

Vad bestämmer våra levnadsvanor?

Sammanfattning av diskussionen i riksdagshuset om vad som bestämmer våra levnadsvanor

Sven-Olof Isacsson

Sven-Olof Isacsson är professor i socialmedicin vid Lunds universitet och överläkare vid Malmö Allmänna Sjukhus. Han är också medlem av Jubileumsfondens områdesgrupp för komparativ forskning om samhällsförändringar och svarade för detaljplaneringen av seminariet och var moderator för seminariet tillsammans med före detta stadsrådet Gertrud Sigurdson.

De inledande sex föredragen åtföljdes av en ca två timmar lång och livlig diskussion under ordförandeskap av före detta statsrådet *Gertrud Sigurdson*. Diskussionsdelen inleddes med förberedda inlägg av två riksdagsledamöter.

Bo Holmberg (s) framhöll vikten av att behålla folkhälsopolitiken i Sverige i ett läge då ekonomin är kärv. Han såg ett antal oroande tecken på att vi inte kommer att hålla fast vid den förebyggande folkhälsopolitiken "vilket skulle innebära en stor olycka för landet". Hans budskap var att vi bör hålla fast vid en folkhälsopolitik där vi med faktaunderlag kan gå ut från samhällets sida och hjälpa till med att ändra riskbeteenden som kan minska ohälsa och för tidig död. Folkhälsopolitiken måste ha både ett individ- och ett samhällsperspektiv. Holmberg betonade i sitt inlägg särskilt kostens betydelse för hälsan samt vikten av att utveckla en helhetssyn på hälsofrågorna. Som politiker måste man också kunna fatta beslut som utgår från sunt förnuft - ibland saknas ju tillräckligt med bra faktaunderlag och då måste man ändå bestämma sig. Vidare poängterade Holmberg betydelsen av goda kunskaper om de sociala olikheterna i hälsa och hälso beteende som grund för beslutsfattande.

Barbro Westerholm (fp) anknöt inledningsvis till hälso- och sjukvårdslagen som säger att politiker och andra har ett ansvar för att människor i det här landet ska få hälso- och sjukvård på lika villkor och det innebär ju också att människor ska få kunskap om hur man

bevarar hälsan. Vad politiker inte vill är att gå in och bestämma vilka levnadsvanor människor ska ha. Men när man då har förmedlat kunskap och det visar sig att beteendena fortsätter och innebär avsevärda risker för tredje man, t ex när det gäller tobak och alkohol, då ställs krav på att politikerna gör något. Det är mycket lättare att ta itu med risker som läkemedel eller bekämpningsmedel för med sig. Då behövs det bara ett dödsfall för att politikerna ska få applåder för att ha gått in på scenen för att vidta åtgärder. Men när 10.000 människor dör p g a tobaksbruk, då är situationen en helt annan, eftersom det då handlar om en livsstil som människor har och inte om något medel som andra har pådyvlat eller ordinerat vederbörande. För att visa sig dådkraftig satsar man först pengar på informationskampanjer och man lyfter fram frågan på olika sätt. Det höjer säkert kunskaperna och får en del att förändra livsstil. "I det här landet vet nog varenda vuxen person att det är farligt att röka och jag tror att man vet det långt ner i åldrarna". Ändå röker en tredjedel av befolkningen. Där kommer lagstiftningens roll in. Det är faktiskt så att man ibland måste ta till lagstiftning. Det här är viktigt för att skydda tredje man. Men när det närmar sig val gör alla vad de kan för att skjuta sådana här frågor till andra sidan valet. När det gäller livsstilsfrågor så är man i regel inte överens inom de egna partierna. "Man tycker som man röker, man tycker som man dricker, och det påverkar också vad man vill göra rent politiskt". Historiska exempel som nämndes var lagen om bilbälte - ett högaktuellt exempel var förslaget till ny tobakslag. Westerholm betonade också politikerns roll som förebild för att undvika dubbla budskap. Om man från en myndighet driver frågor om vikten av att få ett tobaksfritt samhälle och om man har hälso- och sjukvårdsminister som är storrökare, så blir budskapet dubbelt - det gäller generaldirektörer och andra också.

Våra vanor - spriten och maten

Få, om några, vanor är så väl rotade i olika kulturer

som alkoholvanor och matvanor. I vissa kulturer dricker man ingen alkohol alls, i andra finns alkoholen med som en naturlig del av måltiden. I vår egen kultur är skålandet och alkoholens förknippade med fest och högtidlighet fortfarande betydelsefullt. Orsakerna till att vi slutligen sväljer ned den mat som vi gör, är också synnerligen komplexa och inte minst beroende av normer, traditioner, pris, smak och mycket annat.

Bengt Erik Andersson, professor i utvecklingspsykologi vid högskolan för lärarutbildning i Stockholm, inledde debatten med att ifrågasätta Grete Bottens påstående om att barn och ungdomar som får lära sig att smaka *alkohol* i hemmet i betydligt större utsträckning sedan missbrukar alkohol än de som inte får det. Vad Grete Botten inte nämnde var vad några forskare ger som förklaring till dessa resultat. Hon nämnde inte att dessa ungdomar aldrig fått lära sig att säga stopp och att få känna på konsekvenserna av vad som händer om man dricker för mycket. Vad de egentligen har lärt sig (enl Andersson) är att det är okey att dricka, men inte mer. Sedan går de ut och tillämpar detta och så dricker de i kamratkretsen och sedan dricker de mer och mer och plötsligt går det snett. Det är ett ganska intressant resultat som visar att vi måste förstå och tolka de här resultaten, det räcker inte att bara framlägga samband. Att alkoholen är en dominerande orsak till ett liv som inte är "gott" enbart, redovisade professor *Charli Eriks-son*, Folkhälsoinstitutet. I den välkända studien 1913 års män i Göteborg intervjuades alla männen bl a om vad de ansåg vara livets goda sidor och livets dåliga sidor. Det som kännetecknade den del av män som sade att livet hade många dåliga sidor var att dödligheten vid uppföljningen flera år senare var 50% i den här gruppen mot 4% i gruppen som tyckte att livet hade flera goda sidor. Det som var gemensamt för gruppen som tyckte att livet hade många dåliga sidor var en mycket hög alkoholkonsumtion. Orsaken till livets dåliga sidor kan ytterst vara andra saker än alkoholen. Olika faktorer kan förklara varför man ökar eller minskar sin alkoholkonsumtion. Forskningsläkaren *Ann Hammarström*, från Luleå redogjorde för sina longitudinella studier av ungdomar som var arbetslösa. Arbetslösa pojkar ökade sin alkoholkonsumtion påtagligt, under det att arbetslösa flickor som blev gravida minskade den. Professor *Per Anders Rydelius*, barnpsykiater från Stockholm, framhöll behovet av prospektiva studier för att få bättre kunskaper om olika gruppers missbruksutveckling. Rydelius har följt barn till alkoholiserade föräldrar under lång tid. Han menar att det är andra

faktorer som förklarar bruk av alkohol än de som förklarar missbruk. Särskilt gäller detta tonårsalkoholism där hemmiljön spelar en mycket stor roll. Barns utveckling beror på ett komplext samspel mellan bl a biologiska, psykologiska, pedagogiska och sociologiska faktorer. Barn från hem där någon av föräldrarna är alkoholist blir i skrämmande hög utsträckning själva alkoholister.

Med anknytning till Sjädes inledande föredrag om vad det är som bestämmer våra *matvanor* förekom flera inlägg om möjligheter och hinder att påverka dessa vanor. Professor *Stephan Rössner*, Stockholm, hade en pessimistisk syn vad beträffar möjligheterna att på kort sikt påverka matvanorna. Till vardags sysslar han med ätbeteendestörningar och klinisk sjukvård och "ser under varje mottagning några ton mänskligt lidande passera". Han framhöll hur oerhört komplexa kostfrågorna är. När det gäller alkohol och narkotika är ju abstinens ett tänkbart alternativ för framgångsrik behandling, men när det gäller mat så måste vi leva med det som är svårast att kontrollera. Forskning har också visat att mat kan vara beroendeframkallande - det gäller i varje fall fett. "Fat drives fat". Det är inte bara smakligheten eftersom vi löser våra kryddor i fett, utan också det faktum att om vi lärt oss att hålla oss till en fettrik kost, så har vi vant oss vid att uppskatta detta och måste lära om oss för att acceptera fettfattigare kost i fortsättningen. Pessimismen vad beträffar möjligheterna att ändra kostvanorna exemplifierade han med att den svenske mannen i genomsnitt gått upp sju hg i vikt och kvinnan fem hg under 80-talet. Alla våra kampanjer till trots, all förekomst av light-produkter, alla motionsaktiviteter till trots, så har vi inte lyckats särskilt bra. Den relativa kroppsvikten har faktiskt gått upp vilket stämmer till eftertanke och uppgivenhet. På lång sikt var han mer optimistisk. I det långsiktiga perspektivet kan ätbeteendet ändras. Den ökande konsumtionen av frukt är ett mycket bra exempel på att det går.

Men massinformationen som medel för att påverka ätbeteendet trodde han inte på. Vi måste ha kunskaper om vad det är för mekanismer som förklarar varför barn tycker att "en kladdig, svettig, varm ostmacka som smakar oregano" kan förknippas med kulinarisk läckerhet och fundera över vad det betyder att man år 2000 räknar med att 25% av alla amerikanska bilar har mikroavgasug. Den nya trenden är att när man åker hem från kontoret plockar man fram en vit papplåda ur garderoben som det står Mrs Smith eller Mr Jones på och sätter sig i bilen. Man kanske har en och en halv tim-

mes körning hem och någon gång under resans gång stoppar man in lådan i ugnen för att med Coca Cola kunna inta måltiden under resan, lyssnandes på radion. På så vis behöver man inte belasta familjen med den gemensamma måltiden när man väl kommer hem på kvällen. Det är alltså ett förskräckande perspektiv och det är väl bara att hoppas att vi ska kunna hitta gemensamma mål för att kunna motverka den här tendensen som river upp allt vad vi tror om familjen och samlingen kring maten som en viktig uppfostrande roll. Rössner nämnde också anorexi-problemet och att 60-70% av tonårsflickor har sysslat med vad de kallar bantning, vare sig det finns indikationer på att detta skulle vara befogat eller inte. Mot den här bakgrunden menade Rössner att massinformation inte hjälper. Vi måste hitta andra kanaler. Långsiktigheten i forskningen måste vara ett viktigt perspektiv. Vi måste få kvalificerade kunskaper om de komplicerade mekanismerna bakom vårt ätbeteende.

Ulla Hagman, chef för näringsenheten på Livsmedelsverket, var inte lika pessimistisk som Rössner. Vi äter mindre fett nu än tidigare, vi äter mer grönsaker och mer frukt. Kanske inte mer bröd än 1965 då Statens institut för folkhälsa ansåg att vi skulle öka brödkonsumtionen mycket. Men hade vi inte haft de här brödiskivorna och kampanjen så kanske brödet hade försvunnit fullständigt. Och hade vi inte haft kampanjerna, samarbetet med butiker, personalrestauranger och symbolmärkningen, så hade vi kanske sett ännu fyrkantigare ut och hade kunnat vara ännu sjukare än idag. "Tillsammans med Folkhälsoinstitutet skall vi nu försöka förbättra våra metoder att nå ut med vår information så att det blir en kan målgruppsanpassas." Hagman höll med Bo Holmberg om betydelsen av att satsa mer på preventivt arbete vad gäller kostvanorna.

De sociala skillnaderna i hälsa och levnadsvanor

Redan i sitt inledande diskussionsinlägg betonade *Bo Holmberg* betydelsen av att ha bra kunskaper om ohälsans och levnadsvanornas sociala skiktning som en utgångspunkt för det förebyggande arbetet. Docent *Denny Wågerö* från Institutet för social forskning i Stockholm, redovisade den potential som finns att förbättra folkhälsan om man ser på skillnaderna i hälsa i olika befolkningsgrupper. Han hade bl a jämfört dödligheten hos högre tjänstemän och övriga befolkningen i åldrarna 20-44 och 45-65 år. Om dödligheten varit lika låg som hos högre tjänstemän skulle 25% av död-

ligheten försvinna bland män i åldrarna 45-64 år. För kvinnor skulle 12% försvinna. Bland yngre män - 20-44 år - skulle hela 32% av dödligheten försvinna - 32% av dödligheten är alltså kopplad till den sociala bakgrunden. Det här visar vilka stora möjligheter det finns, teoretiskt, att göra någonting.

Trots den låga spädbarnsdödligheten i Sverige finns även här sociala skillnader. Om dödligheten i landet var densamma som i högre tjänstemannafamiljer skulle den neonatala dödligheten (första levnadsmånaden) kunna minska med 10% och den postneonatala dödligheten med 29%. Det är visserligen inga höga dödstal det här gäller men det vore en imponerande vinning om vi kunde åstadkomma det. De här sakerna vet man och kan förstå, men vad finns det då för möjlighet att göra någonting åt det? Det är en betydligt svårare fråga. En faktor av betydelse är utbildning. Man vet att den sociala bakgrunden påverkar utbildningsvalet, utbildningstid och utbildningsresultat. En annan faktor är vilken typ av arbete man får eller om man blir arbetslös. Dessa förhållanden spelar stor roll för de redovisade resultaten. En viktig del av förklaringen är att vi har socialt olika ställning i samhället och socialt olika villkor. Man kanske borde utgå ifrån att det är rationellt för alla människor, oavsett den klass man kommer ifrån, att handla rationellt i stor utsträckning. Man kanske röker, men det finns en anledning till att man gör det just då. Man kan tänka sig att människor som är arbetslösa tar arbeten där man riskerar sin hälsa - det är ju rationellt i viss mån. Det är klokt att försöka förstå att bakgrunden av sociala villkor måste styra levnadsvanor vi anammar.

Curt Hagqvist från Centrum för folkhälsoforskning i Värmlands landsting, betonade i sitt inlägg betydelsen av att studera regionala och lokala olikheter i ohälsa och levnadsvanor. Det räcker inte med komparativa studier på nationsnivå. I Värmland analyserar man de stora variationerna i t ex alkohol- och rökvanor som påvisas mellan olika kommuner och olika skolor. Faktorer som studeras är bl a karaktären på skolornas upptagningsområde och faktorer som är knutna till interna skolförhållanden.

Könen: män - kvinnor, pojkar - flickor

Agnet Dreber, sedan 1 juli 1992 generaldirektör och chef för Folkhälsoinstitutet, tyckte att forskningen om ohälsan och dess orsaker haft alltför stor inriktning på sociala skillnader och alltför lite på könsskillnader.

Denny Wågerö framhöll att om dödligheten hos män

var densamma som för kvinnor i åldrarna 20-64 år skulle ungefär en tredjedel av dödsfallen för män försvinna. Detta skulle kunna åstadkommas om män var lite mer lika kvinnor i sitt beteende och sitt sätt att tänka på hälsan.

Ann Hammarström betonade att vi nu har mer vetenskaplig kunskap om varför flickor och pojkar, kvinnor och män beter sig på olika sätt. Det är viktigt att ta till sig det här. När man pratar om att flickor ska kunna ändra sig, då får vi ofta höra en samstämmig kör säga att om vi ska förbättra kvinnors hälsa så ska kvinnor och flickor våga börja prata och våga skaffa sig bättre utbildning och våga göra än det ena än det andra. De ska på så sätt få bättre jobb, bättre ekonomi och på lång sikt bättre hälsa och det ställer alla upp på. Men när vi pratar om att pojkar och män ska ändra sig, då blir det tyst. Det blir väldigt tyst, och så går man över till nästa fråga. I Norge pågår försök som syftar till att få pojkar att ändra sig - just för deras egen hälsas skull och för att de ska lära sig ansvarsorientering. Här måste även vi få ökade kunskaper. När det gäller pojkar borde vi också öka intresset för våldsforskning. Pojkar står för tre fjärdedelar av allt våld som förekommer mellan elever. Det är också väldigt tyst om hur våldsvideor och våldsinslag i media påverkar oss och våra levnadsvanor. Jag tycker att det är viktigt att ta upp svårigheter som ofta grundar sig i omedvetenhet - omedvetna värderingar och omedvetna reflexioner. Det är viktigt att försöka hitta strategier, inom forskningen och i praktiken, för att överbrygga de här omedvetna värderingarna.

Hur påverkar man levnadsvanor?

Betydelsen av goda förebilder diskuterades av flera av deltagarna i seminariet. Hillary Clintons beslut att ingen får röka i Vita Huset var ett exempel som togs fram av *Agneta Dreber*. Hon trodde det skulle få stor betydelse för amerikanarnas inställning till rökning. *Leif Aarö* påpekade att det finns en del studier om detta. De visar självfallet att rökare har svårare att engagera sig i anti-rökningsarbetet. Läkare som röker tvekar att delta i kampanjer mot rökning. Föräldrar som röker eller har en hög alkoholkonsumtion har problem med att klart säga ifrån som de borde. Men Aarö ansåg att det var farligt att dra slutsatsen att man måste vara ett dygdemönster för att kunna ge förnuftiga råd och fungera bra i upplysningsarbetet. Tvärtom bör alla ha rätt att berättiga och agera upplysare, oavsett den egna livsstilen. I

detta finns nämligen en liten viktig mekanism. Kanske är det så att ingen annan hör vad upplysaren säger, men han eller hon hör det själv och påverkar sig själv genom det som blir sagt. Det är i alla fall en effekt som kan utnyttjas.

Docent *Elisabet Arborelius*, psykolog och verksam vid utvecklingsenheten för allmänmedicin i Sollentuna, ansåg att det traditionella sättet allmänläkare använder är att förmedla kunskaper, men det har ganska liten effekt på folks beteende. Ett mera effektivt sätt att arbeta på är att ha ett mycket patientcentrerat förhållningssätt där man utgår från patienten. I det individuella samtalet med patienten har man snarare målsättningen att få patienten att ta ställning till sitt beteende än att man har bestämt sig för att man ska få patienten att ändra beteende.

Professor *Peter Hjort* från Oslo, påpekade att i Norge var det svårt att få med vårdcentralerna i det förebyggande arbetet. De är i bästa fall åskådare, i värsta fall motarbetande, eftersom pengarna tas från det kurativa. Hjort ansåg att det var viktigt att vårdcentralerna var med i det förebyggande arbetet. Han framhöll också kopplingen mellan det förebyggande arbetet och miljö-rörelsen. Det finns större förståelse för miljöproblemen än för hälsoproblemen. Skall man lyckas med hälsoarbetet borde man skapa en folkrörelse och koppla ihop hälsorörelsen med miljö-rörelsen. Hälso-politiskt skulle detta kunna vara en viktig utgångspunkt.

Ann Hammarström redovisade erfarenheter av skadeförebyggande arbete. Detta arbete har nått långt i många sektorer, men skolan har det hittills varit svårt att nå fram till. Men nu, när arbetsmiljölagen även omfattar eleverna, då är alla rektorer och lärare väldigt intresserade. De vill hellre jobba förebyggande än att få vite från yrkesinspektionen på 200 000 kr för att skador inte förhindrats.

Barbro Westerholm redovisade ett annat exempel som tydligt visar betydelsen av ekonomiska incitament för att ändra beteende. I delstaten Georgia i USA hade man gått ut med en informationskampanj om vikten av bilbälten för att man inte skulle skadas allvarligt vid bilkrockar. I Texas gick man ett steg längre och införde en lagstiftning som innebar att man fick böta 50 dollar om man körde utan bilbälte. Resultatet blev att i Georgia körde två personer av tio med bilbälte, i Texas sju av tio. Värderingen av sin egen hälsa och risken att köra ihjäl sig eller få en allvarlig skullskada vägde inte lika tungt som att få 50 dollar i böter. Westerholm efterlyste

forskning om varför man betar sig på det här sättet.

Charli Eriksson poängterade betydelsen av att utveckla metoder för att påverka iakttaga skillnader i levnadsvanor, riskfaktorer och ohälsa mellan olika sociala grupper. Professor *Olle Bygren*, socialmedicinare från Umeå, redovisade erfarenheter från fyra veckors patientutbildning för att förändra levnadsvanor och riskfaktormönster hos patienter med hjärt-kärlsjukdomar. Man hade nu sammanställt resultaten från utbildningen av de första 1000 patienterna. Effekterna på riskfaktorerna av rökning och kolesterolvärden var mycket påtagliga vid femårsuppföljningen. Och effekterna var mera uttalade i gruppen arbetare än hos gruppen tjänstemän. Umeåmaterialet omfattar patienter som är mycket motiverade att delta i den beskrivna patientutbildningen.

Slutligen redovisade *Bert Forsberg*, själv patient (ladad med riskfaktorer och med flera infarkter och genomgånga kranskärlsoperationer) erfarenheterna av den patientutbildning han fått i Uppsala. Utbildningen leddes av psykolog och genomfördes i gruppform och som en dialog. Nu mådde han utmärkt och hoppades att politikerna skulle satsa pengar på sådan verksamhet och inte bara på operationer och annat som kan mätas efter olika prislistor. Läkaren *Margareta Troein* från Institutionen för klinisk samhällsmedicin i Malmö, redovisade resultat från sin kommunikationsforskning om betydelsen av den ymnigt förekommande skriftliga informationen om livsstilsförändringar som delas ut till patienter. Hon framhöll betydelsen av att gå vidare med patientcentrerade metoder och var tveksam till om man över huvud taget får ut något gott av det skriftliga materialet.

Ekonomi och etik

Hur individens beteende påverkas av prissystem m m berördes i flera inlägg. Nämda är redan Hammarströms exempel från skolvärlden och Westerholms från bilbälteskampanjerna i USA.

Docent *Carl Hampus Lyttkens*, hälsoekonom från Institutionen för klinisk samhällsmedicin i Malmö, redovisade hur *hälsoekonomerna* kan medverka i forskningen om vad som bestämmer våra levnadsvanor. En gren av hälsoekonomin handlar om hur individen väljer att hantera sin hälsa, vilka risker man utsätter sig för om man röker eller spelar korpfboll. Det finns risker vi utsätter oss för, vi skyddar oss mot sjukdom, vi söker läkarvård under olika omständigheter. Detta är

frågor som intresserar hälsoekonomerna liksom hur vårt hälsobeteende påverkas av faktorer som vår inkomst, vår förmögenhet och inte minst vår utbildningsnivå. En pusselbit som automatiskt kommer med är individernas kapacitet till egenvård och hur det påverkas av utbildningsnivå och annat. Lyttkens medverkar i ett forskningsprogram där individers hälsobeteende och dess betydelse för möjligheterna till prevention och hälsoarbete studeras utgående från ekonomiska, medicinska och sociologiska infallsvinklar. Programmet finansieras av Socialvetenskapliga forskningsrådet.

Etiska aspekter på prevention berördes endast marginellt i diskussionen. En hel artikel om detta centrala problem, författad av professor *Göran Hermerén* finns med på annan plats i detta nummer av Socialmedicinsk tidskrift. Både *Bo Holmberg* och *Barbro Westerholm* framhöll att det inte är politikernas roll att tala om hur människor ska bete sig för att bevara en god hälsa. Däremot är det politikernas uppgift att skapa sådana förutsättningar i samhället att människor väljer ett hälsoriktigt beteende. Ibland måste kanske lagstiftning tillgripas, inte minst för att skydda tredje part, (t ex åtgärder mot passiv rökning). *Sven Bremberg*, docent i socialmedicin från Stockholm, framhöll betydelsen av att målgruppen man riktar sig till i det förebyggande arbetet uppfattar frågan som klart relevant. Han menar att det var inte fallet i Sverige jämfört med en del andra länder.

Forskning, politik och framtid

Professor *Peter Hjort* från Oslo, menade att forskningen bör hämta sina idéer från politiken och politikerna bör bruka forskningens erfarenheter. Inom forskningen har många ansett att man bör fjärra sig från en rent medicinsk modell och närma sig en tvärvetenskaplig. Antagligen har vi använt oss av den medicinska modellen så långt det går och nu räcker den inte längre. Det förebyggande arbetet måste bedrivas på tre nivåer: individnivå, gruppnivå och samhällsnivå. Speciellt viktigt är det att studera olikheterna. Det har sagts mycket om olikheterna som kön, yrke, utbildning och geografi. Det är bra utgångspunkter för den fortsatta forskningen. Ändå är det politiken som är den mest spännande frågan. Egentligen, om man ser tillbaka, är det bara förebyggandet av hjärt-kärlsjukdomar som gått bra. Allt annat går relativt dåligt; våld, självmord, berusning, skilsmässor, kriminalitet osv. Det som gör en förbryllad är att vi alla vet att allt detta går dåligt. Ändå finner

vi en trygg liten nisch omkring hjärt-kärlsjukdomarna och forskar och bedriver politik där. Hjort efterlyste därför en total analys av sammanhangen mellan allt detta och menade att det kräver en ärlighet som vi i realiteten inte har, varken forskarna eller politikerna. Så länge vi inte gör en total analys av vart detta kommer att bära hän, så kommer vi ingen vart.

Några frågor är synnerligen viktiga i detta sammanhang. Om människor inte har ett individuellt hopp, en framtidsstro och en positiv självbild så kan man inte förvänta sig att de ska engagera sig i sin egen hälsa. Några har ansett att detta är medfödda saker men det finns helt uppenbara samband med samhället omkring oss. Vi kan inte gå ut till en arbetslös och säga att "det du bör göra för din framtid är att slut röka". Även om han borde göra det. Unga människor frågar varför de ska engagera sig i sin egen hälsa då ingen har användning för den. Vi producerar en generation människor som det inte finns någon användning för. Det är sannolikt förklaringen till varför så många av dessa saker går fel.

Charli Eriksson återkom i det här sammanhanget till frågan om det goda livet. Vad är det som vi ser som det goda livet och på vilket sätt ska vi skapa förutsättningar för oss själva och andra att påverka och nå de här målen? Den svenska befolkningen är inte ensartad. Den består av grupper av människor med olika rationalitet, grupper för vilka hälsa ibland är högt prioriterad men ofta är det helt andra värden och livsmål som man vill lyfta fram. Detta måste beaktas i forskningen. I arbetet med folkhälsan handlar det om att möta människor i den vardag de befinner sig. Både bland äldre och yngre människor tänker man och ser ofta annorlunda på sa-

ker. Vid sidan av social gruppering och kön är det därför oerhört viktigt att ta åldersgrupperingen på allvar. Vi måste se hur vi ska kunna skapa förutsättningar för ett brett opinionsbildande, engagerande arbete som inte bara ger förklaringar och undanflykter utan också leder till ett engagemang i ett socialt sammanhang och inte bara för den enskilde individen.

Barbro Westerholm framhöll betydelsen av att vi nu fått ett Folkhälsoinstitut. Härigenom kan folkhälsofrågorna organiseras i en fristående myndighet som också rymmer forskningsresurser och kontakter med forskarvärlden (speciella resurser har redan tillförts bl a medicinska fakulteten vid Lunds universitet samt universitetet i Umeå).

Leif Aarö tog upp frågan om betydelsen av kunskap som bas för att ändra beteendet. I mer än 20 år har man känt till att kunskapen har mycket låg korrelation till beteende. Han varnade emellertid för att gå för långt. Kanske är vi i färd med att dra slutsatserna att kunskaper är oviktig. Men en sådan brist på korrelation betyder inte att kunskapen är oviktig. Det betyder bara att vi kan hysa väldigt litet hopp om att direkt och omedelbart kunna påverka beteenden genom kunskapsförändring. Men självfallet är kunskaper viktiga; de präglar kulturer, hela befolkningar och samhällsgrupper. Den epidemiologiska kunskapen är särskilt viktig. Den är nödvändig och viktig som grund för det förebyggande arbetet och utgör underlag för beslut inom många områden i politiken och i samhället i övrigt. Men den är otillräcklig för att skapa en beteendeförändring hos enskild individ. Slutsatsen är att vi bör ha en kultur och ett samhälle som baseras på hög kunskapsnivå.

Socialmedicinsk tidskrifts temanummer

Folkhälsa - historiska och etiska perspektiv (nr 2-3/93)

Historiskt sett har folkhälsoarbetet präglats av två skilda synpunkter som i sin tur bestämt vilka(s) intressen som prioriteras. Det ena är det som kallas samhällskritiskt och det andra samhällsbevarande folkhälsoarbete.

Detta temanummer vill belysa de inneboende konflikterna mellan dessa (och ytterligare andra) intressen - var skärningspunkten har legat i ett tillbakablickande perspektiv och var de ligger idag.

Gästredaktör är Karin Johannisson, t f professor i idé och lärdoms historia

Bland **författarna** finns: Gunnar Boberg, Nina Nikku, Tore Nilstun, Sven-Åke Lindgren, Eva Palmblad, Nils Uddenberg, Bengt Erik Eriksson, Roger Qvarsell m fl.