bilden är några av dem som var med uppe i anatomiska teatern i Gustavianum. Det var väldigt roligt att se att det var så många vitala kolleger.

Tre stycken i den 45-hövdade kursen hade stupat. Två hade antagligen rökt ihjäl sig, och en hade suiciderat. Jag gjorde reflexionen efteråt att hade vi alla i kursen rökt och fortsatt att röka skulle det ha saknats 20 studenter eller läkare vid det här mötet. Så drastiskt verkar halsblosset.

Jag har inga diagram. Jag vill bara påminna om att upp till 35 procent av den förtida dödligheten hos män i medelåldern var tobaksrelaterad i EU-25, de 25 EU-länderna, under perioden 1965–2000. Motsvarande för kvinnorna var då 12 procent.

Jag kommer att tala lite grann om tobaksrökningen och ohälsan i Sverige, lite grann om folkhälsomålen 2014, tobaksforskning och tobaksprevention i Sverige och avsluta med Tobacco Endgame – Rökfritt Sverige 2025.

Bilden visar ungefär hälften av de tobaksrelaterade sjukdomar som drabbar rökare i Sverige. Ju kraftigare röd färg, desto större roll spelar tobaken för att orsaka dessa sjukdomar. De sjukdomar som visas med blå text är särskilt maligna, det vill säga att uppemot 90 procent av fallen i Sverige är direkt orsakade av tobaksrökning.

Detta ställer stora krav på en behandlingsapparat som i mångt och mycket faktiskt är dimensionerad för rökningens härjningar. Det gäller lungkliniker, hjärtkliniker och onkologiska kliniker.

När det gäller hela denna vårdapparat undrar jag varför man inte jobbar mer uppströms än nedströms? Med det menar jag att man med olika åtgärder klipper av dessa orsakssamband.

Vi kan titta tillbaka på Mål för folkhälsan 2014 och hur långt vi rimligen kommer att nå. En tobaksfri livsstart formulerades då som ett mål för 2014. Andelen rökande mödrar har visserligen minskat, men vi är långt ifrån en nollvision där. Ännu mer bekymmersamt är målet om en halvering till år 2014 av antalet ungdomar under 18 år som börjar röka eller snusa. Där är utvecklingen på väg åt fel håll. När det gäller en halvering till år 2014 av andelen rökare bland de grupper som röker mest svävar vi i total okunnighet eftersom det inte finns någon forskning eller monitorering av denna grupp. Det må vara socialt eftersatta grupper, invandrargrupper eller vilka ni än kan tänkas fundera över. Vi saknar data.

När det gäller att ingen ofrivilligt ska utsättas för rök i sin omgivning ser det bättre ut med stöd av miljölagstiftning i ryggen förstås.

WHO:s Framework Convention, FCTC, världens första hälsokonvention, är någonting som vi inom tobaksrörelsen lutar oss mycket tungt mot. Det finns många exempel som man kan plocka fram. I länder som relativt sent har infört miljölagar om tobaksrök har man sett drastiska förändringar i sjukdomspanoramat, till exempel i Spanien, Skottland och Turkiet där man har

sett att antalet sjukhusinläggningar för akut hjärtinfarkt kan minska med 20–40 procent genom denna enkla åtgärd.

Peter Friberg talade om The Lancet och deras artikelserie. Man har också samlat en grupp experter från hela världen och bett dem resonera sig fram till vad som är mest angeläget och lättast att göra när det gäller att angripa NCD-problemet och NCD-sjukdomarna. Man betonar förstås vikten av ledarskap, prevention, behandling, internationellt samarbete med mera. Självklart kommer de fem prioriterade interventionerna och först av dem tobaksbegränsningar, men även de andra är viktiga, vilket visas på bilden.

De föreslagna åtgärderna utvaldes med hänsyn till hälsoeffekter, kostnadseffektivitet, billig implementering och för att de bedöms vara politiskt och finansiellt genomförbara, vilket är inte minst viktigt.

Därför vill vi lansera Tobacco Endgame – Rökfritt Sverige 2025. Vi menar att det finns en stark evidens för tobaksrökningens risker. Vi kan också se tillbaka. Jag kan själv se tillbaka på ett 50-årigt liv i medicinens tjänst. Det har varit fruktlösa försök i 50 år att bota tobaksrelaterad cancer, hjärtsjukdom och kronisk lungsjukdom. Ingenting har hänt. Trots detta finns det ett mycket svagt stöd för tobakspreventiv forskning. Väldigt få forskare i Sverige ser sig som tobaksforskare. Jag gjorde en quick and dirty genomgång av forskningsanslag under de senaste tio tolv åren. Som ni ser är det en stor slagsida att ett håll som i alla fall inte är tobakens.

Vi inom Tobacco Endgame – Rökfritt Sverige 2025 menar att detta är ett realistiskt mål. Det skulle innebära slutet på en handlingsförlamning. Det går att lösa tobakskatastrofen, och det går att leva utan röktabak. Detsamma kan inte sägas om till exempel mat. Prevention är lösningen.

År 2014 startar det breda opinionsarbetet. Men vi fruktar att frivilligorganisationernas roll kan vara övermäktig, även om vi nu spänner våra krafter. Vi är beredda att driva saken, men vi behöver stöd.

Ordföranden: Det är nu dags för Ingemar Engström som är professor vid Örebro universitet. Han ska tala om den svåra frågan om individens ansvar kontra samhällets ansvar och möjligheter att ge stöd.

Ingemar Engström, professor, Örebro universitet: Jag tackar för inbjudan. I detta sammanhang representerar jag främst Svenska Läkaresällskapets delegation för medicinsk etik.

Det som jag ska tala om skulle man kunna kalla folkhälsoetik. Det ser jag i grunden som en fråga mellan stat och individ. Jag kommer här att hålla mig till två nivåer, den statliga nivån och vårdnivån, väl medveten om att det finns flera andra relevanta nivåer som civilsamhället i övrigt och så vidare. Men för tids vinnande lämnar jag det.

Frågan är: Ska staten bry sig om eller alternativt lägga sig i hur människor lever sina liv? Är det verkligen statens roll? Eller ännu mer tillspetsat: Har man rätt att leva ett ohälsosamt liv, eller ska staten då ingripa?

I hälso- och sjukvårdsetiken i dag ser vi ett spänningsförhållande mellan två diskurser, en nyare och en äldre. Den nyare har som sina valspråk autonomi och valfrihet. Patienten är numera en kund på en sjukvårdsmarknad och gör sina fria val utifrån förhoppningsvis ett upplyst och informerat samtycke. Den lite äldre diskursen som vi är lite mer vana vid utgår från en solidaritetstanke i samhället, nämligen att de friska ska ta hand om de svaga och att de rika ska ta hand om de fattiga på olika sätt genom omfördelning i samhället. Det är grunden för välfärdssamhället som bygger på omsorg och något slags positiv variant av paternalism. Vi läkare inom sjukvården är vana vid att alltid bara tänka på patientens bästa. Det är det enda som vi ska ha för ögonen utan andra sidoblickar.

Vi har på ett bra sätt från Margareta Kristenson hört att folkhälsans fördelning och bestämningsfaktorer huvudsakligen är av social art. Det finns utomordentligt bra studier på detta som visar en koppling mellan folkhälsa och grad av jämlikhet i ett samhälle. Slutsatsen, åtminstone för mig, är då rimligen att staten har ett ansvar för att minska ekonomiska och sociala skillnader om man vill göra någonting i grunden bra för svensk folkhälsa. Det är där det grundläggs. Sedan kan vi i vården göra vårt. Ett jämlikt och rättvist samhälle är också ett friskt samhälle. Det finns ovedersägliga bevis på att så är fallet.

Folkhälsan har förbättrats kraftigt om vi ser tillbaka några decennier, främst beroende på samhällsutvecklingen, ekonomiska förbättringar för många människor, ökad utbildningsnivå etcetera, men också beroende på att människor tar ett stort ansvar när det gäller sin egen livsstil. Många har hört sammat de olika informationskampanjer och så vidare som har skett. Men tiden är nog förbi att predika hur många brödsdivor som medborgaren ska äta. Detta olycksaliga exempel återkommer vi till jämt och ständigt. Det har dessutom visat att denna typ av interventioner inte gör särskilt stor nytta och till och med kan bli kontraproduktivt, och ännu mer i en antiauktoritär tid som vi faktiskt lever i, tror jag. Det måste till annat.

Margareta Kristenson har utomordentligt väl visat att utbildningsnivån har en avgörande betydelse. Att hälsoklyftorna har ökat måste vara ett politiskt bekymmer. Det kan vara gott och väl att folkhälsan är relativt god, men klyftorna ökar. Det kan inte vara okej.

En del har velat lägga till en fjärde princip till riksdagens prioriteringsplattform, nämligen ansvarsprincipen och att man ska prioritera efter hur människor lever sina liv. Det gör vi ibland. Om man har en fönstertittarsjuka och är storökare får man ofta nej i sjukvården till operation av den anledningen att vi på medicinska grunder vet att denna sjuka återkommer om två tre månader. Det är inte kostnadseffektivt och inte etiskt motiverat att göra en operation om patienten inte är beredd att dra sitt strå till stacken.

Däremot har vi fått en lite mer komplex diskussion om exemplet rökstopp inför planerad kirurgi. Där vet vi att komplikationsfrekvensen kan halveras om vi kan få patienten att sluta röka bara några veckor före operationen. Från Läkaresällskapet stöder vi helhjärtat att vi ska göra allt för att patienter ska

sluta röka. Det har vi mycket att vinna på, både som patient och som samhälle.

Men vi har en och annan som trots rökslutarstöd och trots höga ambitioner inte lyckas sluta röka. Ska man då inte få sin höft opererad? Där har vi från etikdelegationen sagt stopp och belägg. Vi ska inte börja med villkorad sjukvård i Sverige. Det kan dra oändligt långt. Vad är rimliga gränser? Ska en hängflygare inte få vård? Ska andra personer som utövar extrema sporter undantas, alltså riskbeteenden av olika slag? Det blir oerhört svårt att dra gränser för detta. Vi tycker att alla ska få vård efter behov, annars riskerar vi att bortse från orsaken till att människor påbörjar sina ohälsosvanor av olika skäl och i olika sociala miljöer. Man kan inte alltid rå för allt man gör här i livet. Det finns bestämningsfaktorer som vi inte riktigt kan behärska.

Därefter går jag över till vården. Vården har en enorm preventiv potential. Sjukdomar kan i stor utsträckning förebyggas. Vi tar i dag upp fyra säkra områden där vi vet att vi kan göra stordåd om vi mobiliserar också sjukvården. Det femte kanske är det viktigaste, nämligen psykisk ohälsa. Men där skulle jag vilja säga att vi i dag inte har särskilt bra metoder för preventivt arbete. Vi jobbar på och försöker utveckla detta. Men det är fortfarande ett vitt fält på kartan.

Socialstyrelsen kom med riktlinjer för drygt ett år sedan om så kallade vardagsnära metoder i sjukvården. Dock sade man inte hur denna tid skulle tas. Man ville att varje läkarbesök skulle innefatta ett samtal om levnadsvanor. Men det är inte riktigt gratis. Då måste man sluta prata om någonting annat, och vad är det som man då inte ska prata om? Det är alltså en prioriteringsfråga, och det var ingen prislapp satt på dessa riktlinjer.

När är intervention lämplig? Vi har lite olika grupper av patienter. Vi har dem som har uppenbart dåliga levnadsvanor och som är sjuka eller har symptom. Vi har dem som också har dåliga levnadsvanor men som fortfarande är friska. Och vi har dem som har okej levnadsvanor men som kanske ändå blir sjuka i framtiden. Vilka grupper ska man tillfråga och arbeta med? Det är förstås en medicinsk fråga. Vi måste ha evidens för det vi gör. Men det är också en etisk fråga.

Vi har följande fyra situationer:

- Grupp A: Patienten vill gärna prata levnadsvanor, och det vill doktorn också.
- Grupp B: Patienten vill gärna prata levnadsvanor, men det vill inte doktorn av någon anledning.
- Grupp C: Patienten vill absolut inte prata om sina levnadsvanor, men doktorn envisas med att göra det. Finns det risker i det av etisk art? Ja, det gör det.
- Grupp D: Varken patienten eller doktorn vill prata om dessa saker. Och det är naturligtvis det största problemet.

Hur stora är dessa grupper? Vi vet från Vårdbarometern att grupp A och B, det vill säga där patienterna tycker att det är rimligt att man pratar levnadsva-

nor när man går till doktorn, utgör den absoluta majoriteten – 74 procent, vilket inte är någon dålig siffra. Men 26 procent är också ganska många medborgare, det vill säga att en fjärdedel inte tycker att det är okej att doktorn tar upp levnadsvanor. Varför de inte vill göra det vet vi faktiskt inte mycket om. Vi kan ha våra fantasier och spekulationer om det, men det finns ingen solid kunskap om detta.

Varför vill inte doktorerna prata om detta – grupp B och D. Det är någonting som vi har tagit på allvar i Läkaresällskapet, och med hjälp av stöd från Socialstyrelsen driver vi ett levnadsvaneprojekt där vi försöker hitta metoder som är specialitetsspecifika och som passar. Det är inte detsamma att vara psykiater, rättsläkare eller kirurg. Det är olika metoder som behövs i olika kontexter.

Vi har sju miljoner samtal per år i vården. Det är en oerhört stor potential. Vilken ände ska vi börja i? Man kan ge ett pragmatiskt svar. Vi kanske ändå ska börja bland de fyra fem miljonerna där båda vill? Det räcker, men det sker inte i en bråkdel av dessa samtal.

Någon skulle kunna invända: Det blir väl orättvist? Det är ju de som finns i grupp C och D som kanske bäst behöver det. Ja, så är det nog. Men då får vi hitta metoder som är anpassade för den situationen, och där är vi inte riktigt lika duktiga.

Dessa fyra principer har vi som grund för vårt arbete inom medicinen. Vad har de med detta att göra?

Autonomi är vi mycket noga med i alla andra medicinska sammanhang. Man har alltid rätt att tacka nej till föreslagna åtgärder i sjukvården. Man har rätt att inte svara. Det gäller både frågor och formulär. Och man har rätt att få veta vad uppgifterna används till.

Vi måste beakta respekten för patientens integritet även i folkhälsosammanhang. Det är inget undantag.

Det handlar om att göra gott. Vi måste veta att de intentioner vi har faktiskt har potential att göra nytta. Annars är det bortkastat. Det måste vara lika evidensbaserat som allt annat vi gör. Så har heller inte alltid varit fallet. Det räcker inte med att tro och att ha god vilja och att det finns entusiaster här och där, utan det krävs solid vetenskaplig kunskap bakom. Egna värderingar får inte heller slå igenom alldeles för mycket.

När det gäller principen om att inte skada är det lätt att kränka människor om man går för nära utan att de har bett om det. Det måste man beakta. Man kan lätt skuldbelägga människor och att personen i fråga tycker att han eller hon är en dålig människa som inte klarar att sluta röka och så vidare. Människor kan känna obehag eller till och med få sänkt självtillit om man ångar på alltför hett.

Beträffande rättvisa har alla rätt till kunskap, verktyg och stöd för att förändra sina liv. Alla är nyckelordet. Hur ska man göra detta?

Den som inte uppfattar att samtal om levnadsvanor innehåller många etiska frågor ska nog syssla med någonting annat. Detta är känslig materia om det ska bli bra.

När det gäller informerat samtycke bör patienten ha rätt att på ett eller annat sätt tycka till i fråga om att det ställs frågor om levnadsvanor. Hur ska det då inhämtas att det är okej?

Jag tycker att det är en stor skillnad om det är symtom relaterade till levnadsvanor eller ej. Om man har en patient med en långvarig besvärlig hosta och som är storrökare är det alldeles självklart att frågan om rökning ska ställas i ett väldigt tidigt skede av samtalet.

Om man däremot möter en nyss misshandlad kvinna på akuten är det inte särskilt relevant att fråga vad hon åt till frukost. Då är det direkt integritetskränkande att börja tala om totalt ovidkommande saker. Där kan vi börja tänka.

Socialstyrelsen har velat införa en generell screening, det vill säga att varje besök i sjukvården ska innehålla samtal om levnadsvanor. Det är faktiskt ett slags screening. Och det ställer mycket speciella krav på informerat samtycke när vi screenar i fråga om någonting annat, och det har vi inte riktigt beaktat i detta sammanhang.

Till exempel debatten om kvalitetsregister tangerar också denna fråga. Man ska veta hur uppgifterna lagras, vem som har tillgång till dem, hur länge de kommer att sparas etcetera. Så sker väl aldrig i dag?

Till slut: Det finns de som har hittat på att sätta ekonomiska sanktioner på detta, det vill säga att man antingen ger pluspoäng till en vårdcentral som pratar med folk om levnadsvanor, eller ännu värre att man drar av från deras budget om de inte gör det. Man sätter så att säga pengar på detta.

Vi tror oss på goda grunder veta att ekonomistyrning av innehållet i läkarens arbete på detta sätt inte är någon bra idé. Det är varken effektivt eller rimligt att träda professionen förnär på det sättet. Det är väldigt tveksamt ur etisk synvinkel.

Läkaren bör ha kompetens och mandat att avgöra när det är lämpligt att efterfråga levnadsvanor och på vilket sätt. Det är inte en fråga för landstings- och regionpolitiker. Hälsa dem där hemma.

Beträffande maktens kontinuum vill jag säga följande: Vi som läkare har makt. Ni som politiker har makt. Betänk att vi lever längs ett kontinuum, alltifrån simpel information – saklig sådan – till ett erbjudande om insatser, över direkt påverkan. Man kan säga: Jag tycker nog att du ska, och så vidare. Det kan vara påtryckning: Akta dig, om du inte gör detta kommer det att sluta illa. Det kan vara över manipulation till villkor eller absoluta krav, som på ortopedien i Umeå.

Det är en styggelse om vi villkorar vård. Vi får tänka oss för var på denna linjal som vi arbetar med de maktmedel som vi har till förfogande. Samtalet om levnadsvanor ska placeras i det medicinska mötet med ett intresse för den enskilda människan som grund. Vi måste göra skillnad på folk och folk. Vem är det jag har framför mig? Man kan inte börja med något maskinellt frågeformulärbaserat arbete som behandlar alla som om de vore lika.

Det gäller att använda auktoriteten med varsamhet. Jag ska slutligen hänvisa till Astrid Lindgren som sade: Den som är stark måste också vara snäll.

Ordföranden: Då är det dags för Mai-Lis Hellénus som är professor vid Karolinska Institutet som ska tala om mat och rörelse för hälsa och glädje.

Mai-Lis Hellénus, professor, Karolinska Institutet: Ett stort tack för förtroendet att få medverka här och tala om maten och rörelsen. Jag tog fasta på ett mejl från Peter där det stod att vi ska vara åtgärdsinriktade. Mitt budskap är därför att det går att förändra livsstil med stora effekter på hälsan och att det lönar sig. Från vilken sida vi än tittar på det tycker jag att det lönar sig.

Jag tänkte börja och sluta i Finland. Tänk er ungefär 500 finska män och kvinnor. De är lite runda, framför allt om magen, och de har mycket diabetes i släkten. De har ännu inte diabetes, men när de äter mycket kolhydrater får de lätt lite högt blodsocker.

Dessa personer delas in i två grupper, och på vårdcentraler och sjukhus får halva gruppen vid sju tillfällen av läkare, sjuksköterska, dietist och på ett ställe även av en sjukgymnast råd om både mat och rörelse. Kontrollgruppen får inte det men inbjuds också årligen till hälsokontroller.

Denna studie, som är en hörnsten i preventiv medicin, visade att man efter sex år hade minskat risken för diabetes med nästan 60 procent i den grupp som hade fått råd om mat och rörelse. I kontrollgruppen var det 59 personer som fick diabetes, och i mat- och motionsgruppen var det 27. Det var alltså 32 personer i mat- och motionsgruppen som slapp få diabetes.

Om någon tror att jag överdriver kan man titta på tabellen som visar hur fantastiskt mycket vi kan åstadkomma om vi verkligen lyckas hjälpa människor att ändra livsstil på ett bra sätt med bra matvanor och ökad rörelse. Vikten, midjemåttet, blodtrycket, blodfetterna, blodsockret gick åt rätt håll.

Vad var det man sade? Man kämpade på med att försöka hjälpa dessa människor att gå ned ungefär 5 procent i vikt. Vad är det? Om man väger ungefär 90 kilo och är 180 centimeter lång betyder det drygt fyra kilo.

Man pratade mycket om att inte äta så mycket animaliska fetter, att skifta från smör till olja, att dra ned på bacon och korv och byta kakor mot grovt bröd. Sedan var det detta med rörelse. Fyra timmar i veckan, eller 30 minuter om dagen, var målet. Det som de flesta i denna undersökning ägnade sig åt var promenader.

Undersökningen var slut efter fem sex år. Men när det hade gått åtta år gick man in och tittade hur det gick för dessa båda grupper i ett lite längre perspektiv. Då hade den grupp som hade fått råd om mat och rörelse fortfarande 40 procent lägre förekomst av diabetes.

Ungefär 40 procent av oss som sitter här kommer någon gång att drabbas av en hjärt-kärlsjukdom. Om man redan är sjuk, lönar det sig då att ändra levnadsvanor? Vi kan titta på en enkel men fantastisk undersökning där 41 olika länder har gått samman och ställt frågor till nästan 19 000 människor som har fått sin första hjärtinfarkt eller svår kärlkramp. Man frågade: Vad

fick du för behandling? Man frågade även: Fick du några råd om levnadsvanor?

Efter sex månader – det är en jättekort tid – hade de som hade sagt att de hade slutat röka efter hjärtinfarkten 43 procent lägre risk att få en ny hjärthändelse inom sex månader. De som sade att de fick råd om både mat och rörelse och försöker att äta bättre och röra sig mer efter hjärtinfarkten hade halverat sin risk att bli sjuka igen.

Tänk er att vi bor i Lyon i Frankrike och har fått en första hjärtinfarkt och råkar hamna på det universitetssjukhus som visas på bilden och där det pågår ett experiment som en mycket speciell hjärtdoktor har dragit i gång. Hälften av oss får rådet att äta lite mer Medelhavslikt. Fyra gånger får vi samtal om mat av honom och hans dietist. De säger att vi ska äta mer lök och tomat och mycket gröna blad. Vi ska skifta från smör till olivolja, och vi ska äta mycket fisk, nötter och mandel.

Denna undersökning är en klassiker som jag önskar att varenda verksam doktor kände till. Man fick nämligen avbryta den i förtid. Den skulle ha pågått i fem år, men man avbröt den efter 27 månader av etiska skäl. Dessa etiska skäl är att inom 27 månader hade bara 3 personer i kostgruppen fått en ny svår hjärtinfarkt och dött och 16 personer i den grupp som inte hade fått kostråd. Man avbröt den, och sedan fick alla kostråd.

Vi kan se vilken kraft det finns i att äta hälsosammare.

För bara några månader sedan kom världens största primärpreventiva undersökning. Den är från Spanien. Tänk er 7 447 spanska män och kvinnor i övre medelåldern som är friska, men några har diabetes och några har lite högt blodtryck och höga blodfetter. Det är vanligt i den moderna världen. Dessa personer lottas till tre grupper. Cirka 2 000 personer ska äta Medelhavsmat och får gratis olivolja – extra virgin. De ska ta ungefär en halv deciliter varje dag. Cirka 2 000 personer ska också äta lite Medelhavslig mat och får gratis valnötter, hasselnötter och mandel. Det ska vara en liten näve om dagen, ca 30 gram. Cirka 2 000 personer blev kontrollgrupp. Till dessa personer sade man att de skulle äta vad de ville men att de skulle dra ned på allt fett. Det var inte så smart.

Denna studie avbröts faktiskt också lite i förtid. När det hade gått drygt fem år såg man att i de båda kostgrupperna som hade fått bra råd om mat och hälsa kunde förhindra var tredje fall av stroke och hjärtinfarkt.

Beträffande rörelse skulle det, om vi hade jättemycket tid på oss, vara roligt att berätta om tusentals nya studier som visar att det beträffande alla de sjukdomar som vi har talat om i dag faktiskt finns ett samband, en koppling till att vi rör oss så lite i dag. Utseendet på kurvan som visas på bilden är så viktig. Man kan tänka sig att vi längst till vänster sätter människor som rör sig minst, har sämst kondition eller är svagast i musklerna och att vi längst till höger har våra elitidrottsmän. Stapelns höjd handlar om risken att bli dement, få alzheimer, stroke, hjärtinfarkt, bröstcancer, depression – alla våra stora folkhälsoproblem.

Man ser nämligen i tusentals undersökningar som blir mer och mer välgjorda att de som är måttligt rörliga ofta har halverad risk för alla dessa stora folksjukdomar. Vi vet också att om vi kan få alla svenska skolbarn eller hela Sverige att röra sig lite mer blir effekterna på hälsan mycket stora.

Vi har talat om The Lancet flera gånger. Förra sommaren kom ett temanummer om fysisk aktivitet och hälsa. Där konstaterade man, mot bakgrund av den statistik som fanns, att ungefär vart tionde fall av förtida död orsakas av brist på rörelse. Det är lika farligt att sitta som att vara rökare. Det fanns så mycket spännande att läsa om i denna genomgång.

Vi motionerar mer och mer i vår del av världen. Européerna motionerar mer och mer, framför allt i norra Europa. Men vi toppar också världsstatistiken vad gäller antal timmar sittande. Det är inte så bra, för det finns 25 stora undersökningar som visar att sittandet i sig, oavsett motionsvanor, innebär en kraftigt ökad risk för många av dessa stora folkhälsoproblem, framför allt diabetes och hjärt-kärlsjukdom.

Detta visades till exempel i Australien där man gjorde en undersökning på nästan 9 000 män och kvinnor, och man följde dem i sju år.

Då såg man att de som satt ned och tittade på tv mer än fyra timmar om dagen hade kraftigt ökad risk att bli sjuka och dö i framför allt hjärt- och kärlsjukdom.

Det blir så abstrakt med procenttal, så forskarna hjälpte oss att räkna på detta. De kom fram till att varje timme vi sitter framför tv:n förkortar livet med 22 minuter. Är det mycket eller lite? Det är ganska mycket.

Jag var inbjuden till ett annat seminarium för några månader sedan och träffade några av er. Då sade seminarieledaren: Jag tror att vi sitter för mycket i riksdagen.

Vi har vetat i 40 år att fysisk aktivitet påverkar blodfetter, blodsocker med mera, men vi visste inte att det handlar om sekundsnabba effekter. I undersökningen i USA hade 4 757 människor en accelerometer på sig som mätte både stillasittande och rörelse. Man såg att de som tog en bensträckare, och det räckte med en minut i halvtimmen, hade fyra centimeter lägre midjemått i snitt, finare blodfetter och lägre inflammatoriskt påslag, till exempel ett protein som heter CRP, som vi mäter i forskarvärlden. De hade också mycket bättre sockerbalans. Man gjorde sockerbelastning för att se hur de klarade av sockret, och de som brukade ta en bensträckare var mycket känsligare för insulin – och vi ska vara känsliga för insulin. Här finns det alltså hopp.

Nästa gång vi flyger långt eller sitter stilla länge ska vi tänka på detta: En forskargrupp i Australien har visat att en till två minuters bensträckare sänker våra fibrinogennivåer. Fibrinogen är ett klister i blodet som kan orsaka blodproppar. De sjunker med mer än 50 procent av bara en bensträckare. Det är ganska ny kunskap att det behövs så lite.

Vi har säkert alla hört rapporteringen om svenska skolbarns studieresultat. Varje gång har jag tänkt att vi måste ha upp barnen på fötter. Det kommer så mycket ny forskning om sambandet mellan rörelse och kognition.

Hjärnan börjar krympa vid 35 års ålder. Här gjorde man ett försök på 120 55-plussare. Hälften av dem träffades tre gånger i veckan och gympade tillsammans. De tog i ganska hårt och höll på en timme. Kontrollgruppen träffades en gång i veckan men gjorde bara försiktig stretchning. Man tittade på hjärnans storlek under ett år. I kontrollgruppen minskade volymen, framför allt i hippocampusområdet där inläring och minne sitter. I gruppen med ökad fysisk aktivitet såg man att hjärnvolymen ökade. Inlärningsförmåga och minnestester var bättre. Många liknande studier finns också gjorda på barn.

Maten är nog det allra svåraste. I Sverige och Norden har vi just nu de mest uppdaterade och absolut färskaste kostråd som finns i världen. På uppdrag av Nordiska ministerrådet har nämligen 100 nordiska kostexperter tillsammans gått igenom all nyttillkommen kostforskning. Det var ett gigantiskt arbete som nyligen presenterades i Köpenhamn och Stockholm. Åter vi som studierna från Finland och Lyon visar, alltså mer grönsaker, frukt, bär, fisk, matoljor och grovt bröd och mindre läsk, godis, vitt mjöl, rött kött, chark och smör kan vi hålla oss friska och slippa många av våra stora folkhälsoproblem.

Som läkare tänker man mest på patienternas och befolkningens hälsa. Men låt oss räkna kronor och ören. Tillsammans med finska forskare har vi räknat på vad det skulle kosta att ge en riskindivid bra och omsorgsfulla kostråd och motionsråd sju gånger. Det skulle kosta 24 000 kronor extra per patient, men efter fem år börjar vinsten ticka in. I slutändan får Stockholms läns landsting och staten – och detta är otroligt konservativt räknat – tillbaka de 24 000 kronorna plus 9 000 i ränta. Vi vinner nämligen 33 000 kronor. Det är alltså ganska självklart att förebyggande hälsovård också innebär ekonomiska vinster, inte bara liv och livskvalitet.

Mitt syfte med detta korta inlägg var att säga att det går att förändra livsstil och att det lönar sig, oavsett om vi tittar på hälsa och livskvalitet eller statens finanser. Vi måste använda oss av all den kunskap som finns i dag och gå från teori till praktik i ännu högre grad.

Ordföranden: Före pausen ska vi också få lyssna till Eva Tideman, docent vid Lunds universitet. Hon ska tala om mental hälsa hos barn, ungdomar och yngre vuxna: Vad kan vi göra?

Eva Tideman, docent, Lunds universitet: I WHO:s senaste rapport om folkhälsan i Europa framkommer att en människas sociala position i samhället i hög grad påverkar hälsan. Man slår därför fast att varje barn måste få bästa tänkbara start i livet för att få möjlighet att maximera sin kapacitet. Detta betyder att den viktigaste faktorn för att långsiktigt påverka människors hälsa är genom insatser tidigt i livet.

För att få kontroll på tillvaron så säger vi ibland att var sak har sin tid, men barndomen har inte sin tid. Barndomen, vare sig den är lycklig eller olycklig, finns med och påverkar oss i alla våra dagar.

Psykologen, poeten och nobelpristagaren Tomas Tranströmer uttrycker det så här:

Inom mig bär jag alla mina tidigare ansikten,
som ett träd har sina årsringar.
Det är summan av dem som är ”jag”.
Spegeln ser bara mitt senaste ansikte,
jag känner av alla mina tidigare.

Genom hela vårt liv bär vi barnet inom oss, och därför har barndomen inte bara sin tid utan del i all vår tid för oss alla.

Vi vill använda offentliga medel så effektivt som möjligt, och vi vet att varje satsad krona ger större utdelning om den används till insatser för yngre barn medan det är mycket dyrare vända livet för en utagerande eller missbrukande tonåring.

Men vad ska pengarna satsas på? Vad säger forskningen när det gäller barn, ungdomar och unga vuxna? Jo, det gäller att stödja föräldraskapet, stödja barns språkutveckling, höja kvaliteten i förskolan, ta till vara skolans unika möjligheter och skapa förutsättningar för att varje ung människa ska känna sig behövd och få ett meningsfullt sammanhang i sitt liv.

Alla psykologiska teorier pekar på att erfarenheter tidigt i livet präglar oss. När det lilla barnet föds är hjärnan redo att tas i bruk, men hur hjärnan utvecklas avgörs i stor utsträckning av den miljö barnet möter. Det är i samspelet mellan barnet med sina genetiska förutsättningar och det bemötande och den stimulans som barnet får i miljön som nervsystemet utvecklas och individen formas. Omgivningen sätter biologiska avtryck.

Det lilla barnet är helt beroende av vuxna för att kunna reglera sina känslor. När barnet känner oro eller rädsla skriker det förtvivlat, och stresshormon utsöndras. I bästa fall kommer mamma eller pappa och ger trygghet och lugn. Men om inte någon kommer tillräckligt ofta blir erfarenheten att omvärlden inte går att lita på. Samtidigt fortsätter stresshormoner att utsöndras och påverkar hjärnans fortsatta utveckling. På så sätt kan negativa erfarenheter byggas in i hjärnstrukturerna samtidigt som barnet psykologiskt bygger in icke tillitsfulla bilder av världen, alltså en dubbelt negativ effekt.

Vad kan vi göra? Barnhälsovården i Sverige når näst intill alla familjer med barn. Forskning utomlands visar att täta hembesök i riskfamiljer av BVC-sjuksköterska en gång i veckan ger resultat både när det gäller att vägleda i föräldraskapet och stödja barns utveckling. Detta skulle kunna vara en framgångsväg även i Sverige. Det är inte dyrt, och organisationen finns redan.

Ett annat område är språket. När vi psykologer gör utredningar finner vi ofta att barn, ungdomar och vuxna med beteendeproblem har sämre språkliga färdigheter än jämnåriga.

Språket är människans främsta redskap. Det är via orden vi får instruktioner och undervisning av lärarna, utbyter åsikter, löser problem, kommer överens och uttrycker känslor. Språket behövs både för kommunikation med andra och som ett inre tal för att resonera med och styra sig själv.

Språkliga färdigheter är socialgruppsberoende. Forskning visar att vid tre års ålder har barn från privilegierade familjer blivit tilltalade med över 30

miljoner ord medan barn från icke-privilegierade familjer har hört 10 miljoner ord. Hjärnans mest grundläggande arbetssätt är att jämföra ny information med vad som hittills finns inlagt, och då förstår vi att redan tidigt är utgångsläget olika.

Så här uttryckte sig professor Ingvar Lundberg: En förutsättning för att förstå texter är att man har ett tillräckligt ordförråd. Ordfattigdom är också ett uttryck för en bristfällig orientering i omvärlden. Ord och begrepp bringar ordning i en komplex och mångfacetterad värld, ger sammanhang och överblick. Den som saknar ord får också svårt att argumentera för sin sak, förklara, lägga till rätta och lösa konflikter. Ordlöshetens vanmakt är nära besläktad med den okontrollerade aggressionen.

Språket ställer symboler och minnessystem till förfogande. Alla känslor behöver inte ageras ut. De kan symboliseras i ord. Språket bringar ordning i tillvaron. Med hjälp av språket organiseras världen.

Med Märta Tikkanens ord: Det är egentligen först när jag formulerat vad jag upplevt och känt som jag vet vad jag har varit med om och vart jag är på väg.

Vad kan vi göra? Vi kan göra som i Danmark där man i ett forskningsprojekt gav invandrade familjer med tre- och fyraåringar en bogkuffert, en bokväska, med en dvd-film om hur föräldrar kan stötta barns språkliga utveckling i vardagen, barnböcker på danska och ett minnesspel. Det kostade ungefär 1 000 danska kronor.

När barnen som tränat så här skulle börja skolan var det bara en fjärdedel som behövde extra träning i danska.

En annan grupp fick inget kuffert, men pedagogerna på förskolan fick extra stöd i hur de skulle träna barnens språkförmåga. Det blev samma resultat; bara en fjärdedel i den gruppen behövde extra stöd. En tredje grupp var på förskolan som vanligt men utan särskild språkträning och bokväska, och där behövde i stort sett alla extra språkstöd i samband med skolstarten.

Vi vet alltså hur vi ska skapa förutsättningar för att barn och unga ska få ett så rikt språk som möjligt. Att erbjuda språkstöd i förskolan för alla barn, svensktalande såväl som de med flera språk, ligger helt inom förskolans uppdrag. Men då får det vara högst 14–16 barn i varje grupp och en personalstyrka på tre personer så att de hinner tala med barnen, läsa sagor och uppmärksamma de barn som behöver extra stöd. Det kostar, men mycket mindre i jämförelse med livstidskostnaden för en person som på grund av språkliga tillkortakommanden och allt vad det kan föra med sig lämnas utanför samhällsgemenskapen.

Att bli sedd och få ett gensvar är varje människas innersta önskan.

Språket är också av avgörande betydelse för att klara skolan.

Social rapport från 2010 visar att fullständiga eller godkända betyg från årskurs 9 ger den bästa förutsättningen för ett gott vuxenliv i bemärkelsen att bli en fungerande samhällsmedborgare. Ofullständiga betyg från årskurs 9 utgör den starkaste riskfaktorn för framtida problematik.

Vi måste se till att barn i skolan får förutsättningar så att de helst i årskurs 1 går från learning to read till reading to learn – från att lära sig att läsa till att läsa för att lära. Det har betydelse för hela den fortsatta skolgången.

Kungliga Vetenskapsakademins rapport från 2010 School, learning and mental health konstaterar i sina slutsatser: Tidiga svårigheter i skolan och i synnerhet läs- och skrivsvårigheter orsakar psykiska problem. Svårigheter i skola och psykiska problem tenderar att finnas kvar över tid.

Att genomföra stora ansträngningar utan att detta leder till resultat är kopplat till utveckling av depression.

Vore jag rektor skulle jag ta detta på största allvar.

Den inställning som funnits i svensk skola, att vänta och se om och tills problem uppstår och då sätta in resurser, har inget forskningsstöd.

Vad kan vi göra? Jo, som i Finland, och som enligt senaste PISA-undersökningen säkert också görs i Sydkorea och Japan, gäller det att förstärka resurserna på lågstadiet så att alla barn kommer i gång med läsning och räkning och får uppleva att skolan är en bra plats för just mig.

Skola är inte bara inlärning. I skriften 10 orsaker till avhopp från gymnasiet från temagruppen Unga i arbetslivet har man intervjuat över 300 ungdomar som avbrutit sina gymnasiestudier och listat orsakerna till detta. Överst kommer inte oväntat mobbning, som ofta börjat redan i grundskolan.

Ny forskning visar att de barn som i mellanstadiet beskrevs ha lägre status och vara utan vänner i medelåldern har större både fysisk och psykisk sjuklighet, sannolikt utlöst av långvarigt upplevd stress.

Vad kan vi göra? Skolan måste på alla sätt vara uppmärksam och än mer kraftfullt sätta in åtgärder och motverka mobbning. Skolan handlar om inlärning och betyg, men vi måste också fokusera på det sociala samspelet och ingripa när det går över styr.

Antalet diagnoser inom barnpsykiatri ökar. När vi som arbetar med människor både i skolan och på andra håll ska försöka förstå problemen för att kunna vara till hjälp får vi inte fokusera bara på individen, utan vi måste se också på sammanhanget. Är det ett barn med problem eller ett barn i problem eller båda delar?

Jag är orolig för att individperspektivet dominerar för mycket i dag och att omgivningsfaktorer missas. Är det Lisa i klassrummet som har adhd? Eller sitter hon och oroar sig för att inte ha någon att vara med på rasten? Eller är det så många barn i klassen att hon inte får den hjälp hon behöver och därför har svårt för att hänga med och lära sig? Det är lätt att se barnet som problemet, inte minst om vårdgarantin pressar på, och att ställa diagnos utan att fullt ut hinna beakta omgivningssammanhanget som personaltäthet och andra förutsättningar och faktorer.

Vad kan vi göra? Att alltför mycket fokusera på individen och inte på omgivningsfaktorer är som att titta en film där vi bara ser halva bilden. Vi måste se hela bilden. Kanske ska Lisa inte få en adhd-diagnos utan klasstorleken minska.

Slutligen: Man måste få känna att man är behövd, inte minst i det unga vuxenlivet. Tage Danielsson gjorde sig till röst för barn och unga vuxna: Det är ingen idé att finnas till om man inte behövs till nåt. Därför måste samhället inrättas så att alla behövs. Vi kräver att behövas!

Vad kan vi göra? Vi måste se till att möjligheter till studier och arbete finns för alla. Det är nödvändigt för att tillvaron ska upplevas som begriplig, hanterbar och meningsfull.

Vi vet att utvecklingen bestäms av arv och miljö i samverkan.

Låt oss jämföra med en vävstol. Varpen, de långa trådarna, får representera arvet, konstitutionen, som sätter gräns för utvecklingsmöjligheterna. Varpen är lång, men den är olika lång för olika barn. Vi vet inte hur lång, för den är invirad längst in i vävstolen.

Miljöinflytanden, allt från första relaterandet till föräldrarna till förskola och skola samt människor och händelser på livets väg, får symboliseras av inslaget, alltså tråden i skytteln som man slår in och bommar till så att väven växer fram.

Häri finns en hoppfull politisk och samhällsekonomisk dimension. Politiker, myndigheter och organisationer kan på olika sätt bidra till att varje barn och ungdom utifrån tillgänglig kunskap kommer längst möjligt på sin egen utvecklingsväv och får lov att utvecklas och bli den bästa möjliga versionen av sig själv.

(PAUS)

Ordföranden: Jag lämnar ordet till Sven Andréasson, professor vid Karolinska Institutet, som ska prata om nya alkoholvanor som kräver nya grepp i både politik och praktik.

Sven Andréasson, professor, Karolinska Institutet: Jag kommer i mitt anförande att ha både det individuella perspektivet och samhällsperspektivet och utgå från Ivan Bratt som inspiratör till mycket av det som vi fortfarande håller på med. Jag kommer att konstatera att det som Ivan Bratt kom fram till i dag är både bad news och good news. Ni kommer att förstå varför.

Bilden som jag nu visar illustrerar hur man såg på alkoholproblemet på Ivan Bratts tid. Den föreställer Kolingen, Albert Engströms berömda figur som har färgat vårt tänkande om vad alkoholproblem är för något: Den som har alkoholproblem är en trashank som är utstött ur samhällsgemenskapen.

Problemet är att det inte ser ut så här i dag, utan det moderna alkoholberoendet ser ut som på bilden jag visar nu och har helt annan epidemiologi och en helt annan social situation. Vad vi har i dag är ett beroende av alkohol som varierar enormt. Vi har å ena sidan en liten grupp med intensiva och svåra problem. De är svåra att nå. Ungefär hälften är inne i vårdsammanhang, och vi är inte särskilt bra på att hjälpa dem. Det är den klassiska A-lagaren, parkbänksalkoholisten. Men sedan har vi den mycket större gruppen – vi skattar

att den består av 600 000 personer i Sverige – som har antingen ett skadligt bruk eller ett beroende av alkohol. I den gruppen är det en mycket liten del som är attraherad av vår behandling. Det gänget är socialt välfungerande i alla andra avseenden. För båda de här grupperna är trösklarna höga när det gäller att söka vård.

Vi har en befolkningspyramid med en liten tipp längst upp som vi når i dag med våra behandlingsinsatser. Sedan har vi en mycket större grupp, ungefär tio gånger så stor, som vi av olika skäl inte når. Det är bekymmersamt, därför att i den gruppen finns de flesta problemen – de flesta vårddagarna, de flesta dödsfallen och de flesta barn som far illa.

Den första frågan är: Varför kommer de inte om de har ett plågsamt tillstånd, ett alkoholberoende, mätt med våra kriterier för det tillståndet? Vi ställde en fråga till 9 000 svenskar om detta, och det är tydligt att ett skäl är helt dominerande, och det är stigmatiseringen av området. Det är skämmigt att söka hjälp. Till det bidrar vår organisation. Frågar man folk vart de vill gå om de någon gång skulle få problem är svaret oftast sjukvården. Det är den specialiserade beroendevården, det är företagshälsovård och primärvård, men det är väldigt lite socialtjänst. Det är 5 procent som svarar att de skulle vilja vända sig till socialkontoret. Problemet med det är förstås att det framför allt är inom socialtjänsten som resurserna ligger.

Frågar man människor i djupintervjuer, vilket vi gör i ett stort forskningsprojekt, hur de tänker kring sitt drickande och vilken typ av hjälp de är intresserade av är svaret i den här gruppen som är välfungerande men har ett beroende att de fattar att de dricker för mycket men att de inte ser något attraktivt behandlingsalternativ.

Det är här jag menar att Bratt kommer in. Det här är arvet efter Bratt. Han var en fantastisk person på många sätt, men det här the bad news. Han pläderade för individuell kontroll, alltså tillskapandet av nykterhetsnämnder på lokal nivå där man hade koll på drinkaren och hans familj. Syftet var vällovligt. Det var att skydda familjen. Bratt var läkare, men han var ointresserad av leversjukdomar och annat och var framför allt socialpolitiskt engagerad. Det här var ett skydd för familjen, och det innehöll många inslag som vi inte skulle acceptera i dag – angiveri och så vidare. Han hade en för sin tid konventionell syn på hur man skulle behandla det här tillståndet. Rätt mycket handlade det om att isolera och föra bort, alltså asyltänkande.

Jag menar att Missbruksutredningen, som lade fram sitt betänkande för ett par år sedan som sedan resulterade i en proposition, var ännu en batalj mellan medicinska och sociala perspektiv där det sociala perspektivet segrade. Det är inte typiskt i resten av världen, kan jag säga, utan vi i Sverige ser lite annorlunda på den här frågan.

Den här bilden som jag nu visar illustrerar hur det ser ut. Det här är den åldersgrupp där alkoholberoende är mest vanligt. I åldern 18–25 år är prevalensen av alkoholberoende störst, och det är inte Kolingentypen, alltså den klassiska, utslagna alkoholisten, som utgör den gruppen. Vi måste hitta former i

vår behandling som gör att den blir attraktiv för den här större delen av befolkningen.

Gruppen äldre kvinnor är ännu mindre benägen att söka hjälp i de former som den erbjuds i allmänhet. Av alla grupper har vi här den största ökningstakten.

Vad vi fick fram i fokusgruppsintervjuerna var att man i alla sammanhang bombarderas av ett oerhört medieflöde om framför allt vinets förträfflighet men också om alkoholens förträfflighet. Just för gruppen som är inne i ett riskdrickande och har en sårbarhet när det gäller det här spelar de starka sociala påtryckningarna att dricka alkohol en stor roll.

Bilden jag nu visar har jag lånat av Magnus Jägerskog på IQ som gjorde en studie av hur det ser ut. Det är tio gånger fler alkoholpositiva medieinslag än alkoholnegativa sådana. Det är förstås ett starkt argument för att titta på marknadsföringen av alkohol som har ökat lavinartat sedan reklamen blev laglig efter Gourmetmålet.

The good news när det gäller Bratt var att han lyckades få genomslag för en grundläggande idé som han kallade för desintressering, alltså att man avlägsnar profitintresset från alla delar av alkoholområdet: produktion, distribution, partihandel, detaljhandel och marknadsföring. Marknadsföring är ett paradexempel där man har fjärrat sig från Bratts desintresseringsprincip.

Frågar man sig när det gäller internationell forskning vad som fungerar för nationer som vill minska sina alkoholproblem får man den här typen av svar som jag visar nu. Det handlar genomgående om tillgänglighet på olika sätt. Det är det som har störst effekt. Skatteinstrumentet är det som slår igenom kraftigast men också den fysiska tillgängligheten, alltså antalet försäljningsställen, öppethållandetider, utskänkningstillstånd och åldersgränser, spelar roll förutsatt att man har en ordentlig tillsyn. Reglering av marknadsföring kommer igen i många forskningsrapporter.

Man kan säga att Sverige i stor utsträckning har förvaltat Bratts idéer framgångsrikt under ett sekel. Sverige har klarat sig bra jämfört med resten av Europa. Vi ligger fortfarande långt under genomsnittet när det gäller konsumtion i Europa, vilket framgår av bilden jag nu visar. Våra grannländer ligger på ett par liter mer per capita än vad vi gör, trots att vi har haft en ökning de senaste 20 åren, då vi ligger högre i dag än på 1990-talet. Dock har den ökningen stabiliserats. Det har haft positiva konsekvenser för skadorna. På den här bilden jämför vi alkoholrelaterade skador i olika länder. Vi tittar på levercirros, alkoholrelaterad cancer och skador. Sverige ligger väsentligt lägre, tillsammans med Norge, än EU-genomsnittet. Den här politiken har alltså varit effektiv och har reducerat skadorna.

Jag ska ta upp tre hot mot den här ordningen som vi nu måste förhålla oss till.

Det första är City Gross vinleveranser, alltså att man genom den förändrade lagstiftningen för några år sedan plötsligt har fått ett stort antal privata aktörer som agerar som mellanhänder och hjälper privatpersoner att föra in alkohol i landet. Det är alltså e-handeln, den kommersiella mellanhanden,

som här har fått ett stort spelutrymme där lagstiftningen är för otydlig. Därför klarar inte åklagarna av att driva de här fallen. Vi hoppas att man från riksdagens sida kan fatta snabba beslut i den här frågan.

Det andra hotet är reklamen som sådan. Den påverkar framför allt ungdomar – det vet vi från internationell forskning – men också sårbara personer. Här har vi en kraftig ökning som vi måste förhålla oss till.

Det tredje hotet, menar jag, är restaurangsidan där vi har en kraftig ökning av tillståndsgivningen och även förlängda serveringstider. Tillgängligheten har ökat kraftigt.

Från branschen säger man att våldet faktiskt har minskat, och det är sant. Räknar man på gatuvåldet är det en kraftig minskning de senaste åren. Det beror på att unga vuxna har dragit ned på sin alkoholkonsumtion, och det är en annan process som kan tolkas fel här. Vi har stark evidens från många länder – bland andra Norge som är likt oss på många sätt, Nya Zeeland, Danmark och Kanada – där man har gjort studier i förändringar av serveringstider. Spelar en timmes längre öppethållande på natten någon roll? Ja, det spelar jättestor roll, visar de här studierna. Antalet våldsbrott ökar med 20–30 procent i ett stort antal städer.

Avslutningsvis vill jag säga att vi helt enkelt borde leva upp till den globala alkoholstrategi som Sverige i hög grad var aktivt i att driva igenom i WHO. I den ingår mycket av det som vi har talat om här, mycket av Bratts desintreseringstänkande.

Ordföranden: Många i utskottet har anmält att de vill ställa frågor. Vi börjar med Lennart Axelsson.

Lennart Axelsson (S): Någon sade i pausen: Vad kan man egentligen ställa för frågor? Vi har fått väldigt mycket kunskap som kan vara till stöd för oss i vårt arbete, inte minst från det senaste inlägget om alkohollagstiftningen.

Vi har också fått veta att rökningen behöver fasas ut till 2020 och att det bästa vi kan göra är att se till att vi har ett samhälle där jämlikheten ökar. Då kommer människor att må mycket bättre.

Detta får nästan bli ett inlägg där jag känner att det här är en otroligt bra dag för oss. Jag hoppas dessutom att så många svenskar som möjligt har tittat på detta eller gör det i efterhand, för det var en lektion i hur man lever längre. Jag tog en muffins här ute ändå, men jag tänkte faktiskt på att jag kanske inte borde. Det har i alla fall gjort någonting.

Jag vill tacka så mycket. Är det någon som vill kommentera detta inlägg får ni göra det, men jag hittar ingen bra fråga.

Ordföranden: Jag lämnar ordet till Magnus Sjödahl.

Magnus Sjödahl (KD): Det var fantastiskt intressanta presentationer. Det är bara att suga åt sig och notera alla viktiga och kloka saker som har sagts.

Ibland får man olika besked, och det är lite frustrerande både för mig och för människor i allmänhet. Vem ska man tro på? I dag tycker jag att vi har fått ganska entydiga besked.

Jag har försökt notera lite nyckelord som har återkommit när det gäller vad som är bra och vad som är dåligt. Rökning och alkohol är negativt. Det torde vara ganska okontroversiellt att slå fast. Motion och rörlighet är positivt, och utbildningsnivån är en avgörande faktor.

Delaktighet har nämnts. Betydelsen av att finnas i ett sammanhang med fungerande nära relationer och att känna sig behövd, uppskattad och omtyckt tror jag är viktigt för välmåendet. Kostens betydelse har också nämnts.

Jag tror att det var Ingemar Engström som ställde en fråga. Den känns extremt intressant. Har vi, utifrån all den kunskap vi har, rätt att leva ett ohälsosamt liv? Det kan man fundera på. Jag har själv en del tankar, men jag tänker inte avslöja dem.

Kanske någon kan ta denna boll: Har vi, trots allt vi vet, rätt att göra dåliga val som påverkar våra liv och kanske även vår närmaste omgivnings liv? Har man rätt att leva ett ohälsosamt liv? Det är spännande att tänka på, tycker jag.

Ordföranden: Frågan är intressant utifrån förslaget om att ansvarsprincipen ska vara den fjärde principen inom prioriteringsarbetet i Sverige. Ingemar Engström har kommenterat vad han tycker om detta. Nu lämnar jag ordet till Margareta Kristenson.

Professor Margareta Kristenson: Jag tänkte gå tillbaka till utbildningens betydelse. Jag var kanske otydlig, men jag tycker att det är viktigt att ha med att om man bara tittar på utbildning som social faktor så är den väldigt tydlig. Men jag kan berätta att om vi lägger på de andra faktorerna, det vill säga vilket arbete man har, vilken inkomst man har och om man har ett arbete eller inte, blir utbildning så småningom ganska oviktigt.

Utbildning är det enkla mått som vi nästan alltid mäter för att det är lätt. Men till stor del är det en proxyfaktor för våra livsförutsättningar. Det vi behöver förstå mer av är vad som ligger bakom att vi mår olika och hur vi kan göra så att också undersköterskan kan må bra i hela sitt liv. Hon måste inte disputerat. Hur kan hon påverka sin vardag? Det har nämligen bäring också på levnadsvanorna.

Människor lever inte i ett isolat utan i ett sammanhang. Gruppens vanor, vardagens stress och möjligheten att påverka sin vardagssituation påverkar mycket vilka vanor man väljer. Levnadsvanorna är extremt socialt fördelade, och det är inte en enkel kunskapsfråga utan en fråga om livssituation.

Ordföranden: Jag lämnar ordet till Maria Lundqvist-Brömster.

Maria Lundqvist-Brömster (FP): Jag tackar så mycket för jätteintressanta föredragningar.

Jag riktar mig till flera av er som har haft anföranden. Man kan prata om barn och att börja tidigt i livet. Det var genomgående hos många av er. Peter Friberg tog upp 15–19-åringar och hur deras hälsotillstånd ser ut med depressioner, alkohol, ryggbesvär hos unga kvinnor och så vidare.

Sedan tog Mai-Lis Hellénus upp det viktiga förebyggande arbetet kring hälsa och att röra sig. Då kom jag osökt att tänka på att skolan är en arbetsmiljö för våra barn och unga. Det handlar inte bara om kunskapsbiten, utan man måste tänka på arbetsmiljön i övrigt om de ska kunna ta till sig kunskap.

Jag undrar om ni i de olika sammanhang där ni befinner er har funderat på om det behövs ett nytänkande när skolor planeras? Hur ser arbetsmiljön ut? Det är jättebra för oss att stå en minut. Ni vet hur det är med stillasittande och hur viktigt det är att röra sig. Det var en reflexion jag fick.

I det sista föredraget nämnde Sven Andréasson att alkoholkonsumtionen har gått ned bland unga. Jag har fått uppgiften att de unga som dricker dock dricker mer. Stämmer det?

När vi pratar om tobaks- och alkoholprevention är det som om vi pratar i stuprör. För barn och ungdomar är det ett sammanhang. Börjar man röka har man oftast gjort det på sin första fest, och så har man druckit. Ni vet hur det är. Det blir hela samlevnadssnittet.

En sak till jag skulle vilja reflektera över är personer med funktionsnedsättning. Det har visat sig att ohälsotalet är mycket högre hos personer med funktionsnedsättning, vare sig de är barn eller vuxna. Vill någon av er reflektera över det? Vi har inte nämnt dem specifikt, men vi har pratat om äldre kvinnor som dricker alltmer. Hur är det med ohälsan, många gånger den psykosociala ohälsan, bland personer med funktionsnedsättning?

Ordföranden: Jag låter Mai-Lis Hellénus svara på den första frågan om skolan och hur vi kan göra förändringar där. Sedan får Sven Andréasson svara på den andra frågan, och på den tredje får vem som helst svara.

Professor Mai-Lis Hellénus: Jag tackar för en jätteviktig och bra kommentar. Vi måste definitivt bygga in hälsosamt leverne, till exempel möjligheten att kunna sträcka på benen. Det räcker inte med kunskapen och medvetenheten, utan man skulle kunna få in detta på ett ganska enkelt sätt i skolorna.

Apropå skolan kommer jag att tänka på en skolläkare som jag träffade för några veckor sedan. Hon berättade att hon hade börjat med walk-and-talk-möten när hon skulle träffa ungdomar. Hon sade: Det är fantastiskt vilka möten jag har nu med mina elever när vi inte sitter på mitt mottagningsrum. När vi går lyfter tanken och samtalen om det som är det svåraste. Psykosociala problem kommer fram redan vid första mötet.

Vi måste absolut börja i skolan. Skolan ska inte bara lära oss matte, svenska och så vidare, utan vi måste tidigt tränas i ett hälsosamt beteende på ett roligt och spontant sätt. Ett exempel är att inte sitta mer än 20 eller 30 minuter, och där måste vi vuxna föregå med gott exempel. Man blir piggare, och forskningen visar också att inläringen går bättre.

Jag tackar för din viktiga kommentar, även om jag inte vet om du fick något bra svar.

Ordföranden: Vi låter Sven Andréasson svara på frågan om alkohol.

Professor Sven Andréasson: Det har diskuterats här om det har påbörjats eller om det finns en polarisering, det vill säga att bland unga vuxna har den stora gruppen dragit ned sin konsumtion. Det verkar rätt tydligt, och det är en överraskande utveckling.

Om man går tillbaka 15–20 år och tänker på vad vi då prognostiserade var det motsatsen. Vi ser en kraftig ökning eftersom tillgängligheten ökade kraftigt efter vårt EU-inträde.

Den trenden bröts dock 2004 då vi hade en peak i konsumtionen. Sedan har den minskat, och det har den gjort i hela befolkningen men mest tydligt bland unga vuxna, särskilt unga män. Det är signifikant, för det är unga män som står för mycket av eländet när det gäller framför allt våld och skador. Det är positivt.

Samtidigt har man noterat att antalet sjukhusinläggningar för alkoholförgiftning ökar i den gruppen. Det är lite förbryllande. Sista ordet är fortfarande inte sagt om detta möjligen beror på att vi är osäkra på tillförlitligheten i data och att många faktorer påverkar slutenvård och om man hamnar på sjukhus eller inte när man är riktigt full. Det kan vara olika agerande från poliser, sociala myndigheter, föräldrar och så vidare som påverkar det.

Jag tror dock att de flesta menar att det ligger något i polariseringstanken. Det är en mindre grupp som är mer utsatt, som har mindre stödjande sociala nätverk och som har mycket större tillgänglighet till alkohol. Det är nämligen mycket enklare för den gruppen att få tag på alkohol. Det åker runt massor av försäljare som de kan ringa på mobilen och få alkohol hemlevererat väldigt snabbt.

Det intressanta är att konsumtionen, trots den ökade tillgängligheten, har gått ned i den stora gruppen. Vi har dock ett viktigt problem i den mer utsatta gruppen. Hur vi ska nå dem med preventionsinsatser tycker jag är en huvudfråga.

Ordföranden: Jag lämnar ordet till Peter Friberg.

Professor Peter Friberg: Jag skulle vilja komma tillbaka till skolan innan vi lämnar det och till vad som händer i skolvärlden och hur vi påverkar våra barn och unga där.

Ett exempel är alkoholreklamen i medierna. Jag tycker mig ha sett att den har ökat under senare år. Ett uttryck för det är exempelvis dagspressen där det kan finnas helsidor med vackra vinflaskor och annat. Ungdomar kanske inte läser papperstidningar så mycket, men reklamen finns också i de sociala medierna.

Vetenskapen visar med all önskvärd tydlighet hur reklam påverkar oss alla och naturligtvis säkert också våra barn och unga. Jag tycker jag att vi har en uppgift att fundera över där. Vi vet forskningsmässigt att alkoholreklam påverkar drickandet. Man kan undra varför den finns.

En parallell är tobaken. Tobaksreklam är förbjuden. Jag funderar över att vi försöker ha goda levnadsvanor och verkligen påpeka alkoholens risker men att samhället ändå på något sätt förser oss alla med den typen av reklam.

Som jag visade ligger dessutom alkohol och droger väldigt högt upp på skadelistan för unga mellan 15 och 25 år. Det är en fråga där jag inte riktigt förstår motsättningarna. Varför kan vi inte förbjuda alkoholreklamen?

Ordföranden: Jag lämnar ordet till Margareta Kristenson.

Professor Margareta Kristenson: Jag ska börja med att instämma. Jag har inte riktigt förstått varför det är förbjudet att göra reklam för sprit men tillåtet att göra reklam för vin. Jag ser inte logiken.

För att gå tillbaka till den viktiga frågan om funktionshindrade är det en väldigt speciell grupp av socialt utsatta personer. Vi vet i dag att de allt oftare inte passar till någonting för att arbetsmarknaden blir tuffare och tuffare.

Funktionshinder innebär att man har svårare att få ett arbete. Att vara arbetslös och dessutom funktionshindrad innebär att man hamnar i en ond cirkel. De psykosociala faktorerna är avgörande. Att tala om för en arbetslös funktionshindrad person att det är olämpligt att röka når inte riktigt fram. Det är nämligen enda trösten i det läget.

Totalt sett, när det gäller sociala skillnader i hälsa, är levnadsvanorna väldigt viktiga. De förklarar ungefär 50 procent. Det är mycket, men det är också "bara" 50 procent. En stor del av de andra 50 procenten handlar om psykologiska och psykosociala faktorer. Social gemenskap eller utanförskap och psykologiska faktorer som hopp och framtidstro eller hopplöshet – de hänger ihop.

Ordföranden: Jag lämnar ordet till Ingemar Engström.

Professor Ingemar Engström: Jag är barnpsykiater och borde förstås nappa på detta med barn och unga. Alla säger att våra livsstilsvanor grundläggs tidigt. Så är absolut fallet.

Däremot är det inte självklart hur vi ska gripa oss an detta problem. Vi vet nämligen att barn gör som vi vuxna gör, inte som vi säger. Skolan kan förvisso göra sitt, men det viktigaste ligger egentligen i vilka förebilder man har i vuxenvärlden.

Det jag tror att skolan framför allt ska göra är att hjälpa ungdomar att iaktta ett normkritiskt beteende: att genomsåda reklamen och vuxenvärlden och att våga ifrågasätta sina föräldrars levnadsvanor. Jag tror att det kan göra väl så mycket nytta som någonting från myndigheternas sida.

När det gäller skolan i övrigt kan den göra mycket i sin vardag. Jag tror inte så mycket på preventionsprogram av olika slag. Få har visat någon beständig effekt. Men att införliva detta i skolans vardag som en självklarhet och att ungdomar får plats och tid att reflektera över sitt eget liv och sin egen framtid är väldigt viktigt att skapa utrymme för.

Ordföranden: Jag lämnar ordet till Gunnar Sandberg.

Gunnar Sandberg (S): Detta är mycket intressant, och jag vill ge ett stort tack till alla som har pratat.

Jag är gammal idrottare och brinner verkligen för dessa frågor. Jag säger: När man har en bra hälsa har man tusen önskningar, men om man är sjuk har man egentligen bara en önskan: att bli frisk igen. Jag tycker därför att dessa frågor borde ha lite större prioritet än de har.

Grunden till en bra hälsa läggs i ung ålder – barn och ungdomar. Vi pratar om mer idrott i skolan, men om ni själva fick bestämma innehållet i läroplanen, vad skulle ni vilja föra in där så att det tydligt framkommer vad som är bra för hälsan? Det är den ena frågan.

Den andra frågan gäller vad som är bra att äta. Jag ger mina barn havregrynsgröt varje morgon. De tjoar inte för det, och jag håller också masken. Men jag har ätit det väldigt länge, så gott som varje dag. Jag tycker att det är jättegott, och jag kommer att fortsätta att koka gröt tills de själva får laga någonting.

I kaffepausen hörde jag om näringslära för veterinärer, där innehållet till 75 procent handlar om att det är viktigt att djuren får en bra föda, men hur är det med läkarna? Har innehållet i deras utbildning ökat när det gäller näringslära eftersom det är viktigt?

Ordföranden: Mai-Lis Hellénus är väl den som bäst kan svara på frågan.

Professor Mai-Lis Hellénus: Jag ser att du tittar på mig, Gunnar Sandberg, och du trycker på en svag punkt eller trampar på en öm tå. Nej, det har inte

blivit bättre med läkarnas utbildning i näringslära. På vissa lärosäten har det till och med blivit sämre. Detta är dock något vi omedelbart måste göra något åt, bland annat efter att ha sett att Peter Fribergs och The Lancets sammanställning om hur otroligt mycket ohälsa som ohälsosamma matvanor leder till.

Vi satt och viskade till varandra här att i dag sprids information oerhört snabbt. Kostrådgivning har i mångt och mycket flyttat ut från universiteten och hälso- och sjukvården till bloggosfären och medierna. Vi har inte hunnit med.

Vet ni att det har kommit över 200 000 nya studier om mat och hälsa sedan år 2000? Kunskapen om vad som är bra mat är solid i dag, men trots det har förvirringen ökat. Det beror mycket på det som sagts här om att många läkare har för dåliga kunskaper i dag och inte riktigt står sig i debatten.

Man kan hämta information som ser väldigt vederhäftig ut på en blogg, men vi måste komma ihåg att det inte finns någon kvalitetssäkring där ute. Jag är därför den första att skriva under på att vi måste ha in mer näringslära i läkarutbildningen och i all hälso- och sjukvårdsutbildning. Jag tycker att vi behöver ungefär lika mycket som veterinärerna. Jag tackar för inlägget.

Ordföranden: Vill Ingemar Engström också ändra läroplanen?

Professor Ingemar Engström: Ja, det skulle jag vilja. Jag leder nämligen ett forskningsprojekt som heter Den värdefulla skolan och som handlar om preventionsprogram i skolan. Grundfrågan är: Vem vill uppnå vad och varför?

Vi har gjort en läroplansgenomgång just med avseende på vad skolan egentligen har för uppdrag. Vi har gått igenom läroplaner från 1962 fram till dags dato. Det har verkligen skett en stor förändring i det.

I den senaste läroplanen Lgr 11 säger man att skolan har två uppdrag: kunskapsuppdraget och demokratiuppdraget. Om man går längre tillbaka i tiden finns det formuleringar av helt annat slag. Det finns en annan helhetssyn på barnet som utvecklingsvarelse, om jag får uttrycka det så, och ett helhetsansvar för barnet i vilket hälsa ingår. Det står väldigt tydligt i Lgr 62 och Lgr 67 att alla i skolan har ett ansvar för barnens hälsa. Skolhälsovården har ett särskilt ansvar.

Nu har elevhälsan tillkommit som begrepp. Man har sammanfört de psykosociala resurserna i skolan i en samlad enhet. Det är bra, men nu är det bara de som ska jobba med hälsa i skolan, enligt läroplanen. Det kan inte ha varit rätt tänkt. Hur blev det så?

Ordföranden: Jag lämnar ordet till Margareta Kristenson.

Professor Margareta Kristenson: Jag tänkte haka på detta med skolan. Det finns ett urgammalt begrepp som WHO tog fram och som handlar om arena-perspektivet, det vill säga att vi har en läroplan i ett sammanhang.

Det man vet fungerar bäst bland annat för att minska sociala skillnader är att alla får samma förutsättningar. Ett väldigt konkret sätt, om man inte ska slåss om läroplaner, är att skapa en skola där det finns skolplaner och en plats att gå ut, lekplatser där man verkligen kan vara utomhus och leka, klättra och spela boll och matsalar där man kan äta i lugn och ro kl. 12, inte kl. 11, och där det inte är så stökigt att man inte hör vad de andra säger. Livsmiljön i skolan ska alltså vara hälsofrämjande så att man spontant är ute och rör på sig och springer av sig och kan äta i lugn och ro.

Vi vet att detta arenaperspektiv fungerar väl för alla. Det är något man kan lägga in i kravspecifikationerna när man skapar olika skolor. Man kan vara väldigt tydlig med att det ska finnas en skolgård, gräsplaner och olika sätt som stimulerar till rörelseglädje och att det ska finnas en matsal där man kan äta i lugn och ro.

Ordföranden: Jag lämnar ordet till Peter Friberg.

Professor Peter Friberg: När det gäller att ändra läroplanen tror jag att jag ska vara lite försiktig och ödmjuk i sammanhanget. Det är ett tag sedan jag gick i skolan.

Jag tycker att samtalet med barnen är en viktig ingrediens. Man kanske kan öka tiden för resonering och prat om en massa olika saker. När det gäller kontakter med vuxenvärlden i skolan måste det finnas tid och utrymme för samtal. Det låter kanske lite flummigt.

En annan aspekt är att skolledare, rektorer och andra är hårt pressade. Det finns naturligtvis också kärnämnen. Som vi har hört är det viktigt med matte, läsning och sådant. Det är nog riktigt, men vad är det som gör att hälsa och det som hälsa kan innebära inte är ett kärnämne på skolschemat? Jag trodde att det var viktigt att man skulle leva frisk så länge som möjligt.

Man kan räkna det friska livet, och lever man längre kan man räkna längre och läsa mer. Det är riktigt, men jag tror att man ska se med lite bredare perspektiv på vad som presenteras i skolan. Andra professioner kanske kan bereda hjälp till skolledare när dessa sätter scheman och diskuterar vad de ska innehålla. Jag tror att lite mer involvering av andra samhällssektorer vad gäller planering av skolan och även samtalet är viktigt.

Ordföranden: Jag lämnar ordet till Eva Tideman.

Docent Eva Tideman: Barnhälsovård, förskola och skola är de samhälleliga instanser som har störst möjlighet att göra skillnader i människors liv och som kan bli de turning points som ska till om det inte räcker riktigt hemifrån.

Jag tror också att de allra flesta föräldrar i varje tidsepok gör sitt bästa utifrån de normer och regler som finns just då, men det ser olika ut i olika tids-

epoker när det gäller vad vi tror är bäst för barnen. Det ser inte likadant ut nu som på 40- och 50-talen och framåt, men man gör det man tror är bäst.

Vi tittade på en bild där vi såg både autonomi och solidaritet, och vi ser en viss glidning från solidaritet till autonomi. Vi ser också att det är fler barn i grupperna i förskolan. Det gör att föräldrar uppfostrar barn till att ta för sig lite grann. Var och en mår om sitt eget barn, och man måste se till att få sina behov tillgodosedda. Det leder i sin tur till att våra stora frågeställningar inom barnpsykiatri i dag är adhd och/eller autistiska drag.

Vi har inget skäl att tro att autism har ökat, men när det gäller dragen – alltså bristande förmåga att inta andra människors perspektiv och att se andra människors behov – kan det finnas någonting att jobba med. Detta i kombination med att man i dag kommunicerar mycket via sociala medier, även om det också sker öga mot öga, gör att man inte ser hur andra tar emot budskap. Man får ingen varningssignal eller känsla för hur andra upplever saker och ting. Då går man mycket längre både i aggressivitet, hot och allt vi läser om.

Apropå vad skolan ska ta in tror jag att det handlar om allt detta med mat och hälsa och givetvis ordförråd och läsning men också om att se varandra som människor och lära oss att läsa av varandra, som människan egentligen kan. Men om vi går in i en skolsal i dag eller tittar på rasten är var och en i gång med sin egen mobil, och det är mindre ansikte mot ansikte. Någonting av det tror jag att vi måste ta in också i skolan. Skolan når nämligen alla, och det är där vi har chans att göra något.

Ordföranden: Jag lämnar ordet till Saila Quicklund.

Saila Quicklund (M): Jag instämmer med de andra i att detta har varit otroligt värdefullt. Vilken kompetens det sitter i detta rum. Tack så mycket!

Jag har en fråga till Margareta Kristenson. Det gäller detta med att hjärtinfarkter har minskat bland män men inte bland kvinnor. Jag vill gärna att du utvecklar orsaken till det.

Jag har också en fråga till Mai-Lis Hellénus. Jag sympatiserar med att eleverna borde röra på sig i skolan efter 20 minuter. En gång i tiden var jag skolsjukgymnast – en av två som fanns i Sverige. Vi jobbade mycket förebyggande på den sidan. Jag hade tyvärr långa väntelistor med 7- och 8-åringar som hade nackbesvär på grund av för mycket sittande framför datorn och så vidare.

Med den kunskap du har från forskning och så vidare, vilka naturliga forum finns det för dig att få fram ditt budskap till praktisk handling? Lyssnar vi politiker tillräckligt bra? Detta känns intressant för mig att få höra. Det var två frågor.

Ordföranden: Jag lämnar ordet till Margareta Kristenson.

Professor Margareta Kristenson: Det är en komplex fråga. Det finns tre saker i första hand. Det första är att män ligger mycket högre från början, så de faller från en mycket högre nivå. Hjärtinfarkt är fortfarande mycket vanligare hos män än hos kvinnor.

Det andra är att vi vet att det är två orsaker till att det går ned. Det ena är vår exponering, hur sårbara vi är, och det andra är hur sjukvården fungerar. Det finns en pågående forskning när det gäller om män och kvinnor ska ha exakt samma behandling när de kommer in eller inte. Där ökar kunskaperna successivt, och det har nästan svängt. Först sade man att kvinnor minsann måste ha lika bra behandling som män, men då visade det sig att de fick fler komplikationer. Nu handlar kunskapen om att se på vilka sätt kvinnor och män skiljer sig åt, så att kvinnor och män verkligen får rätt behandling.

Det tredje handlar om det vi inte har pratat så mycket om i dag, nämligen stress och psykosociala faktorer. Vi vet att stress ökar risken för hjärtinfarkt. Där skiljer sig könen ganska mycket, så vi har lite olika profiler när det gäller stress. Det var de tre olika delarna.

Ordföranden: Jag lämnar ordet till Mai-Lis Hellénus.

Professor Mai-Lis Hellénus: Jag kan anknyta till det Margareta Kristenson visade i sina grafer. Till en början minskade det hos kvinnor också, men det var i en mycket långsammare takt. Hon visade också att för första gången på 25 år ser man nu hos vissa grupper – unga kvinnor med kort utbildning – en ökning av dödligheten i hjärtinfarkt och stroke. Det måste vi göra något åt, och det är bråttom.

Du tog mig på orden, Saila Quicklund. Det är alldeles för få tillfällen där politiker och beslutsfattare på både lokal och nationell nivå möts. Därför är vi väldigt glada över att vara här i dag.

Tillvaron blir mer och mer komplicerad. En forskare blir tvungen att ägna mycket tid åt att vara forskare, och en läkare måste ägna all sin tid åt att försöka vara en bra läkare. Tyvärr är det alldeles för lite samarbete, och det måste vi göra någonting åt i framtiden. Man måste träffas oftare och diskutera kring dessa frågor. Det var bra att du tog upp det, Saila Quicklund.

Henrik Ripa (M): Vi vet att det i dag dör 18 svenskar varje dag till följd av rökning. Det här handlar mycket om frihet, det vill säga friheten att slippa ofrivillig rök. Därför känns det positivt med konceptet Tobacco Endgame och Rökfritt Sverige 2025. Jag är övertygad om att vi kommer att få se alla de åtta riksdagspartierna ställa sig fullt och fast bakom detta. Det är i alla fall en förhoppning som jag har.

Men nu till själva frågan: Hur ser forskningsstödet ut för de nya förslagen som finns i tobaksdirektivet när det gäller exponeringsförbud, neutrala paket, tillsatta smakämnen och höjt pris, framför allt riktat mot ungdomar? Ser vi att det finns bra belägg för att det här fungerar?

Ordföranden: Hans Gilljam är väl den bästa att svara på den frågan.

Professor Hans Gilljam: För det allra mesta finns det god dokumentation och evidens för att det fungerar. I synnerhet prissättningen på cigaretter är hur väldokumenterad som helst. Oavsett vilket land man rör sig i spelar pris och prisförändringar stor roll, i synnerhet för ungdomar.

Vissa av åtgärderna är relativt sent tillkomna, till exempel dold försäljning och neutrala paket där man inte omedelbart kan se vilka som säljer paketet. I de fallen finns viss dokumentation, men i takt med att sådana åtgärder genomförs kommer vi att se mer. Då kan vi återkomma om evidensen.

Anders Andersson (KD): Jag vill hålla med övriga om att det här seminariet verkligen är ett kunskapsseminarium där vi har fått en rad kunskaper.

Inledningsvis vill jag instämma i det Sven Andréasson lyfte fram, både när det gäller alkoholens stora betydelse för den bristande hälsa, ohälsa och sjukdomssituation som finns – det blundas ibland för men kan ses som ett faktum – och när det gäller de utmaningar vi har. Även Peter Friberg belyste dem. Vi kanske borde våga ha en lagstiftning liknande den för tobak också på alkoholområdet.

Jag har tre frågor. Den första skulle jag vilja rikta till Ingemar Engström.

Du gjorde en genomgång och visade, om jag noterade rätt, att 25 procent av patienterna inte vill prata levnadsvanor. De läkare som behandlade dem hade egentligen samma uppfattning.

Du hade en intressant föredragning, men du avslutade med att säga att ekonomistyrning var något du varnade för eftersom du hade folkhälsoetik som inledningsord till ditt föredrag. Jag kan hålla med dig om och förstå att ekonomistyrning, som en del landstingspolitiker har försökt ägna sig åt i de här avseendena, inte är något att rekommendera. Men vad gör vi för att kunna nå de här 25 procenten, och hur når vi en utvecklingskraft med andra styrinstrument än ekonomistyrning? Vilka är de andra styrinstrumenten som behövs för att vi inte ska stå kvar på samma ruta i fortsättningen utan faktiskt ta steg framåt?

I det här fallet tror jag att rådgivarna i form av läkare och övrig sjukvårdspersonal är oerhört avgörande, vilket också Sven Andréasson redovisade, för att människor som har riskproblem i olika delar – det kan vara alkohol men också kost och annat – verkligen ska ta till sig det. Då har sjukvårdens personalgrupper stor legitimitet. Min fråga är: Vilka är de drivkrafterna?

Nummer två av mina frågor går till Margareta Kristenson. Du visade många intressanta bilder; en var den kända "lökbilden". Du antydde att nästa steg som vi borde titta på är detta med psykologi – tillit, hopp och framtidstro. Det fanns en del i bilden som handlade om kontakten mellan barn och vuxna. Ibland är det föräldrars och barns tid med varandra, tillit, att man litar på någon och känner att den finns där och icke krävande, osjälvisk kärlek. Det

kan verka lite svårt att ta på, men samtidigt är det många som säger att det är det som har varit drivfjädern och gett dem möjlighet att gå vidare.

Har vi underskattat det svårsmätbara i form av den osjälviska kärleken mellan barn och vuxna, framför allt mellan barn och föräldrar? Är det en del av orsaken till att vi inte har en framtidsfaktor? Skulle det vara en framgångsfaktor att lyfta in det? Det är det jag funderar lite grann på.

Den tredje frågan, herr ordförande, går till Mai-Lis Hellénus, som gav oss en ny uppdatering.

Jag har hört talas om den finska diabetesstudien; den är spännande och ger fantastiska siffror. Jag tycker att vi behöver ta till oss den.

När vi för två tre veckor sedan hade Internationella diabetesdagen var jag själv engagerad, och jag gjorde väl en del misstag. Ibland blandar vi ihop diabetes typ 1 och diabetes typ 2. Hur klarar vi ut detta? Vad behövs för att vi inte ska göra det? För föräldrar med barn som är fem år, tre år, åtta år och vad de nu är med diabetes typ 1 är de här rekommendationerna inte tillämpbara. Ibland känner de sig utsatta i den allmänna debatten.

Jag tycker att den finska studien är jätte viktig – den lär oss en del, och den är mycket användbar för att förebygga diabetes typ 2, som är den största gruppen, hos befolkningen i stort. Men hur gör vi detta på ett sådant sätt att vi inte pekar ut barn och föräldrar som har diabetes typ 1?

Professor Ingemar Engström: Tack för frågan, Anders! Den är högst relevant. Jag tänker så här: Det finns många drivkrafter som skulle kunna vara av mer positivt slag. Man kan använda morötter snarare än piska. Det här att få avdrag på sin budget om man inte har pratat med någon är inget bra incitament, och det finns faktiskt belägg för att det inte heller fungerar.

På en övergripande nivå är er uppgift att sätta de här frågorna på agendan inför medborgarna och göra det tydligt att vården har ett uppdrag. Självkritik måste idkas inom vården. Vi har inte varit särskilt angelägna om det här området. Många tycker till och med att det inte är deras jobb utan att deras jobb är reparativ vård, inte förebyggande.

Där har vi alltså någonting att göra själva. Men det förutsätter respekt för professionalismen – att det är vi inom vården som bäst kan avgöra i vilken situation man ska göra vad. Vi tycker att det är viktigt att vi har respekt för våra respektive roller.

Men inte bara läkarkåren utan alla professionsutbildningar har för lite av prevention i sin utbildning. Det kommer som en liten knorr på slutet. När man har pratat om hjärtinfarkt i 45 av lektionens 50 minuter tar man upp det här med förebyggande, i stället för att börja i andra änden. Det finns väldigt mycket att göra på det området.

Lite stimulansmedel nu och då är inte så dumt. Jag tror att det som Läkarsällskapet har fått förtroendet att tillvarata nu, att göra mer specialitetsspecifik metodutveckling, är ett sådant. Jag tror att det är de vägarna man ska gå. Någon sorts ekonomistyrning av oss tror jag är fel väg att gå.

Ordföranden: Frågan om kärlek går till Margareta Kristenson.

Professor Margareta Kristenson: Tack för frågan! Du sätter fingret på det som är kärnan i min forskning, för den handlar mycket om att försöka förstå varför vi har sociala skillnader i hälsa. Jag har sagt att det handlar om kärlek. Då tittar folk på mig och säger: Det kan du inte säga, för det är inte vetenskapligt. Men det vi mäter är tillit till sin egen förmåga; det är hopp och framtidstro.

Eva beskrev så elegant barnets utveckling. När man som stressforskare går in och ser vad som händer med barn som har olika villkor är man extremt tacksam för att man lever i Sverige där vi har de möjligheter vi har. Det är nämligen så att de onda eller goda spiralerna när det gäller stresstålighet grundas redan hos spädbarnet.

Då säger vi att vi ska satsa på barnen, men vi måste också satsa på deras föräldrar. Jag tror att grundproblemet i dag är att föräldrarna är så utmattade att de inte orkar ta hand om sina barn. Vi måste se hur vi kan skapa en tillvaro där man som yrkesarbetande, också som ensamstående undersköterska, har tid och kraft att läsa sagor för sina barn och se dem. Jag tror att det är essentiellt, så tack för din fråga. Den är jättecentral.

Ordföranden: Frågan om diabetes typ 1 och 2 går till Mai-Lis Hellénus.

Professor Mai-Lis Hellénus: Tack för din viktiga fråga! Det är ett viktigt påpekande att vi måste bli mycket tydligare med om vi pratar om diabetes typ 1 eller typ 2. Typ 2 är den som vi förr kallade åldersdiabetes och som beror på att kroppen, framför allt muskler, fettväv och lever, inte längre är så känslig för insulin. Diabetes typ 1 beror på att bukspottkörteln helt plötsligt slutar producera insulin, som är ett helt livsnödvändigt hormon. Då behöver man omedelbar insulintillförsel i form av sprutor.

Det är två olika typer av sjukdomar, så du har helt rätt i att vi måste bli tydligare med vilken variant vi pratar om. Men ibland kan de faktiskt förekomma tillsammans, och det har blivit svårare eftersom typ 2 – det är ett av skälen till att vi inte längre säger åldersdiabetes – har krupit ned i åldrarna. Ibland ser man det redan hos ungdomar i Sverige i dag. Det är inte så vanligt ännu, tack och lov, men det förekommer.

Professor Peter Friberg: Jag skulle vilja komma tillbaka till Anders Anderssons fråga om det här med ekonomi och hälso- och sjukvård.

Utan att hamna för djupt i någon form av new public management-diskussion tror jag att det ni har varit inne på, att bocka av och pricka av och få ersättning, inte riktigt är någon framgångsrik väg.

Jag tror att det kan bli mycket mer värdefullt att ta ansvar även för det som kommer efteråt. Om vi pratar alkohol eller tobak eller avvänjning innebär det kanske att ses om en vecka eller om en månad och igen om ett halvår för uppföljning och att kanske då ge någon typ av ekonomisk ersättning för det värde man skapar i hälso- och sjukvården. Jag tror att vi måste följa upp det vi gör mycket mer och se till att det resulterar i någonting, inte bara sätta en pinne och bocka av.

Docent Eva Tideman: Jag skulle vilja återvända till det här med alkoholrelaterade sjukdomar. Barns villkor sätts ju utifrån hur föräldrar har det och lever och vilka svårigheter de har. Det finns en till aspekt på alkoholrelaterade sjukdomar, och den gäller barn som växer upp med en förälder som är beroende. Vi vet att det predisponerar för psykisk ohälsa. En alkoholberoende förälder bidrar nämligen inte mycket till att göra tillvaron begriplig, hanterbar och meningsfull, det som är det allra viktigaste för människor. Vi vet att det har ett starkt samband med psykisk ohälsa, så det är ytterligare en anledning att verkligen satsa på det.

Metin Ataseven (M): Tack för bra föredragningar! Återkommande är att skillnad i utbildningsnivå är en orsak till ojämlikheten i hälsa. Ju mer man utbildar sig, desto bättre hälsa har man. Högre utbildning leder till bättre jobb och ofta högre inkomster. Att människor är mer pålästa om riskerna med rökning, dåliga matvanor, alkoholkonsumtion och så vidare och om vikten av att motionera gör att de får bättre hälsa.

Jag kan tänka mig att socioekonomiskt utsatta områden drabbas ännu hårdare av den ökande ojämlikheten i hälsa. Hur når vi de människorna på ett bra sätt? Hur kan vi bryta trenden?

Ordföranden: Margareta Kristenson och Peter Friberg vill svara på det.

Professor Margareta Kristenson: Jag måste vara jättetjattig och säga att alla bilder som jag visade är den statistik som vi brukar se eftersom utbildning nästan alltid är markör i Socialstyrelsens och andras sammanställningar. Det betyder inte att utbildning är den avgörande faktorn.

Om du i stället tittar på vilket yrke man har, vilken inkomst man har och om man har ett jobb eller inte ser du samma skillnader. Och det är inte samma personer – hög utbildning innebär inte alltid hög inkomst eller ett bra arbete. Det som ligger bakom det här är att ha makten över sitt liv.

Frågan är hur vi når fram till människor som inte till exempel kommer till sjukvården etcetera, och då handlar det faktiskt om att arbeta mer uppsökande.

Västerbottensprojektet, som har funnits i ett antal år och som många i andra delar av landet sade inte kunde fungera, har verkligen visat att man når

fram. Man förbättrar hela befolkningens hälsa samtidigt som man minskar skillnader i hälsa. Det innebär att man uppsöker människor, inte bara för att screena utan för att i dialog diskutera vad man kan göra. Samtidigt påverkar man möjligheterna i samhället – att cykelvägar, vettig mat och allt det andra finns. Jag tror att det är nästa steg vi behöver ta – vi behöver öppna sjukvårdens väggar och gå ut och starta det förebyggande arbetet i samhället så som till exempel i Västerbotten.

Professor Peter Friberg: Jag är lite grann inne på samma tema som Margareta. Det är en jättebra fråga – en av de viktigaste frågorna här i dag, tycker jag.

Ett exempel är Angereds närsjukhus i Västra Götaland, där kvinnor skulle ta cellprov för screening av cervixcancer. Det var många utländska kvinnor som inte var så duktiga på svenska språket eller inte förstod systemen. De hade ingen aning om det här förrän de söktes upp av doulor, personer som kom från deras egna länder och kunde förklara det här. Det var till och med så att de sade: Men jag är inte sjuk. – Nej, men i Sverige har vi ett system där vi screenar för den här sjukdomen så att du ska undvika att bli sjuk.

Där har vi återigen det här med uppsökande verksamhet. Det har vi varit alldeles för dåliga på, så där får vi göra mycket mer. Exakt hur kan man göra det? Det finns säkert många olika sätt, men exemplet med doulor är en variant som man säkert kan använda på många andra sjukdomsområden eller i preventiva syften.

Dessutom är det så att forskning om personer som har invandrat är ganska dålig eftersom de flesta av de intyg man ska skriva på för att delta i forskningsstudier är på svenska. Lagen säger att man ska ha förstått, muntligt och skriftligt, vad man ska utsättas för. I alla fall vad jag har stött på är det många forskare som inte översätter till en rad språk för att få med sig de personerna, vilket gör att exempelvis nordöstra Göteborg, där uppåt 30 procent är invandrare, aldrig kommer med i forskningsstudier. Vi vet så lite, så där får vi göra mycket mer insatser.

Professor Mai-Lis Hellénus: Margareta har redan sagt det – i Västerbotten visade man att det gick lika bra oavsett socioekonomisk bakgrund.

En personlig reflexion: Om det blir ett bra möte mellan läkaren och patienten – jag säger fortfarande patienten; jag är gammal – är det här med yrke och utbildning faktiskt ganska oväsentligt, för hälsan är så central. Det blir ganska avklätt i det stängda rummet. Då spelar det inte så stor roll om det är en advokat med fin kavaj eller om det är en kille i blåställ.

Jag tror att det handlar mycket om att den hälsofrämjande hälso- och sjukvården måste vara tillgänglig för alla. Då måste vi faktiskt ägna oss åt uppsökande verksamhet.

Jag är en stor vän av det man gör i Västerbotten. Det är alltså det enda lanstinget i Sverige som systematiskt i 25 år har erbjudit vård till varenda 30-åring – nej, 30-åringarna har de släppt, för då är man fortfarande odödlig; de

kommer inte – 40-åring, 50-åring och 60-åring. Nu tar man kanske 70-åringarna också, och en man i Västerbotten lever i genomsnitt sju år längre i dag.

Professor Ingemar Engström: Jag vill haka på det här med anknytning till frågan om man har rätt att leva ohälsosamt. Det är klart att man har rätt att tacka nej till mammografi till exempel, men man ska göra det på basen av kunskap om vad det innebär. Från vårdens sida ska man också, om det är stora grupper som tackar nej, fundera på vad det beror på. Då tycker jag att man ska göra en mer gruppsspecifik intervention, som i exemplet Peter gav. Vi måste gå från lågriskstrategier till högriskstrategier. Speciella grupper som har speciella behov måste kanske ha speciella metoder.

Är det av fri vilja man avstår? När Lennart tog sin muffins var frågan: Gjorde han det av fri vilja, för att alla andra gjorde det eller för att han brukar göra det?

Är livsstilsval alltid baserade på en entydig fri vilja? Vad kan ett missbruk göra med den fria vilja som man en gång hade men som kanske har gått förlorad på grund av alkoholens skadeverkningar?

Jag tror, Anders, att det lilla samhället, den lilla världen, har en parallellitet i den stora världen. Kan vi bygga ett samhälle och fortsätta med ett välfärds-samhälle som bygger på att vi hör ihop, att vi bryr oss om varandra, att det finns en ömsesidig tillit, då tror jag att vi har en god framtid när det gäller folkhälsan. Men om individualismen får härja fritt, om barnen bara ska syssla med enskilda arbeten i skolan och om mobilen blir vår bästa vän, då är jag mer bekymrad för folkhälsans utveckling.

Agneta Luttröpp (MP): Jag vill ställa en fråga om alkohol. Det finns ju en del personer som så att säga självmedicinerar med alkohol utifrån någon form av diagnos. De använder alkohol som medicin. Min fundering är: Vad gör man? Vad görs? Det här är ju både en medicinsk och en social fråga, så i vilken mån har ni någon erfarenhet av hur landsting och kommun samverkar i de här frågorna?

Ordföranden: Sven Andréasson får svara på det.

Professor Sven Andréasson: Vi talar om samsjuklighet, alltså att man har två tillstånd samtidigt. Det är rätt väl kartlagt. I de flesta fall handlar det om att orsaken går från drickandet till den psykiska sjukdomen, det vill säga att det är alkoholgenererad ångest, depression eller annan psykisk ohälsa. Men i ungefär 20 procent av fallen är det tvärtom – det finns en underliggande psykiatrisk åkomma som man ibland väljer att dricka alkohol för att lindra.

Det är viktigt att klarlägga detta när människor söker hjälp. I merparten av fallen mår de bättre psykiskt när de slutar dricka alkohol eftersom det är alko-

holorsakade tillstånd. Men det finns en mindre grupp som inte förbättras när de blir nyktra, och de behöver naturligtvis psykiatrisk behandling.

Detta har varit ett sorgebarn i vårdsystemet; den här gruppen har i stor utsträckning fallit mellan stolarna. Ett av de viktiga förslagen, tyckte jag, i Missbruksutredningen var att man hade en tanke om just det – att tydligare hitta vägar för att fånga upp den psykiatriska samsjukligheten.

Nu hoppas jag att det går att komma fram där ändå med de nya överenskommelser som ska göras mellan kommun och landsting i och med den nya lagen som kom vid halvårsskiftet. Men det är fortfarande en öppen fråga hur det kommer att avlöpa.

Lena Hallengren (S): Jag har egentligen två frågor. Ibland kan det bekymra mig lite att fokus för debatten hela tiden ligger på individens rätt att själv styra och välja. Tänk om det missleder oss så att vi inte fattar politiska beslut som påverkar det gemensamma i tron att det ena utesluter det andra. Jag vill fråga den som känner sig manad: Vilka politiska beslut borde vi fatta som går i rätt riktning, om ni får säga något eller några av de allra viktigaste?

Jag tror att det var Ingemar Engström som sade att tiden väl är ute för fem skivor bröd om dagen som rekommendation från Folkhälsoinstitutet. Det är inte så att Folkhälsoinstitutet i sin nya skepnad borde ge några rekommendationer? Vi fick en hel del till oss här. Frågan är om det bara är Aftonbladets löpsedlar som ska vägleda oss i vårt hälsoagerande eller om det faktiskt är så att vi inte ska äta fem skivor om dagen utan att vi ska äta någonting annat.

Ordföranden: Vi låter även Meeri Wasberg ställa sin fråga, som blir den sista.

Meeri Wasberg (S): Det finns ju många olika faktorer som påverkar vår hälsa. Jag funderar lite grann på det här med stress och dess både direkta och indirekta konsekvenser. Kan man se några skillnader när det gäller storstad kontra landsbygd när det gäller stressfrågan?

Kopplat till det har jag också en fråga om vad som skulle kunna underlätta ett hälsosamt arbetsliv. Det finns många arbetsplatser där man i dag springer fortare och fortare, människor är mer och mer pressade och det tenderar att ske fler och fler olyckor. Lite om stressfrågan skulle jag alltså vilja höra.

Ordföranden: Peter Friberg svarar på de här frågorna.

Professor Peter Friberg: Det finns säkert benäget bistånd också.

Jag tänker på det första du frågade, Lena, om det här med politiska beslut. Ett väldigt enkelt beslut – till synes enkelt, menar jag – är det här med alkohol. Varför inte förbjuda reklam helt och hållet, ungefär som man har gjort i Norge?

Det har skett väldigt mycket under senare år vad det gäller tillgång till medier och många tv-kanaler. SVT får inte sända någon reklam, men det finns ju många andra kanaler i dag. De tidigare besluten fattades på den tiden när vi inte hade så många kanaler att välja på. Nu listar sig reklamen in lite överallt, som jag indikerade förut. Det låter enkelt att säga det, men principiellt skulle det kunna vara ett enkelt beslut, ungefär som för tobak.

Professor Margareta Kristenson: Det var många viktiga, stora frågor.

För att kort svara på den första tänker jag på begreppet health literacy som vi börjar prata alltmer om i sjukvården i dag. Det handlar om att verkligen kommunicera så att vi förstår vad patienten förstår. Jag tror att vi har en naiv uppfattning om att alla svenskar vet precis allting om vad som är nyttigt. Så enkelt är det inte eftersom det finns en oerhört förvirrad allmän diskussion. Jag tror att vi måste våga vara tydligare i fråga om vad vi vet och inte vet.

Den andra frågan var vad politiken kan göra när det gäller stress. Jag tänker på hälsokonsekvensbedömning av politiska beslut som en generell tanke. Man ska framför allt vara medveten om att vi i dag har en arbetsmiljö där människor i många sammanhang inte upplever att de har balans mellan krav och kontroll utan känner frustration.

Även om man säger att näringslivet inte går att göra mycket åt eftersom det kanske inte gör som vi säger har staten, kommunerna och landstingen alldeles egna arenor. Om de arbetsmiljöerna blir föregångare kan näringslivet komma efter och lära sig av dem eftersom arbetslivet är oerhört viktigt.

Vi har en diskussion om stigande pensionsålder, och det är också en socio-ekonomisk fråga. För vissa är det tveksamt om de orkar jobba tills de är 65, medan många av mina kolleger tänker jobba tills de är 75 eftersom arbetet är så inspirerande. Då handlar det om att orka med.

Ordföranden: Jag ger ordet till socialutskottets vice ordförande Lena Hallengren.

Lena Hallengren (S): I dessa PISA-dagar och som ledamot i socialutskottet ska man kanske inte prata så mycket utbildningspolitik, men jag skulle ändå vilja ta tag i det som ni pratar om när det gäller skolans uppdrag.

Det är klart att man i dessa dagar inte kan säga att man har något viktigt uppdrag när det gäller just kunskapsuppdraget, men man kan fundera på om ett bredare uppdrag också ökar förmågan att nå kunskapsmålen. Det vore kanske inte så fel om vi kunde ta tillfället i akt att skapa lite av den debatten.

Någonstans kommer jag inte att kunna låta bli att bära med mig ganska mycket av Mai-Lis rekommendationer om att inte röka, äta nötter, byta ut smör mot olja och ta en bensträckare en gång i halvtimmen – åtminstone de närmaste dagarna; sedan har det kanske passerat.

Men det jag tänker på som den stora utmaningen är förmågan att se ojämlikheten i hälsa som någonting som är otroligt avgörande. Det får inte stanna

vid enstaka seminarier eller någon interpellation någon gång här och var. Man måste känna att det är lite av en mission om man sitter i socialutskottet, och jag tror att vi är ganska överens om att det är en viktig mission.

Ingen av oss överraskas ju egentligen av det vi är här för att ta del av, utan det är många gånger ganska väntat. Individens makt, att själv få bestämma och var gränserna går är föremål för filosofiska och kanske ibland också ideologiska diskussioner. Men vi har mycket stöd i forskning, och det gäller att ta vara på den.

När det handlar om rökförbud och Rökfritt Sverige: Hans Gilljam har inte fått så många frågor här, men jag tror ändå att det är en av de frågor som ligger rätt nära till hands. Jag hoppas verkligen att vi i väldigt bred samverkan ska kunna nå ända fram. Det var rätt länge sedan vi tog några stora kliv i den här frågan, och det vore verkligen på tiden.

Alkoholreklamen är inte heller, kan man tycka, en fråga som borde vara så himla svår att enas om. Vi får väl se vad vi hinner med fram till valet.

Jag skulle vilja tacka er alla så hemskt mycket för att ni har gjort den här eftermiddagen intressant för oss. Vi har suttit ned i många timmar, men jag tror att vi alla tyckte att det var värt det. Det var i högsta grad intressant.

Jag har fått en fuskklapp där det står att jag ska säga att stenograferna har noterat det som sagts och att en rapport kommer inom två månader så att ni som möjligen missade att anteckna vet att det kommer någonting. Jag gissar att alla som har föreläst gärna vill att vi återkommer om det är någonting som vi har fler frågor om och om vi behöver underlag för att jobba vidare. Jag kan nog tala för hela utskottet och säga att vi också är tillgängliga om ni vill prata vidare med någon av oss eller delge oss någon information.

Tack så hemskt mycket för en intressant och viktig eftermiddag som jag hoppas ska ge många ringar på vattnet!

BILAGA 1

Bilder från seminariet

Peter Friberg, Svenska Läkaresällskapet

Bilder och statistik från webbplatsen:

<http://www.healthmetricsandevaluation.org/>

Margareta Kristenson, Linköpings universitet

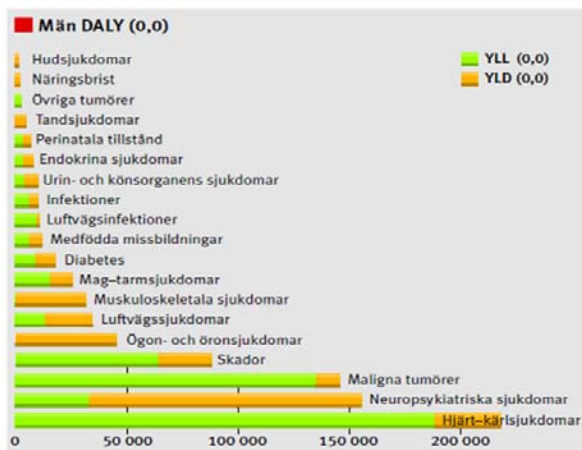
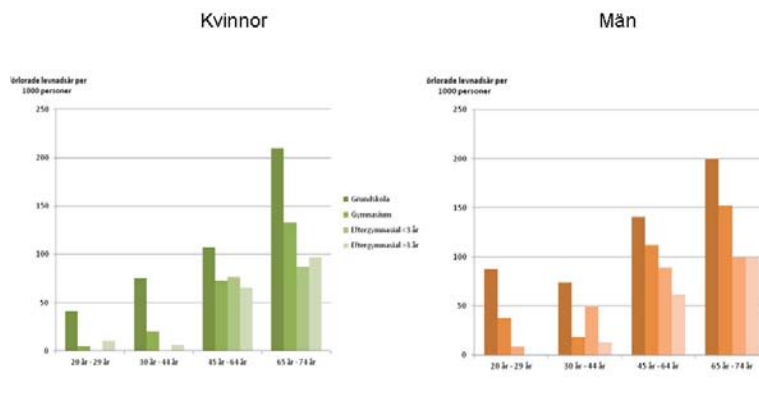
Icke smittsamma sjukdomar bidrar till en ökande ojämlikhet i hälsa

*Margareta Kristenson,
Professor/ Överläkare, i Socialmedicin
Linköpings Universitet/Landstinget Östergötland*

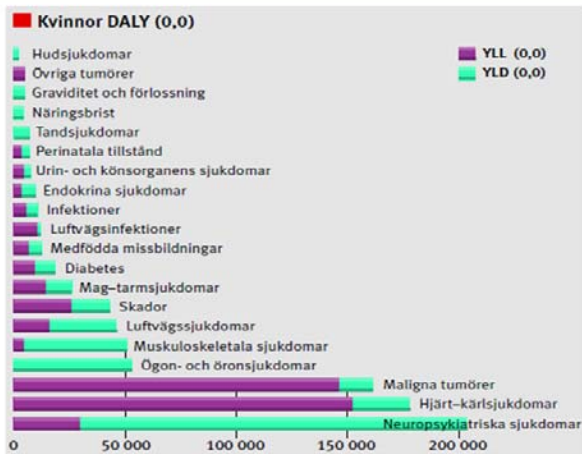
Förväntad återstående *medellivslängd* vid 30 års ålder fördelat efter högsta fullföljd utbildning (hel linje grundskola) 1991-2011



Förlorade levnadsår efter ålder och utbildningsnivå, Östergötland 2010

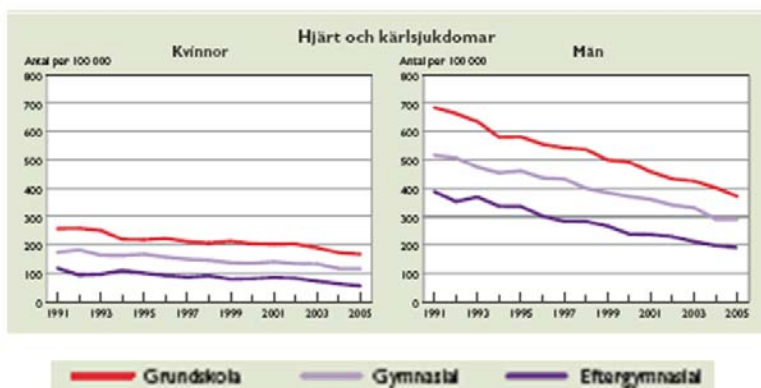


Figur 2. DALY (0,0) för män och diagnosgrupper uppdelat på YLL (0,0) och YLD (0,0).

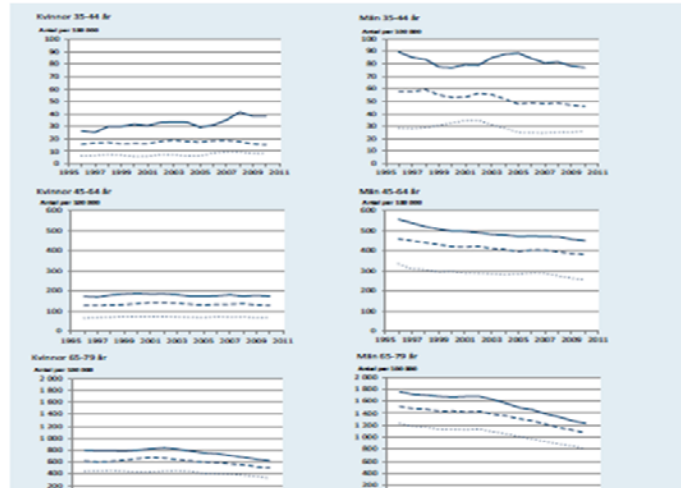


Figur 1. DALY (o,o) för kvinnor och diagnosgrupper uppdelat på YLL (o,o) och YLD (o,o).

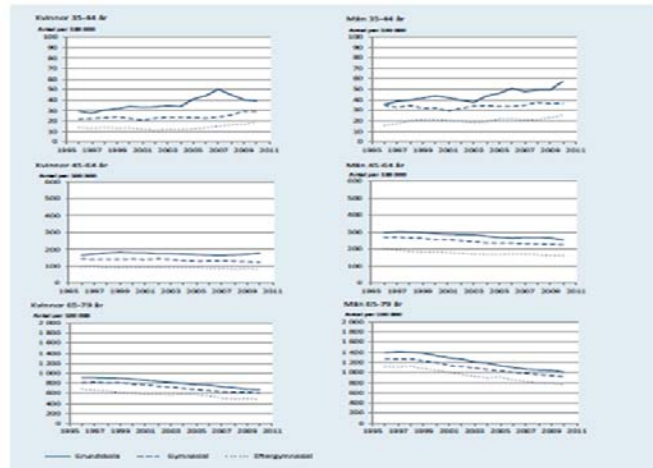
Dödlighet i hjärt-kärlsjukdom 1991-2005 efter utbildningsnivå, kvinnor och män



Förstagångsinsjuknande i hjärtinfarkt 1995-2011 efter utbildning och åldersgrupper; 35-44, 45-64, 65-79



Förstagångsinsjuknande i stroke 1995-2010 efter utbildning och åldersgrupper; 35-44, 45-64, 65-79 år.



Antal insjuknande och döda i cancer per 100 000, kvinnor och män, 35-84 år efter utbildningsnivå, grundskola, gymnasium, eftergymn. Genomsnitt åren 2009-2011. Cancer totalt, bröst/prostatacancer, Lungcancer, tjock-ändarmscancer.

Kvinnor

	Insjuknande per 100 000			Döda per 100 000		
	Grund-skola	Gym-nasium	Efter-gymnasial	Grund-skola	Gym-nasium	Efter-gymnasial
Cancer totalt	873,1	856,9	880,6	324,7	291,8	235,9
Bröst	254,2	265,9	305,5	40,2	39,5	44,5
Lunga	85	68,7	37,4	71,8	57,1	30,3
Malignt melanom	37,5	46,7	54,1	6	5,8	5,9
Tjock-, ändtarm	94,2	92,7	92,5	34,5	35	26,7

Män

	Insjuknande per 100 000			Döda per 100 000		
	Grund-skola	Gym-nasium	Efter-gymnasial	Grund-skola	Gym-nasium	Efter-gymnasial
Cancer totalt	1 070,9	1 088,90	1 081,6	416,2	378,3	297,8
Prostata	358,6	383,9	419,2	69,4	67	62
Lunga	87,8	72,6	47,5	85	69,7	39,6
Malignt melanom	40,7	56,4	68,8	10,4	10,1	9,7
Tjock-, ändtarm	128,5	117,9	114,5	49,2	43,8	39,7

*För förklaring se figur 5.

Antal insjuknande och döda i cancer per 100 000, kvinnor och män, 35-84 år efter utbildningsnivå, grundskola, gymnasium, eftergymnasial. Cancer totalt, bröst/prostatacancer, lungcancer, tjock-ändarmscancer Genomsnitt åren 2009-2011.

Kvinnor

	Insjuknande per 100 000			Döda per 100 000		
	Grund-skola	Gym-nasium	Efter-gymnasial	Grund-skola	Gym-nasium	Efter-gymnasial
Cancer totalt	873,1	856,9	880,6	324,7	291,8	235,9
Bröst	254,2	265,9	305,5	40,2	39,5	44,5
Lunga	85	68,7	37,4	71,8	57,1	30,3
Malignt melanom	37,5	46,7	54,1	6	5,8	5,9
Tjock-, ändtarm	94,2	92,7	92,5	34,5	35	26,7

Män

	Insjuknande per 100 000			Döda per 100 000		
	Grund-skola	Gym-nasium	Efter-gymnasial	Grund-skola	Gym-nasium	Efter-gymnasial
Cancer totalt	1 070,9	1 088,90	1 081,6	416,2	378,3	297,8
Prostata	358,6	383,9	419,2	69,4	67	62
Lunga	87,8	72,6	47,5	85	69,7	39,6
Malignt melanom	40,7	56,4	68,8	10,4	10,1	9,7
Tjock-, ändtarm	128,5	117,9	114,5	49,2	43,8	39,7

*För förklaring se figur 5.

Ojämlighet i hälsa
för de flesta icke smittsamma
sjukdomar

Skillnader i hälsa för de flesta mått
på socioekonomisk situation!

Utbildning

Yrke (arbetare-tjänstemän)

Inkomst (disponibel inkomst individ/hushåll)

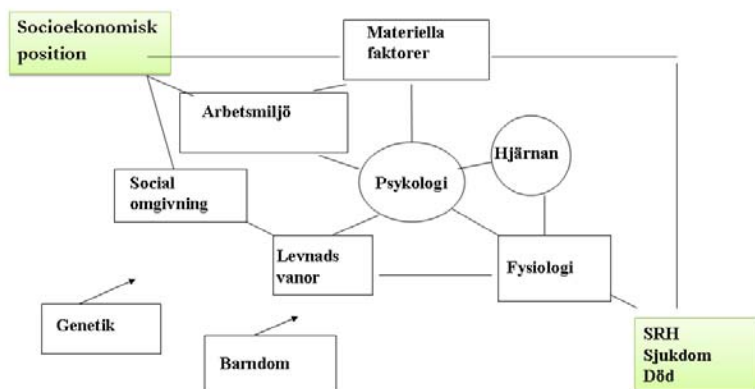
Aktivitet (förvärvsarbetar, sjukskriven, arbetslös)

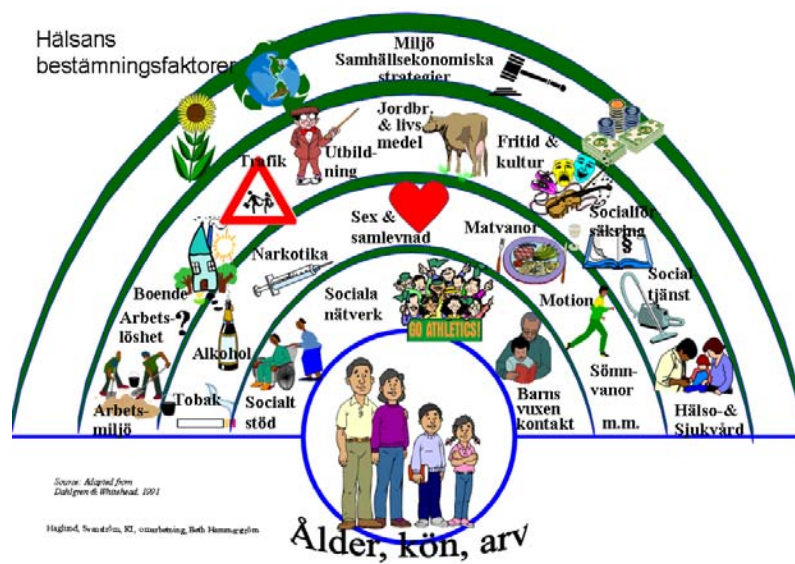
Boendeområde

Varför har vi (ökande) ojämlikhet i
hälsa?

Socioekonomisk Position och Hälsa

efter Marmot et. al.





Hans Gilljam, Karolinska institutet



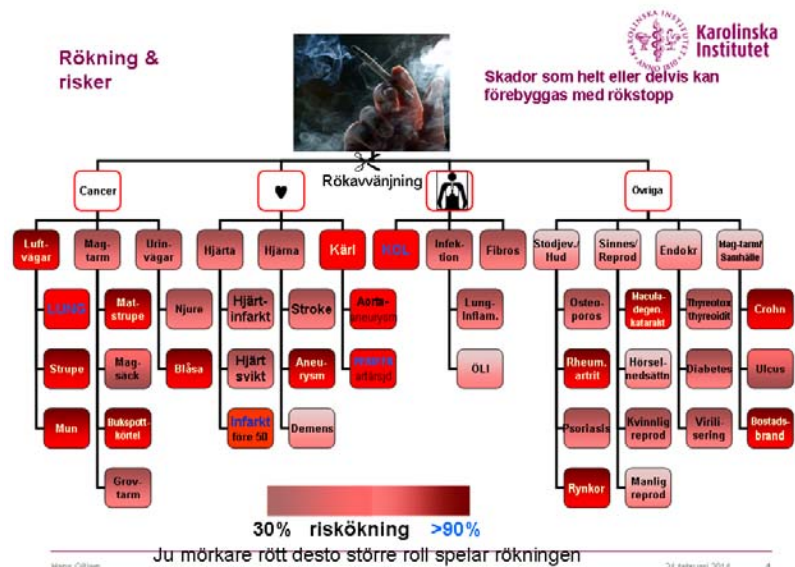
Tobaksrökningens roll i NCD

- Upp till 35% av förtida dödligheten hos män 35-69 år var tobaksrelaterad i EU-25 1965-2000. Tolv % hos kv.
- Tobaksrökning och ohälsa i Sverige
- Folkhälsomålen 2014 som de formulerades 2002
- Tobaksforskning och tobaksprevention i Sverige
- Tobacco Endgame - Rökfritt Sverige 2025

Hans Gyllen

2014-02-24

3



Hans Gyllen

24 februari 2014

4

Regeringens proposition 2002/03:35 Mål för folkhälsan 2014 - knappast nåbara



Målet för samhällets insatser inom tobaksområdet skall vara att minska tobaksbruket. Som etappmål bör gälla

- **en tobaksfri livsstart** från år 2014, ↓
 - Mödrars rökvanor v 30-32: 2002: 7,4%, 2011: 4,6% (med. födelsereg.)
- **en halvering** till år 2014 av antalet ungdomar under 18 år som börjar röka eller snusa ↑
 - Röker dagl/nästan dagl: 2004: 12,9% 2012: 15,0% (CAN: Gy2)
- **en halvering** till år 2014 av andelen rökare bland de grupper som röker mest ?
 - Uppgifter saknas
- **att ingen ofrivilligt skall utsättas för rök** i sin omgivning ↓
 - 1997-2007 rapporteras nedgång m. 60% i hemmen och 80% i arbetslivet
 - 2012: totalt 15%, (i offentlig miljö 4%, i hemmet 6%, på arbetet 9%)

Hans Östjern

2014-02-24 5



Åtgärdbara tobaksproblem – WHO:s FCTC

- Bevisen för att tobakslagar fungerar är massiva (pris, miljölagar, m.m. De sparar redan liv och förbättrar hälsan över hela WHO:s Europaregion.
- T.ex. kan en välskriven lag om rökfria miljöer minska sjukligheten och dödligheten av miljötobaksrök redan efter några få månader efter ikraftträdandet. Den vetenskapliga litteraturen rapporterar att sjukhusinläggningar för akut hjärtinfarkt kan minska med 20-40%. Det har rapporterats bl.a. från Spanien, Skottland och Turkiet.
- (källa WHO Europe)

Hans Östjern

2014-02-24 6

The Lancet NCD Action Group & the NCD Alliance betonar och föreslår

- Betonar vikten av ledarskap, prevention, behandling, internationellt samarbete, övervakning/utvärdering och ansvar.
- Föreslår 5 prioriterade interventioner – tobaksbegränsningar, saltreduktion, förbättrad diet och fysisk aktivitet, minskad alkoholkonsumtion samt att säkra tillgången på viktiga läkemedel och behandlingsmetoder.
- De föreslagna prioriterade interventionerna utvaldes med hänsyn till hälsoeffekter, kostnadseffektivitet, billig implementering, och för att de bedöms vara politiskt och finansiellt genomförbara.

Hans Gyllen

2014-02-24 7

TOBACCO RÖKFRITT ENDGAME SVERIGE 2025

Stark evidens för tobaksrökningens risker
 Fruktlösa försök i 50 år att bota tobaksrelaterad cancer, hjärt-
 kärlsjukdom och kronisk lungsjukdom
 Svagt stöd för tobakspreventiv forskning
 Få ser sig som tobaksforskare
 Nedan ses en summering av antal stödda projekt 2000-2013

Finansiär	Alkohol	Narkotika	Tobak	Övriga
FAS/FORTE	38	13	2	7
Systembolag	250+	-	-	-

FHI, Vetenskapsrådet (tillfälligt nere), SLL har stött några projekt.
 FORMAS, Cancerfonden, Hjärt-Lungfonden, Allmänna Arvsfonden,
 AFA har antingen stött ingen eller någon enda tobaksstudie.

Hans Gyllen

2014-02-24 8

**TOBACCO RÖKFRITT
ENDGAME SVERIGE
2025**



- Rökfritt Sverige 2025 är ett realistiskt mål
- Slut på handlingsförämningen – det går att lösa tobakskatastrofen – prevention är lösningen
- 2014 startar det breda opinionsarbetet
- Frivilligorganisationernas roll alltför stor?
- Vi är beredda att driva saken men behöver stöd

Tack!

Ingemar Engström, Örebro universitet

Individens ansvar – samhällets stöd

Ingemar Engström

Ordförande

Delegationen för medicinsk etik

Svenska Läkaresällskapet

Folkhälsoetik

I grunden en fråga om relationen mellan staten och
individen

Ska staten bry sig om / lägga sig i hur människor lever
sina liv?

Har man rätt att leva ett ohälsosamt liv?

Hälso- och sjukvårdsetik

Spänningsförhållande mellan två diskurser

Autonomi, valfrihet, marknad, kund

Solidaritet, välfärd, omsorg, paternalism

Statens roll

Folkhälsans fördelning och bestämningsfaktorer är huvudsakligen av social art

Det finns en tydlig koppling mellan folkhälsa och grad av jämlikhet i ett samhälle

Slutsatsen är rimligen att staten har ett ansvar för att minska ekonomiska och sociala skillnader

Ett jämlikt och rättvist samhälle är ett friskt samhälle

Folkhälsans utveckling

Folkhälsan har förbättrats kraftigt

Främst beroende på
samhällsutvecklingen
livsstilsförändringar

Utbildningsnivån avgörande betydelse

Hälsoklyftorna har däremot ökat

Ansvarsprincipen

En fjärde princip i prioriteringsplattformen

Medicinska indikationer

Exemplet rökstopp

Ytterst svårt att dra rimliga gränser

Riskerar att bortse från orsaken till att personen
påbörjade sin ohälsovana och i vilken miljö

Vårdens preventiva potential

Sjukdomar kan i stor utsträckning förebyggas

Fyra "säkra områden"

Vardagsnära metoder – SoS riktlinjer

Inte gratis – en prioriteringsfråga
i stället för vad?

När är intervention lämplig?

- A. Har dåliga levnadsvanor med symtom/sjukdom
- B. Har dåliga levnadsvanor utan symtom
- C. Har OK levnadsvanor men kan få symtom senare

Vilka grupper ska tillfrågas?
medicinsk fråga
etisk fråga

När är intervention lämplig?

- A. Patienten vill och doktorn vill
- B. Patienten vill men doktorn vill inte
- C. Patienten vill inte och doktorn vill
- D. Patienten vill inte och doktorn vill inte

Grupp A + B = 74 %

Varför vill inte patienterna i grupp C + D?

Varför vill inte doktorerna i grupp B + D?

När är intervention lämplig?

7 miljoner samtal/år

Vilken ände ska vi börja i?

Pragmatiskt svar

De situationer där man får minst protester från
såväl doktorer som patienter

Etiska principer

Autonomi

Göra gott

Inte skada

Rättvisa

Autonomi

Väldigt noga i alla andra medicinska sammanhang

Rätt att tacka nej

Rätt att inte svara

Rätt att veta vad uppgifterna används till

Respekt för patientens integritet

Göra gott

Måste veta att interventionen har potential att göra nytta

Räcker inte med tro och god vilja

Egna värderingar får inte slå igenom alltför mycket

Inte skada

Integritetskränkning

Skuldbeläggning

Obehag

Sänkt självtillit

Rättvisa

Alla har rätt till

kunskap

verktyg

stöd

Hur?

Samtal om levnadsvanor reser många etiska frågor

Informerat samtycke

Patienten bör samtycka till att frågor om levnadsvanor ställs

Hur ska detta samtycke inhämtas?

Skillnad mellan symtom relaterade till levnadsvanor eller ej

Generell "screening" ställer speciella krav på informerat samtycke

Jmf debatten om kvalitetsregister

Information om hur uppgifterna lagras, tillgänglighet m.m.

Ekonomiska villkor

Ekonomiska sanktioner

Tveksamt ur etisk synvinkel

Läkaren har kompetens och mandat att avgöra när det är lämpligt att efterfråga levnadsvanor

Inte en fråga för landstings/regionpolitiker

Maktens kontinuum

- Information
- Erbjudande
- Påverkan
- Påtryckning
- Manipulation
- Villkor
- Absolut krav

Samtalet

- Samtalets plats i mötet
- Intresse för den enskilda människan som grund
- Använd auktoriteten med varsamhet
- "Den som är stark måste också vara snäll"

Maj-Lis Hellenius, Karolinska institutet



Ikke smittsamma sjukdomar – ett ökande hot globalt och i Sverige



Kost och fysisk aktivitet – Folkhälsosjukdomarna går att förebygga!

Mai-Lis Hellénus, professor, Karolinska Institutet
Överläkare, Livsstilmottagningen, Hjärtkliniken,
Karolinska Universitetssjukhuset, Solna

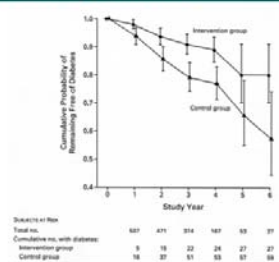


- ✓ **livsstil går att förändra
med stora effekter på hälsan**
- ✓ **det lönar sig att satsa på bra mat och
mera rörelse**

FINSKA DIABETES PREVENTIVA STUDIEN

Bra mat och mer motion
förebygger diabetes hos riskindivider

522 medelålders överviktiga kvinnor och män
med nedsatt glukostolerans



58% lägre risk!



Tuomilehto J et al. N Engl J Med 2001;344:1343-50

Typ 2 diabetes går att förebygga!



Antal som fick typ 2 diabetes under 6 år

Kontrollgruppen	59
Kost och motionsgruppen	27

32 personer slapp få diabetes

Tuomilehto J et al. N Engl J Med 2001;344:1343-50

Många olika effekter av bra mat och mer motion

TABLE 2. CHANGES IN SELECTED CLINICAL AND METABOLIC VARIABLES FROM BASE-LINE TO THE END OF YEAR 1 IN THE SUBJECTS IN THE INTERVENTION AND CONTROL GROUPS.*

Variable	INTERVENTION GROUP (N=258)		CONTROL GROUP (N=258)		P VALUE†
	mean ±SD	95% CI	mean ±SD	95% CI	
Change in weight					
In kilograms	-4.2±5.1	-4.8 to -3.6	-0.8±3.7	-1.3 to -0.3	<0.001
Percent change	-4.7±5.4	-5.9 to -3.4	-0.9±4.2	-1.0 to -0.8	<0.001
Change in waist circumference (cm)	-4.4±5.2	-5.1 to -3.9	-1.3±4.3	-1.9 to -0.7	<0.001
Fasting					
2 Hr after oral glucose challenge	-4±12	-6 to -2	1±12	0 to 2	<0.001
Change in plasma glucose (mg/dl)	-15±34	-19 to -11	-5±40	-8 to -2	0.003
Fasting					
2 Hr after oral glucose challenge	-2±9	-3 to -1	-1±7	-2 to 0	0.14
Change in serum insulin (µg/ml)	-29±64	-37 to -21	-11±51	-18 to -4	0.001
Change in serum lipids (mg/dl)‡					
Total cholesterol	-5±28	-8 to -2	-4±28	-7 to -1	0.62
High-density lipoprotein cholesterol	2±7	1 to 3	1±6	0 to 2	0.06
Triglycerides	-18±51	-24 to -12	-12±60	-8 to 6	0.001
Change in blood pressure (mm Hg)§					
Systolic	-5±14	-7 to -3	-1±15	-3 to 1	0.007
Diastolic	-5±9	-6 to -4	-3±9	-4 to -2	0.02

Effekter på vikt, bukfetma, blodsocker, insulin, blodfetter och blodtryck



Tuomilehto J et al. N Engl J Med 2001;344:1343-50

Det lönade sig att ändra vanor!

Ingen som uppnådde 4 eller 5 av behandlingsmålen fick diabetes

1. Viktnedgång minst 5 %
2. Mindre fett
3. Mindre mättat fett
4. Mera fiber
5. Mer motion >4 tim/v

Vikt 91 kg längd 180 cm
BMI 28
5 % viktreduktion = 4,5 kg



Tuomilehto J et al. N Engl J Med 2001;344:1343-50

FINSKA DIABETES PREVENTIVA STUDIEN

Kvarstående minskning av
typ 2 diabetes efter 8 år!

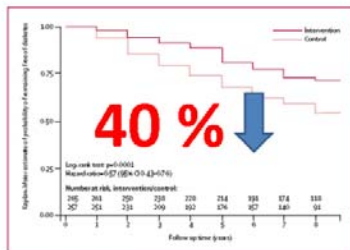


Figure 2. Diabetes by treatment group. Follow-up time is truncated at 8 years, since number of participants at risk beyond this point was low, but they are included in the calculation of hazard ratios.



Lindström J et al. Lancet 2006;368:1673-1679

Lönar det sig att ändra livsstil efter hjärthändelse?

OASIS - Organization to Assess Strategies
in Acute Ischemic Syndromes

18 809 patienter, 21-97 år, m 67 år, 38 % kv,
från 41 olika länder, uppföljning 6 mån efter
akut hjärthändelse



Vid 30 dagars återbesök, frågor om följsamhet

- ✓ mediciner
- ✓ kostråd
- ✓ råd om fysisk aktivitet
- ✓ rökstopp

Chew CK et al. Circulation 2010;121:750-58.

Ja, det lönar sig att ändra livsstil efter hjärthändelse!



✓ sluta röka	43 % minskad risk
✓ följa råd om mat och motion	48 % minskad risk

Chow CK et al. Circulation 2010;121:750-58.

Världsrekord i att förebygga hjärtsjukdom

The Lyon Diet Heart Trial

Drygt 600 män och kvinnor med en första hjärtinfarkt lottades till en kostgrupp (n 302) som fick kostråd eller kontrollgrupp (n 303). Följdes upp efter 27 månader.



Resultat	Kost	
Kontroll		
Hjärtdöd	3	16
Hjärtinfarkt	5	17
Total dödlighet	8	20

de Lurieri et al. Lancet 1994;343:1454-9.

The Lyon Diet Heart Trial

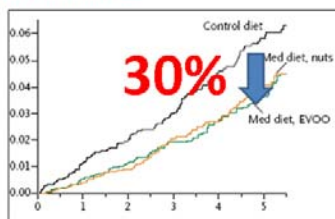


de Lorgeril et al. Lancet 1994;343:1454-9.

Medelhavsmat med mycket olivolja eller nötter minskar risken för hjärtskärlsjukdom - PREDIMED

7447 spanska män och kvinnor (55-80 år, 57% kvinnor) "hjärtkärlfriska", riskfaktorer, typ 2 diabetes, 3 grupper som följdes i 4,8 år

- ✓ medelhavsmat med extra virgin olivolja
- ✓ medelhavsmat med nötter
- ✓ kontrollkost



Risk att få hjärtskärlsjukdom



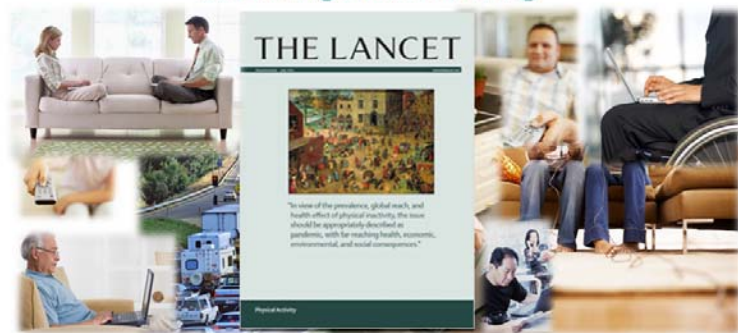
Estruch R et al. N Engl J Med 2013; in press



Pandemi

Stillasittandet orsakar var 10:e dödsfall

Lika farligt som rökning



I-Min Lee et al, Lancet 2012; Published Online July 18

Andel vuxna som sitter 4 timmar el mer/dag – en internationell jämförelse

- Europa 64%
- Amerika 55%
- Mellanöstern 41%
- Oceanien 40%
- Afrika 38%
- Sydostasien 24%



Hallal PC et al, Lancet 2012; juli

Livsfarligt att sitta stilla!

Television Viewing Time and Mortality

The Australian Diabetes, Obesity and Lifestyle Study (AusDiab)

D.W. Dunstan, PhD; E.L.M. Barr, PhD; G.N. Healy, PhD; J. Salmon, PhD; J.E. Shaw, MD; B. Balkau, PhD; D.J. Magliano, PhD; A.J. Cameron, PhD; P.Z. Zimmet, PhD; N. Owen, PhD

8.800 friska, vuxna (≥ 25 år, 3846 män, 4954 kvinnor) noggrann baslinjeundersökning följdes i snitt 7 år, 284 dödsfall (87 CVD och 125 cancer)

TV-tittande ≥ 4 tim/dag
(jmf under 2 tim/dag)

- 46 % ökad risk att avlida
- 80 % ökad risk att dö i hjärtsjukdom

"multiadjusted" tex rökning, matvanor, alkohol, vikt, bukfetma, utbildning och motionsvanor



Dunstan DW et al. Circulation 2010; e pub 11/1 2010



Sitta framför TVn förkortar livet

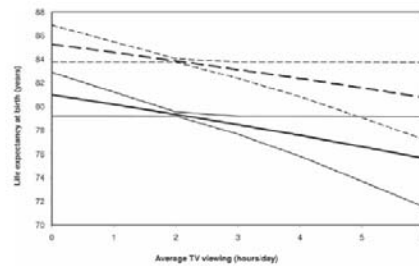


Figure 2 Life expectancy at birth by average daily amount of TV viewing time. Men in continuous lines and women in dashed lines; means (bold) and 95% uncertainty intervals.

Varje timme framför TVn förkortar livet
med 22 minuter hos män och kvinnor över 25 år

Veerman JL, et al. Br J Sports Med 2011; e pub.

Det lönar sig att ta en bensträckare!

NHANES, USA

US National Health and Nutrition
Examination Survey

2003/04 och 2005/06

4757 vuxna

stillasittande tid mättes

med accelerometer under 1 vecka



”Breakers”

- ✓ lägre midjemått (- 4 cm)
- ✓ finare blodfetter (högre HDL, lägre triglycerider)
- ✓ lägre inflammationspåslag (CRP)
- ✓ bättre sockerbalans (mindre insulinresistenta)

Healy, GN et al. Eur Heart J 2011;32:590-7.

En bensträckare minskar glukos -och insulinnivåer efter måltid!

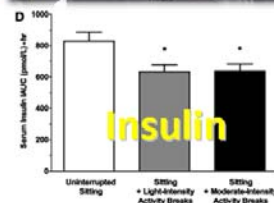
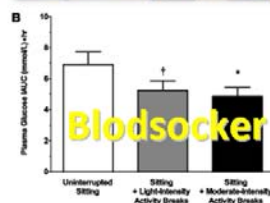
Överviktiga, n=19, 45-65 år
 "Cross-over trial"
 Testmål a 75 socker och 50 gram fett
 5 timmar

- ❖ Konstant sittande
 - ❖ Sittande med lätt bensträckare a 2 min var 20 min
 - ❖ Sittande med måttligt hård bensträckare a 2 min var 20 min
- Blodsocker och insulin mättes



Dunstan D et al. Diabetes Care 2012; 35:976-83.

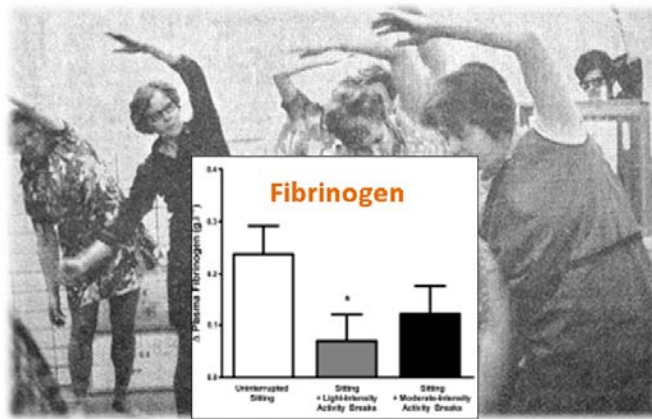
En kort bensträckare har stor effekt!



Copyright © 2011 American Diabetes Association, Inc.

Dunstan D et al. Diabetes Care 2012; 35:976-83.

Även risken för blodproppar minskar



Howard BJ et al. MSSE 2013;45:1285-91.

Det är aldrig för sent!!!

Exercise training increases size of hippocampus and improves memory

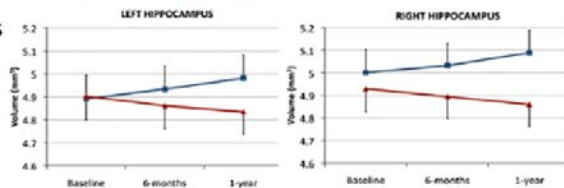
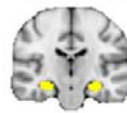
Kirk I. Erickson^a, Michelle W. Voss^{b,c}, Rudhika Shrawya Prakash^d, Chandramallika Basak^a, Amanda Szabo^a, Laura Chaddock^{b,c}, Jennifer S. Kim^b, Susie Heo^{b,c}, Heloisa Alves^{b,c}, Siobhan M. White^a, Thomas R. Wojcik^a, Emily Mailey^a, Victoria J. Vieira^a, Stephen A. Martin^a, Brandt D. Pence^a, Jeffrey A. Woods^a, Edward McAuley^{b,c}, and Arthur F. Kramer^{a,c,1}

^aDepartment of Psychology, University of Pittsburgh, Pittsburgh, PA 15260; ^bBeckman Institute for Advanced Science and Technology, and ^cDepartment of Neuroscience and Community Health, University of Illinois, Champaign-Urbana, IL 61801; ^dDepartment of Psychology, University of Illinois, Champaign-Urbana, IL 61820; ^eDepartment of Psychology, Ohio State University, Columbus, OH 43210; and ^fDepartment of Psychology, Rice University, Houston, TX 77251



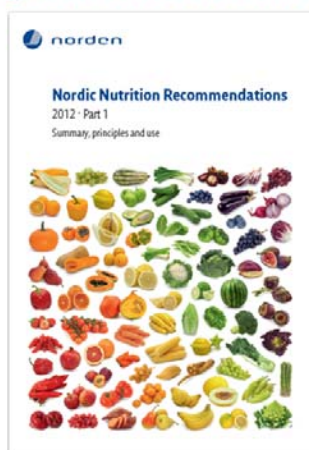
120 äldre, måttlig till intensiv konditionsträning 3 dag/v
jmf med kontroll (stretching). Magnetkamera. Minnestester.

Hippocampus



Erickson KI, et al. PNAS 2011;108:3017-22.

Nya nordiska närlingsrekommendationer



Utvalda Nordiska kostexperter
granskar nytillkommen forskning



Resultaten granskas av
ny grupp utvalda kostexperter



Öppet för alla att granska kritisera

Nya nordiska
närlingsrekommendationer
NNR 5

www.slv.se/en-gb/startpage-NNR/

Den som vill minska risken för ;

hjärt- och kärlsjukdom
cancer
övervikt
typ 2-diabetes



ska äta

mer grönsaker, frukt och bär, fisk, oljor och fullkorn

mindre läsk, godis, vitt mjöl, rött kött, chark och smör

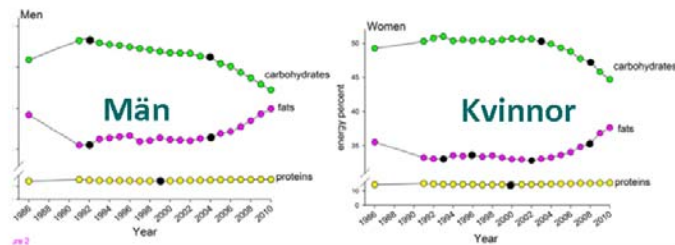
**Det är slutsatsen av de nya
gemensamma nordiska näringsrekommendationerna**

NNR 5 - nya nordiska och svenska näringsrekommendationer

ÖKA			BYTT UT		BEGRÄNSA
 Grönsaker Baljväxter Frukt och bär Fisk och skaldjur Nötter och frön	Spannmåls- produkter av vitt/sikat mjöl		→	Spannmåls- produkter av fullkorn	Charkprodukter Rött kött
	Smör, smör- baserade matfetter		→	Vegetabiliska oljor, oljebase- rade matfetter	Drycker och livsmedel med tillsatt socker
	Feta mejeri- produkter		→	Magra mejeri- produkter	Salt Alkohol

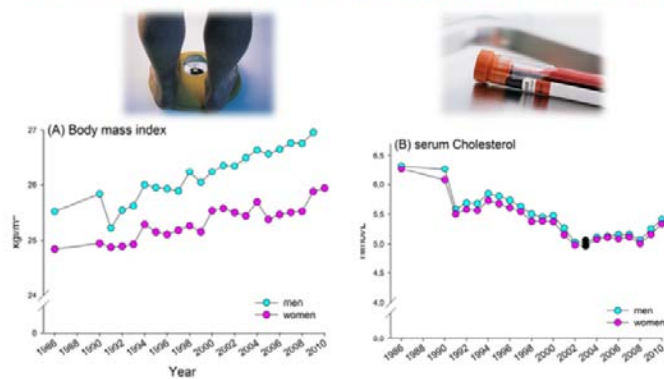
Förändringar i kostmönster hos män och kvinnor i Västerbotten under 25 år

Befolkningsbaserade undersökningar > 140.000 observationer



Johansson I et al. Nutrition J 2012,in press, epub

Förändringar i vikt (BMI) och S-kolesterol hos män och kvinnor i Västerbotten under 25 år



Johansson I et al. Nutrition J 2012,in press, epub

Ändrad livsstil minskar diabetes och hjärtsjukdom – och sparar pengar

- upprepade råd om fysisk aktivitet och mat
- medelålders kvinnor och män
- överviktiga, bukfetma
- efter 5 år 58 % minskad risk för diabetes



- kostade 24 000 kr per patient över fem år
- återbäring 33 000 kr
- **besparing för sjukvården och samhället på 9 000 kr**



Tuomilehto J et al. N Engl J Med 2001;344:1343-50.

Lindgren P et al. Int J Techn Assess Health Care 2007;23:2 177-183.



- ✓ **livsstil går att förändra med stora effekter på hälsan**
- ✓ **det lönar sig att satsa på bra mat och mera rörelse**

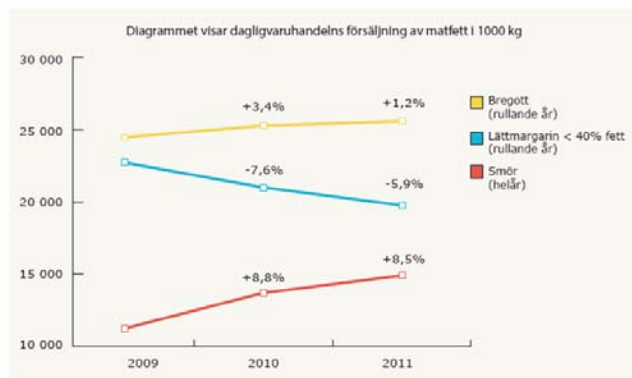
Tack för er uppmärksamhet!



Tack till arbetsgivare och anslagsgivare

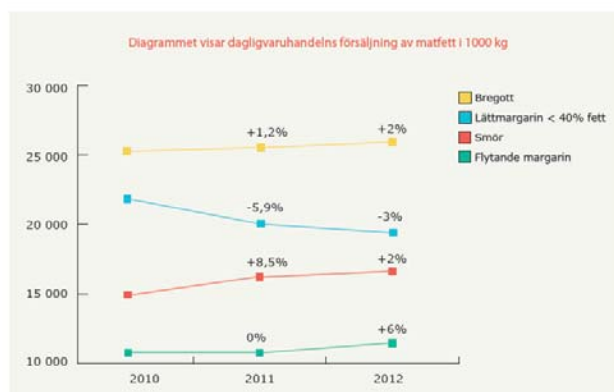


Förändring i matfettskonsumtion 2009- 2011



Källa: Hälsan och maten 2012, Svensk Dagligvaruhandels Årlig rapport

Förändring i matfettskonsumtion 2010- 2012



Källa: Hälso- och maten 2013, Svensk Dagligvaruhandelns årliga rapport



**17 kg godis per person och år
Fortsätter att öka!**



Vi dricker mera sportdrycker



Källa: Hälsan och maten 2013, Svensk Dagligvaruhandels årliga rapport

Nya uppdaterade riktlinjer om fysisk aktivitet och hälsa

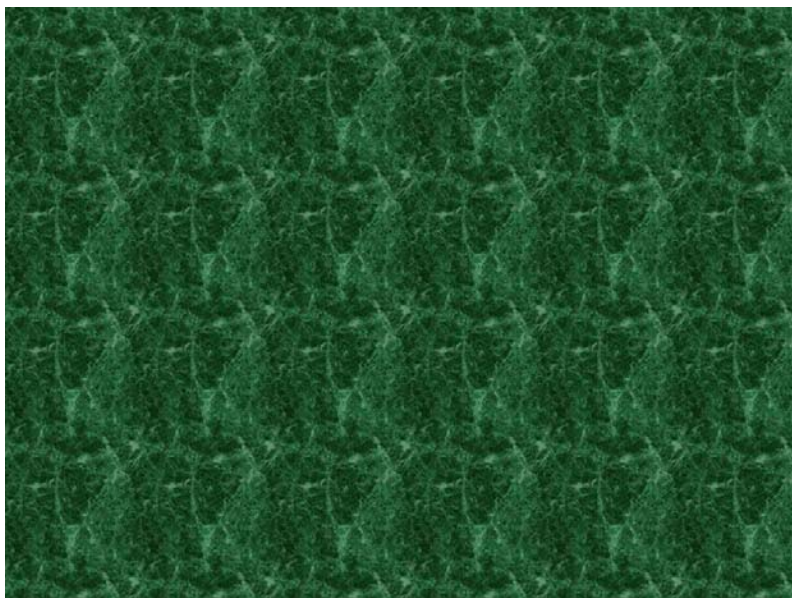


- ✓ friska vuxna och de flesta kroniskt sjuka
- ✓ helt nödvändigt för hälsan
- ✓ vinsterna överväger vida riskerna
- ✓ måttligt ansträngande konditionsträning, minst 30 min, minst 5 dag/v
- ✓ går att dela upp i 10 min pass
- ✓ styrketräning 2-3 dag/v, stora muskelgrupper
- ✓ balans, smidighet och koordination
- ✓ bryt stillasittandet, ta en paus

Nytt!

ACSM MSSE 2011

Eva Tideman, Lunds universitet



*"Inom mig bär jag alla mina ansikten
som ett träd har sina årsringar.
Det är summan av dem som är jag.
Spegeln ser bara mitt senaste ansikte,
jag känner av alla mina tidigare".*

Tomas Tranströmer: Minnena ser mig

"En förutsättning för att förstå texter är att man har ett tillräckligt ordförråd.

Ordfattigdom är också ett uttryck för en bristfällig orientering i omvärlden.

Ord och begrepp bringar ordning i en komplex och mångfacetterad värld, ger sammanhang och överblick.

Den som saknar ord får också svårt att argumentera för sin sak, förklara, lägga tillrätta och lösa konflikter.

Ordlöshetens vanmakt är nära besläktad med den okontrollerade aggressionen".

"Att inte förstå vad man läser" av Ingvar Lundberg

**"Det händer men sällan
att en av oss verkligen
ser den andre".**

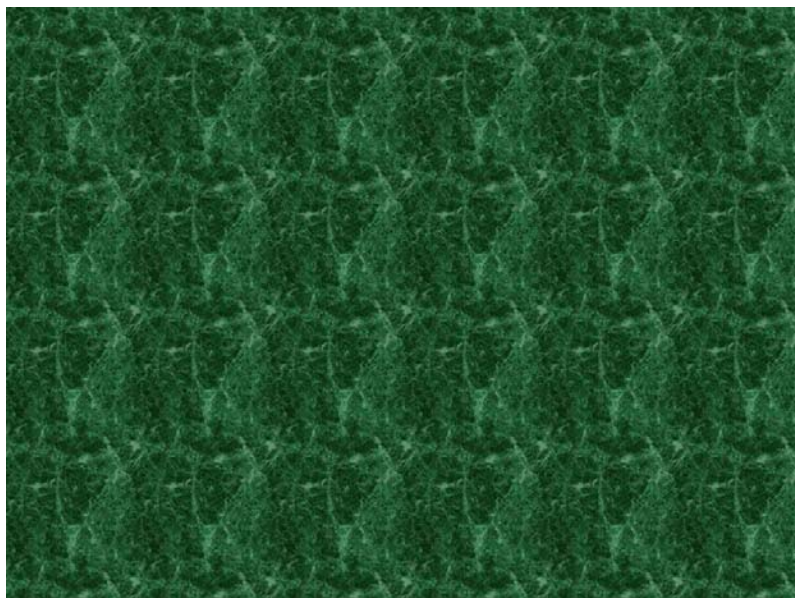
Tomas Tranströmer

- Tidiga svårigheter i skolan och i synnerhet läs- och skrivsvårigheter orsakar psykiska problem.
- Svårigheter i skola och psykiska problem tenderar att finnas kvar över tid.
- Att genomföra stora ansträngningar utan att detta leder till resultat är kopplat till utveckling av depression.

Kungliga vetenskapsakademin (2010): School, Learning and Mental Health

”Det är ingen idé att finnas till om man inte behövs till nå’t. Därför måste samhället inrättas så att alla behövs. Vi kräver att behövas!”

Tage Danielsson: Barnens manifest



Sven Andréasson, Karolinska institutet



Alkohol: individ- och samhällsperspektiv

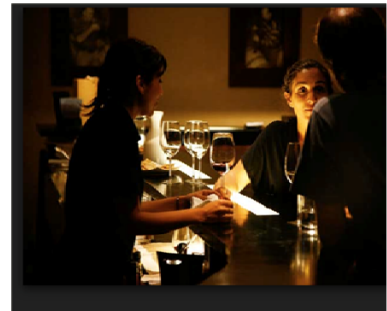
Sven Andréasson,
Folkhälsainstitutet & Karolinska Institutet

Socialutskottet 4 dec 2013

Bilden av alkoholproblemet



Kolingen: Putääll på er, grefvar å baroner!



Beroende – stor heterogenitet



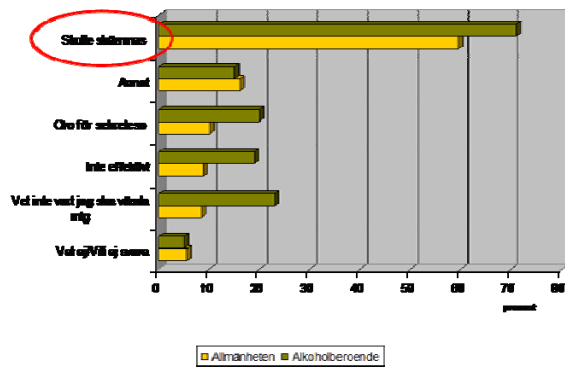
För båda grupperna:
Höga trösklar för att
söka vård

Problemdrickande på olika nivåer



Varför kommer de inte?

"Det händer att personer med alkoholproblem inte söker vård självmant.
vilken anledning tror du är den vanligaste?"

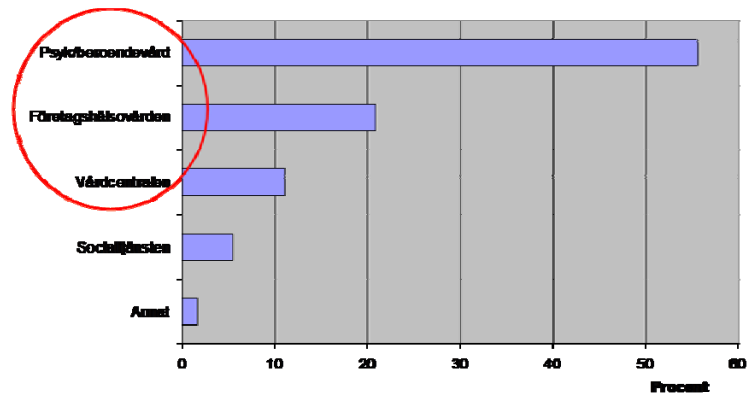


Source: Från Utslag, 2006, s. 102 och 103

Var vill man få hjälp?

Tänk dig att någon du känner får alkoholproblem.

Vilken av följande fyra vårdinstanser tror du är att föredra?



Kommunikationsforskning

Hur ser människor med alkoholberoende på sitt drickande – och vilken hjälp vill de ha?

Bekymrade – men inte tilltalade av tillgängliga behandlingsalternativ



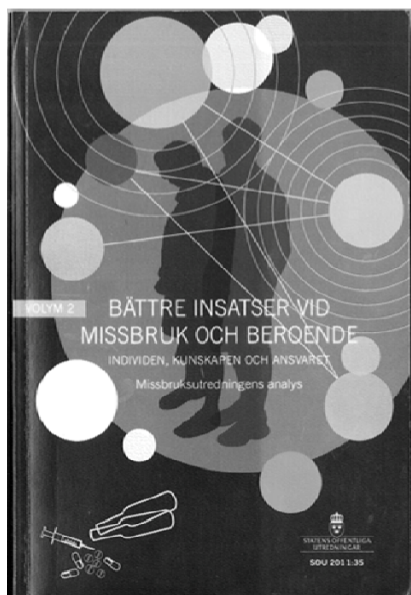
Arvet efter Bratt

Ivan Bratt 1878 – 1956

Den svenska alkoholpolitikens arkitekt



Individuell kontroll –
kommunala nykterhetsnämnder:
•Lokal kännedom om drinkaren
•skydd för hans familj
•Nekades motbok
•rekommenderade införande av en
särskild asylbehandling av alkoholister.



Missbruksutredningen: Senaste striden mellan det medicinska och det Sociala perspektivet

Spiderologi:

Ett gäng typiska alkoholister



Störst ökningstakt bland äldre kvinnor



VINPROVNING STOCKHOLM
PROFESSIONELL VINPROVNING I STOCKHOLM
FÖR PRIVATKUNDER, GRUPPER, SAMT FÖRETAG
info@vinprovningstockholm.se
08-522 454 23

TASTELINE
Läsmaterial för alla som vill lära sig mer om vin
Sök efter: Sök

Whiskyprovning 11/11
En exklusiv whiskyprovning i Stockholm. En unik möjlighet att smaka på några av Sveriges bästa whiskyer. Priset är 1200 kr per person. Boka nu!

Kycklingcannelloni med färskost till helgen
En smidig och smaskig maträtt som passar perfekt till helgen. Beställ din portion idag!

Öpprovnings
En exklusiv öpprovningskurs i Stockholm. En unik möjlighet att lära sig mer om vin och smaka på några av Sveriges bästa viner. Priset är 1200 kr per person. Boka nu!

ginkbee perfekt till middagen
En exklusiv ginkbeemiddag i Stockholm. En unik möjlighet att smaka på några av Sveriges bästa ginkbeerätter. Priset är 1200 kr per person. Boka nu!

Vad "säger" Google?"

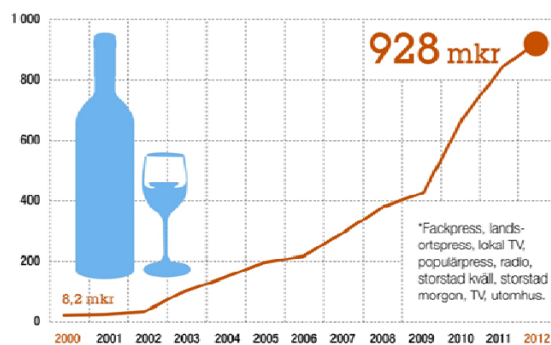
Antal träffar sidor från Sverige (sep 2012)

• Mat och vin	12.300.000
• Alkohol	10.600.000
• Mat och dryck	10.500.000
• Mat och öl	7.120.000
• Vintips	1.760.000
• Fulla ungdomar	1.190.000
• Misshandel alkohol	1.120.000
• Alkoholberoende	344.000
• Billig sprit	288.000
• Alkoholfri	280.000
• Alkoholskador	231.000

13

Kraftig ökning av alkoholreklam

REKLAMINVESTERINGAR FÖR ALKOHOLHALTIGA DRYCKER I MEDIA*,
1 JANUARI 2000 – 31 DECEMBER 2012. KRONOR.



Arvet efter Bratt

Ivan Bratt 1878 – 1956

Den svenska alkoholpolitikens arkitekt



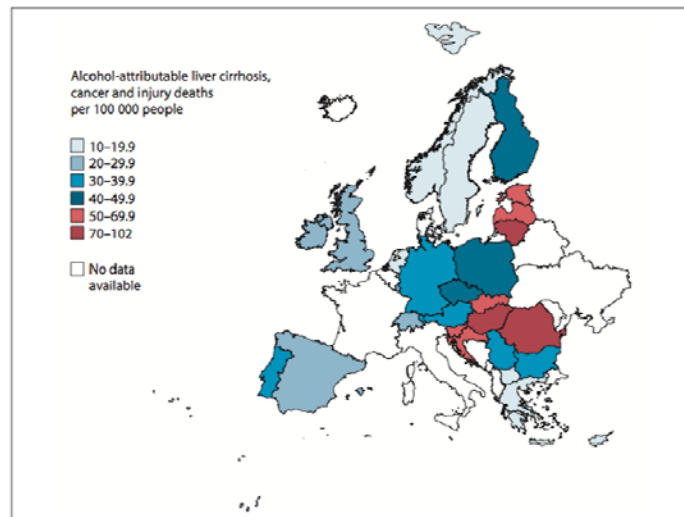
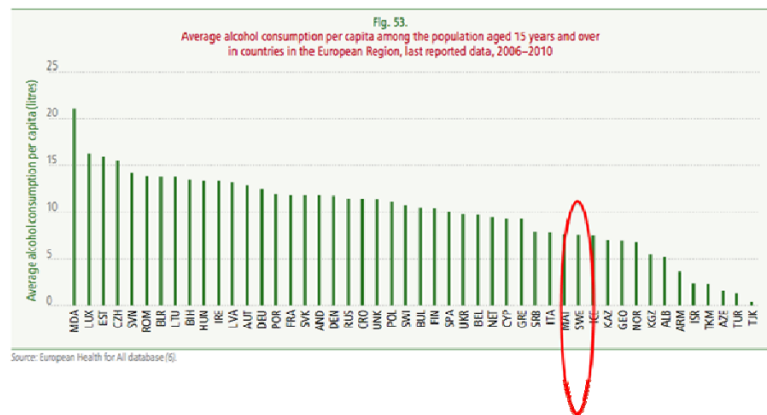
Desintressering: avlägsna allt vinstintresse från handeln med alkohol

Vad fungerar för att reducera alkoholproblem på befolkningsnivå?

1. Reducera alkoholens fysiska och ekonomiska tillgänglighet
 - Pris, detaljhandelsmonopol, antal försäljningsställen, åldergränser med tillsyn
2. Reglering av marknadsföringen
3. Trafiknykterhet
 - Sänkta promillegränser, slumpmässiga utandningsprover
4. Kort alkoholrådgivning i sjukvården
 - Primärvård, FHV, MVC



Alkoholkonsumtionen i Europa



3 aktuella hot

1. Alkoholmonopolet hotas av kommersiella importörer
2. Reklamen driver skadligt drickande
3. Slapp tillståndsgivning ökar våldet

1. Alkoholmonopolet hotas av kommersiella importörer

STORA JOURNALISTPRISET 2012 Söndag den 1 december Annonsera eSvD Bli kund Logga in

SvD NYHETER Ar du prenumerant? Nu får du full tillgång till SvD:s digitala tjänster. Logga in

NYHETER NÄRINGSLIV KULTUR OPINION SPORT RESOR MAT&VIN BOSTAD A-Ö Sök

STOCKHOLM SVERIGE VÄRLDEN SKOLVALET WEBB-TV IDAGSIDAN VÄDER QUIZ SUDOKU KORSORD

Fritt fram för vinleverans hos matkedja

Aklagaren lägger ner förundersökningen om City Gross hemleveranser av vin. Systembolaget, som polisanmälde matkedjan, är kritiska och menar att alkohollagen omgäende måste ändras.



ÖPPET FÖR VINIMPORT

Ett beslut i EG-domstolen 2007 har gjort det möjligt för konsumenterna att privatimportera vin från andra EU-länder trots det

15 november 2013 kl 19:01 , uppdaterad: 18 november

REKOMMER **Tweets** 4

TOPPNYHETER SV.D.SE

Fyra personer döda när tåg vält i kurva
Ett sextiotall uppges skadade. SvD rapporterar direkt.

"Tar betalt för oxfilé men levererar fläsk"
Är det okej att lura kunder?

"Nekas skadestånd – även om hon får rätt"
"Fler brister i våldtäktsmål."

GÖR SV.D.SE TILL DIN STARTSIDA

ANNONS | PEUGEOT
Så väljer du
Pått vi kunnat hjälpa

2. Reklamen driver skadligt drickande

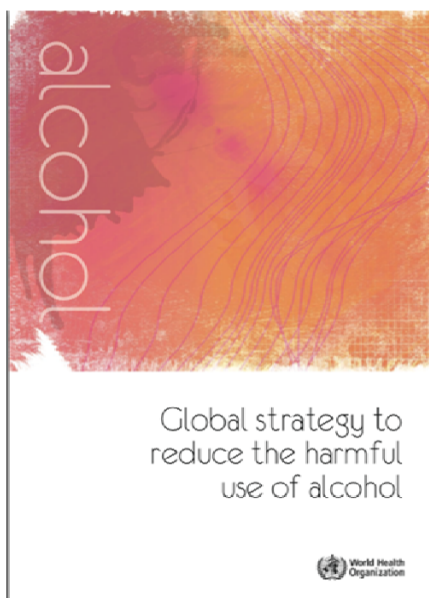
- Bland ungdomar
- Bland sårbara vuxna



3. Slapp tillståndsgivning ökar våldet

- Utvecklingen går åt fel håll: fler tillstånd och längre serveringstider





Lev upp till den globala Alkoholstrategin!

- Använd prisinstrumentet
- Slå vakt om monopolet
- Förbjud alkoholkam
- Restriktiv tillståndsgivning
- Lokalt förebyggande arbete och opinionsbildning till stöd för restriktiv politik

BILAGA 2**Program**

12.30 – 12.35	Anders W Jonsson, ordförande i socialutskottet Inledning
12.35 – 12.50	Peter Friberg, professor, Sahlgrenska akademien, ordförande i Svenska Läkaresällskapet Introduktion
12.50 – 13.00	Margareta Kristenson, professor, Linköpings uni- versitet Ämne: Icke smittsamma sjukdomar bidrar till en ökande ojämlikhet i hälsa
13.00 – 13.10	Hans Gilljam, professor, Karolinska Institutet Ämne: Tobaksrökning – det åtgärdbara folkhälso- problemet
13.10 – 13.20	Ingemar Engström, professor, Örebro universitet Ämne: Individens ansvar – samhällets stöd
13.20 – 13.35	Mai-Lis Hellénus, professor, Karolinska Institutet Ämne: Mat och rörelse för hälsa och glädje
13.35 – 13.45	Eva Tideman, docent, Lunds universitet Ämne: Mental hälsa hos barn, ungdomar och yngre vuxna – vad kan vi göra?
13.45– 14.15	P A U S
14.15 –14.25	Sven Andréasson, professor, Karolinska Institutet Ämne: Nya alkoholvanor kräver nya grepp i både politik och praktik
14.25 – 15.25	Frågor från utskottets ledamöter
15.25 – 15.30	Lena Hallengren, vice ordförande i socialutskottet Avslutning

RAPPORTER FRÅN RIKSDAGEN	2011/12
2011/12:RFR1	MILJÖ- OCH JORDBRUKSUTSKOTTET Biologisk mångfald i rinnande vatten och vattenkraft – En uppföljning
2011/12:RFR2	UTBILDNINGSUTSKOTTET Utbildningsutskottets offentliga utfrågning om forsknings- och innovationsfrågor
2011/12:RFR3	MILJÖ- OCH JORDBRUKSUTSKOTTET Offentlig utfrågning om biologisk mångfald i rinnande vatten och vattenkraft
2011/12:RFR4	KONSTITUTIONSUTSKOTTET Konstitutionsutskottets seminarium om en nordisk samekonvention
2011/12:RFR5	NÄRINGSUTSKOTTET eHälsa – nytta och näring
2011/12:RFR6	KONSTITUTIONSUTSKOTTET Frågeinstituten som kontrollinstrument Volym 1 och 2
2011/12:RFR7	SOCIALUTSKOTTET Socialutskottets öppna utfrågning på temat Missbruks- och beroendevård – vem ska ansvara för vad? torsdagen den 24 november 2011
2011/12:RFR8	TRAFIKUTSKOTTET Tillsynen av yrkesmässiga godstransporter på väg – En uppföljning
2011/12:RFR9	TRAFIKUTSKOTTET Trafikutskottets offentliga utfrågning den 8 december 2011 om järnvägens vinterberedskap
2011/12:RFR10	KULTURUTSKOTTET Verksamheten vid scenkonstallianterna – En utvärdering
2011/12:RFR11	KONSTITUTIONSUTSKOTTET Kunskapsöversikt om nationella minoriteter
2011/12:RFR12	UTBILDNINGSUTSKOTTET Rapporter från utbildningsutskottet Förstudie – utbildningsvetenskaplig forskning Breddad rekrytering till högskolan
2011/12:RFR13	SKATTEUTSKOTTET Uppföljning av undantag från normalskattesatsen för mervärdesskatt
2011/12:RFR14	TRAFIKUTSKOTTET Trafikutskottets offentliga utfrågning den 29 mars 2012 om framtida godstransporter
2011/12:RFR15	ARBETSMARKNADSUTSKOTTET Arbetsmarknadspolitik i kommunerna Del 1 Offentligt seminarium Del 2 Kunskapsöversikt
2011/12:RFR16	NÄRINGSUTSKOTTET Offentlig utfrågning om life science-industrins framtid i Sverige

RAPPORTER FRÅN RIKSDAGEN		2012/13
2012/13:RFR1	FINANSUTSKOTTET Statlig styrning och ansvarsutkrävande	
2012/13:RFR2	FINANSUTSKOTTET Utfrågningsprotokoll EU, euron och krisen	
2012/13:RFR3	TRAFIKUTSKOTTET Trafikutskottets offentliga utfrågning den 29 mars 2012 om framtida godstransporter	
2012/13:RFR4	MILJÖ- OCH JORDBRUKSUTSKOTTET OCH NÄRINGSUTSKOTTET Uppföljning av vissa frågor inom landsbygdsprogrammet	
2012/13:RFR5	FÖRSVARsutskottet FöU Forskning och utveckling inom försvarsutskottets ansvarsområde	
2012/13:RFR6	CIVILUTSKOTTET Kontraheringsplikt vid tecknandet av barnförsäkringar	
2012/13:RFR7	KU, FiU, KrU, UbU, MJU och NU Öppet seminarium om riksdagens mål- och resultatstyrning: vilka mål, vilka resultat?	
2012/13:RFR8	UTBILDNINGSUTSKOTTET Utbildningsutskottets offentliga utfrågning om gymnasiereformen	
2012/13:RFR9	UTBILDNINGSUTSKOTTET Förstudier om – Förskolan – Utbildning för hållbar utveckling inklusive entreprenöriellt lärande	
2012/13:RFR10	UTBILDNINGSUTSKOTTET Hur kan ny kunskap komma till bättre användning i skolan	
2012/13:RFR11	SOCIALUTSKOTTET Socialutskottets öppna seminarium om folkhälsofrågor onsdagen den 27 mars 2013	
2012/13:RFR12	ARBETSMARKNADSUTSKOTTET Mogen eller övermogen? – arbetsmarknadsutskottets offentliga seminarium om erfaren arbetskraft	
2012/13:RFR13	TRAFIKUTSKOTTET Offentlig utfrågning om sjöfartens kapacitetsmöjligheter	
2012/13:RFR14	TRAFIKUTSKOTTET Offentlig utfrågning om flygtrafikledningstjänsten – har vi landat i den bästa lösningen?	
2012/13:RFR15	MILJÖ- OCH JORDBRUKSUTSKOTTET Offentlig utfrågning om oredlighet i livsmedelskedjan	
2012/13:RFR16	UTBILDNINGSUTSKOTTET Utbildningsutskottets offentliga utfrågning om hur ny kunskap bättre ska kunna komma till användning i skolan	
2012/13:RFR17	NÄRINGSUTSKOTTET Näringsutskottets offentliga utfrågning om en fossiloberoende fordonsflotta	

RAPPORTER FRÅN RIKSDAGEN	2013/14
2013/14:RFR1	SOCIALUTSKOTTET Etisk bedömning av nya metoder i vården – en uppföljning av landstingens och statens insatser
2013/14:RFR2	KULTURUTSKOTTET Uppföljning av regeringens resultatredovisning för utgiftsområde 17 Kultur, medier, trossamfund och fritid
2013/14:RFR3	KULTURUTSKOTTET En bok är en bok är en bok? – en fördjupningsstudie av e-böckerna i dag
2013/14:RFR4	KULTURUTSKOTTET Offentlig utfrågning om funktionshindersperspektiv i kulturarvet
2013/14:RFR5	TRAFIKUTSKOTTET Hela resan hela året! – En uppföljning av transportsystemets tillgänglighet för personer med funktionsnedsättning
2013/14:RFR6	FINANSUTSKOTTET Finansutskottets offentliga utfrågning om ändring av riksdagens beslut om höjd nedre skiktgräns för statlig inkomstskatt
2013/14:RFR7	SKATTEUTSKOTTET Inventering av skatteforskare 2013
2013/14:RFR8	ARBETSMARKNADSUTSKOTTET Ett förlängt arbetsliv – forskning om arbetstagarnas och arbetsmark- nadens förutsättningar
2013/14:RFR9	SOCIALFÖRSÄKRINGSUTSKOTTET Offentlig utfrågning om vårdnadsbidrag och jämställdhetsbonus
2013/14:RFR10	KONSTITUTIONSUTSKOTTET Subsidiaritet i EU efter Lissabon
2013/14:RFR11	SKATTEUTSKOTTET Utvärdering av skattelättnader för experter, specialister, forskare och andra nyckelpersoner
2013/14:RFR12	UTBILDNINGSUTSKOTTET Utbildningsutskottets offentliga utfrågning om PISA-undersökningen