

Birgitta Strandvik, ordförande i Svenska Läkaresällskapet och professor i pediatrik, är bekymrad för dagens samhällsutveckling, som också smittat vården och forskningen: »Det går bara fortare och fortare. Många undersökningar visar nu att även barnen är stressade, dvs det växer upp ett nytt släkte som är stressat redan från barndomen. Vad betyder det för framtidens sjukdomspanorama? Om vi människor inte ska bli ihjälstressade, om vi inte ska gå mot vår egen undergång, så krävs ett paradigmskifte.«

Birgitta Strandvik efterlyser paradigmskifte

När dagens Mammon får styra ... vem tar ansvar för framtiden?

■ Birgitta Strandvik är bekymrad. Hon är bekymrad för utvecklingen i samhället – och i synnerhet för utvecklingen inom sjukvård och forskning, dessa två så tätt sammanflätade enheter.

– En högkvalitativ forskning förutsätter en högkvalitativ sjukvård. Och det är forskning som ger framtidens sjukvård.

Nu hotas kvaliteten, poängterar hon.

– Det största hotet är bristen på tid. Hetsen i samhället har nått in i sjukvården och forskningen, vi har fått in fel tendenser. Allt ska gå så fort. Och det är mycket allvarligt när det handlar om att ta hand om människor.

Hon talar om läkekonst.

– Det gäller att se patienten, inte bara testresultat. Vad ögat ser, handen känner, örat hör och vad näsan luktar sig till – allt detta är läkekonst.

Och det kräver tid, den största bristvaran i dagens sjukvård, poängterar hon.

Hon har ett gediget perspektiv att se tillbaka på. Hon blev läkare under 1960-talet, i en tid då det fanns mer livgivande luft i såväl utbildningen som vården och forskningen.

– Det är paradoxalt att det nu talas om

nedskränningar i läkarutbildningen, att det ska bli fortare färdigt. Med dagens alltmer komplexa kunskapsmassa borde ju utbildningen få ta längre tid! Vi hade mer tid på oss i läkarutbildningen, kurserna var längre och vi fick dessutom en naturlig bedside-undervisning i läkekonst. Idag måste vi ge kurser i det och ordna speciella undervisningsronder, eftersom vi inte hinner med i kliniken. Vi såg och lärde patient-läkarkommunikation av läkare som blev föredömen, positiva såväl som negativa.

Idag, en 35 år senare, är hon ordförande i Svenska Läkaresällskapet – svensk läkarvetenskaps främsta forum.

Hon är också professor i pediatrik vid Göteborgs universitet, där hon även har ett förflutet som prorektor under en tvåårsperiod på 1990-talet.

– Det var en mycket intressant tid, det gav mig en ödmjukhet inför hur hela universitetsvärlden, hela kunskapsvärlden, fungerar. Vi har mycket att lära av varandra över fakultetsgränserna, här finns mycket stimulans att hämta.

Och så är hon överläkare vid Drottning Silvias barn- och ungdomssjukhus i Göteborg – och en världsauktoritet inom cystisk fibros. Det är mycket tack

vare Birgitta Strandviks insatser sedan mitten av 1970-talet som Sverige idag med råge toppar överlevnadslistan för patienter med cystisk fibros; svenska patienter har en genomsnittlig överlevnad på över 50 år, medan snittet är 32 år i USA och Europa (frånsett Danmark där snittet är 44 år)!

Men vägen fram till pediatriken var inte helt självklar. Hon hade börjat läsa medicin utifrån ett starkt intresse för biologi. Om hon inte kommit in på läkarutbildningen, hade hon läst zoologi i stället. Ändå började hon medicinstudierna med den bestämda tanken att hon ville bli ... psykiater – ända fram till psykiatrikursen.

– Under de första utbildningsåren ville jag absolut bli psykiater, trots att jag redan efter ett år hade börjat som amanuens på histologen. Jag hade också ett stort humanistiskt intresse, under studentåren läste jag mycket skönlitteratur. Men det var så rörigt inom psykiatin, så mycket konflikter. Jag var mycket imponerad av en del psykiatrer, väldigt skrämde av andra.

Ok, hon lade psykiaterdrömmen på hyllan, fortsatte som amanuens på histo-



logen och gick vidare i utbildningen med nyväckt intresse inför varje kurs: »Kan det här vara något?»

Det var först under en av de sista kurserna, den i pediatrik, som hon fann det hon sökte.

– Jag gick pediatrikkursen för Rolf Zetterström och blev fullständigt fascinerad. Han förenade naturvetenskaplig nyfikenhet med förmåga att se kliniska orsakssammanhang. I första hand var det läraren, föredömet, som fängslade mig.

Då bestämde hon sig för att bli barnläkare.

Hon hade sedan förmånen, säger hon, att få vikariera på, numera nedlagda, Kronprinsessan Lovisas barnsjukhus i Stockholm.

Hon lämnade histologen, där hon varit på väg mot en avhandling i teratologi, och valde en annan forskningsinriktning, kemin. Hon gick en terminslång forskningskurs för att lära sig kemiska metoder. Den avhandling hon sedan skrev handlade om gallsyrastudier på små barn: »Det var alldeles nytt då», säger hon.

Tidigt kom hon in på gastroenterolo-

gin inom pediatriken och byggde upp en verksamhet vid Kronprinsessan Lovisa, bl a med tarmbiopsier som hon lärt sig under en studietid i Finland, metoder för att mäta trypsinhalt i tarmsaft, svett-test.

Hon drevs av en ungdomlig entusiasm, säger hon, »man ville göra en massa grejer». I mitten av 1970-talet blev hon tillfrågad om hon ville starta barnkliniken på, det då nybyggda, Huddinge sjukhus i Stockholm.

– Det tog jag som en utmaning. Tanken var att jag bara skulle vara där en tid och sedan komma tillbaka till S:t Görans sjukhus, dit det då nedlagda Kronprinsessan Lovisas barnsjukhus hade flyttats. Men jag blev kvar på Huddinge i 15 år, jag trivdes så bra där.

Där byggde hon upp ett centrum, efter internationella förebilder, för patienter med cystisk fibros – en patientgrupp hon kommit nära tack vare sitt intresse för gastroenterologi.

Men det var Hans Kollberg som införde idén i landet att vården av dessa patienter skulle vinna på att centraliseras, framhåller hon.

– Han hade skrivit en avhandling om cystisk fibros och byggt upp en verk-

samhet i Uppsala, innan han flyttade till Umeå. Jag nappade på idén, åkte runt i USA, tittade på många centrum och lärde mig. Så byggdes verksamheten upp gradvis vartefter patientantalet växte. Idag är Stockholmscentrumet som jag en gång startade landets största.

Efter 15 år vid Huddinge sjukhus tänkte hon: »Antingen stannar jag här 15 år till, eller så gör jag något annat.» Det blev professuren i Göteborg 1990.

Här fanns inget centrum för patienter med cystisk fibros, hon började från scratch och byggde upp ett där också.

– Det tog några år, det var inte så lätt. Det är inte alltid man möts av förståelse: »Varför ska vi ge dig ett centrum?» fick jag höra. Jag svarade: »Det är inte jag som ska ha det, det är patienterna.»

Förutom i Göteborg och Stockholm finns nu centrum för behandling av patienter med cystisk fibros också i Lund och Uppsala (en »avknoppning» från Huddinge).

– Dessa patienter är så individuella, för optimal vård krävs personkännedom om var och en. Därför ska inte enheterna bli för stora, runt 150 patienter tror jag är det maximala antalet.

Att Sverige har den överlägset bästa

överlevnaden i den sjukdomen anser hon hänger ihop med dels antalet patienter per centrum (i t ex USA finns centrum för uppåt 400 patienter), dels möjligheter att förskriva de bästa antibiotika, dels tidig behandling av den speciella fettsyrabrist dessa patienter har.

– Tidigt införde vi också modellen att patienterna behandlar sig själva hemma med antibiotika intravenöst. På så sätt har vi sparat betydande belopp, för både samhället och sjukvården. Patienterna kommer tidigare till behandling och är därför i bättre kliniskt skick och kan sköta arbete eller skolgång, vilket bidrar till BNP. Dessutom spar vi vårdkostnader, eftersom de inte är ineliggande under behandlingen.

Birgitta Strandvik tror att vården över huvud taget skulle vinna på mer av centraliseringar.

– Se t ex på barnhjärtkirurgin där Socialstyrelsen bestämde att den bara ska göras på två ställen. Resultaten förbättrades ju oerhört. Och så skulle vi kunna göra med fler områden av specialkirurgisk eller specialmedicinsk vård, säger hon och nämner t ex levertransplantationerna som är centraliserade till Stockholm och Göteborg (det var för övrigt en av hennes patienter som blev den första att levertransplanteras i landet).

Bygg ut patienthotellen och satsa mer på centrumbildningar! Det ger bättre resultat, för både patienten och samhället, poängterar Birgitta Strandvik.

– Men det ska inte centraliseras bara till Stockholm, Göteborg och Lund. Det måste fördelas.

Basalsjukvård måste givetvis finnas tillgänglig överallt, säger hon också, samtidigt som hon betonar att sjukvården måste vara solidarisk – lika sjukvård till alla, oavsett plånbokens tjocklek.

– Vi hade en mer solidarisk sjukvård innan neddragningarna började.

En mer centraliserad vård kan vara en del av det paradigmskifte – i samhället i stort, i vården och forskningen i synnerhet – som hon efterlyser.

Hon nämner också den kommitté som Läkaresällskapet nyligen tillsatt för att diskutera kring läkemedelsfrågor.

– Det är oerhört viktigt. Hur gör vi med de ökande läkemedelskostnaderna och läkemedelsföretagens makt? Hur kan vi se till att få en mer opartisk, neutral kontroll? I den sk edhagska utredningen föreslås en läkemedelsnämnd, som ska samarbeta med Läkemedelsverket, och det kanske inte vore så dumt. Vi måste ha bättre styrning av vilka läkemedel som förskrivs, vi måste sätta vissa gränser.

Samtidigt betonar hon starkt en öppen förskrivningsrätt.

– Vi som behandlar patienter måste få välja preparat, eftersom patienter kan reagera så olika på olika medel. Men vi måste också vara medvetna om priset.

Hon efterlyser därför ett landsomfattande, datoriserat förskrivningsstöd där kostnadeffektiva preparat markeras.

– Ett sådant system skulle underlätta och effektivisera mycket.

En närliggande idé är den om ett individuellt »smart card« som skulle gälla i samtliga landsting. Det skulle också kunna göra vården mer effektiv, säger hon.

På ett sådant kort, som varje patient själv har hand om för att garantera integritet, förs in journaluppgifter, laboratorievar, behandlingar etc. Dessutom

Vi har alla ett självklart ansvar att vara kostnads-effektiva. Men det allra viktigaste kan inte vara att budgeten går ihop när man arbetar med människor.

kan i detta datasystem (som självklart måste vara enhetligt över landet) alltså även läggas in aktuella uppgifter om läkemedel, läkemedelsinteraktioner, behandlingsprinciper etc.

– Då kan vi lättare behandla patienter, samordna forskning och bilda nätverk, även med längre avstånd. Det är en miljardsatsning, men jag tror att vi får igen den på några år, i form av en effektivare vård.

Jo, vården måste få en mer effektiv organisation – och därmed också mer *luft*, mer *tid*, menar hon.

Hon är återigen inne på läkekonst. (Hon har förresten skrivit en lärobok i medicinsk psykologi, »Psykologi för läkare i kroppssjukvården«, tillsammans med Franz Bårány. Den kom ut 1994 och skulle egentligen haft den mer raka titeln »Läkar-patientrelation«, men så blev det inte.)

Nu talar hon om den så viktiga »digereringstiden«, dvs den tid som behövs för att reflektera över och sammansätta information om en patient för att komma fram till diagnos, terapival etc. Denna tid har krympt i takt med att vården pressats och vårdtiderna kortats.

– Förut, med patienterna ineliggande, hade vi den tiden »bedside«. Vi kunde då, tillsammans med patienten, sammanställa all den information en utredning gett. Men hur många gånger har man nu inte suttit där på mottagningen, med hjärtat i halsgropen, medan patienten väntar i väntrummet. Man har inte hunnit, det finns ingen tid avsatt för detta.

– Vi har alla ett självklart ansvar att vara kostnadeffektiva. Men det allra viktigaste kan inte vara att budgeten går ihop när man arbetar med människor. Vi måste kunna erbjuda patienterna det vi kan. Och sjukvården måste självklart bli dyrare med nya läkemedel, nya behandlingsmöjligheter och en allt äldre befolkning.

Men idag handlar det om prioriteringar, och då måste också politikerna vara medvetna om vart prioriteringarna bär, säger hon.

– Många gånger menar de att vi ska trola med knäna och klara alla patienter ändå. De patienter som vi måste neka vård, dem ska också politikerna se i ögonen och säga nej till. Men vi har exempel på motsatsen.

Läkaresällskapet har nyligen tillsatt en arbetsgrupp för att i sektionerna diskutera kring prioriteringar i vården: dels »horisontella«, dels »vertikala« (dvs där satsningar inom olika specialiteter ställs mot varandra).

– Den arbetsgruppen får väl ett evighetsjobb, det kommer ständigt nya diagnoser, nya prioriteringar. Men det är viktigt att hålla diskussionen aktuell.

Tredje man, patienten, ska inte drabbas – det är ambitionen hos dem som arbetar i vården, betonar Birgitta Strandvik.

– En stor del av dagens sjukvårdskris beror på att politikerna inte har lyssnat när vi sagt: »Det här går inte.« De har bara svarat: »Det går ju visst. Titta, ni har sparat och ändå har produktionen ökat.«

Och så pressas vården litet till, och litet till.

– Då slutar de som har möjlighet till det och som känner att det här vill de inte vara med om. Men den stora delen, som vi ser nu, det är att personalen pressas tills de inte orkar längre. Många människor slits ut i vården idag. Och för dem finns ingen återvändo, de kommer inte tillbaka efter utbrändhet, eller utmattningsdepression. Då är vi illa ute.

Nu börjar politikerna visserligen säga att det nog behövs mer pengar i sjukvården, fortsätter hon.

– Men det är litet sent. Och jag är inte säker på att det bara handlar om pengar. Det handlar framför allt om tid. Det handlar om hetsen, om fel tendenser i vården, om sjukvårdsorganisationen i sin helhet.



Den patientnära forskningen har fått ta stryk under senare år, i den pressade sjukvården. Och forskningsintresset bland dagens unga läkare minskar, vilket är oroande, betonar Birgitta Strandvik. En orsak är det förändrade meriteringssystemet. Tidigare gick det inte att bli överläkare ens i landsorten utan att ha disputerat. Idag kan en odisputerad läkare bli överläkare på en universitetsklinik: »Tidigare såg man forskning som ett sätt att lära sig kritiskt tänkande. Idag är det pengarna som styr, då behöver man inte vara så kritisk. I stället kanske lyddighet premieras.»

Vården har för mycket av industriellt tänkande i sig, för mycket av industriella produktionsmått, menar hon.

– Vi måste hitta andra sätt att mäta effekten av det vi gör, vi måste få arbeta med långsiktiga mål som passar sjukvården. Kanske vore det bättre att få betalt för hur friska patienterna är? Men då måste politiker och administratörer lita på oss som arbetar i sjukvården, att vi är kostnadseffektiva.

Idag finns inte det förtroendet. I stället finns ett misstroende, och det är tragiskt, det har ställt till med mycket, konstaterar hon.

– Det är inte bara politikernas fel, det är också doktorernas. Och det bottnar i en dålig kommunikation. Vad den beror på, det kan man diskutera.

En bättre kommunikation för att åter skapa förtroendet, viktigt för att förändra vården, anser Birgitta Strandvik.

Nu är just detta – att bygga kommunikation för att få förtroendet åter – en av hennes viktigaste uppgifter som ordförande i Svenska Läkaresällskapet.

– Jag arbetar för det, men det går inte på en dag. Men vi har en dialog igång, på regeringsnivå, med Socialstyrelsen, Landstingsförbundet etc.

I slutänden handlar det om en bättre sjukvård, en bättre forskning. Sjukvård och forskning, tätt sammanflätade: »En högkvalitativ forskning förutsätter en högkvalitativ sjukvård.»

För det är inte bara vården, utan också den patientnära forskningen som tagit stryk under senare år, konstaterar hon. Forskningsanslag har dragits ner, antalet publikationer har minskat och forskningsintresset bland unga läkare är lägre idag.

– Jag tror att det till en del hänger ihop med den ökade hetsen, att det blivit

allt mer »tight« i sjukvården. Forskning kräver tid att tänka!

Därför har nu Läkaresällskapet tillsatt ytterligare en arbetsgrupp, för att diskutera just klinisk forskning och sjukvårdens organisation. Gruppen har börjat med att utreda den landstingsdrivna kliniska forskningen.

– Landstingen har idag en skyldighet att satsa på forskning. Vår utredning visar att de satsar rätt mycket, men att resultaten av forskningen ofta inte når ut mer än som en rapport på den egna kliniken. Om resultaten inte publiceras i tidskrifter efter vetenskaplig granskning, då kan också kvaliteten ifrågasättas. Det är därför viktigt att de här pengarna synliggörs och kvalitetsmärks på ett annat sätt.

Under hösten ordnar Läkaresällskapet ett par seminarier för att diskutera klinisk forskning, t ex universitetssjukhusens roll som ett nav i regionen för att stimulera forskning.

– Jag tror inte att vi kan komma fram till något konstruktivt om hur vi kan förbättra den patientnära forskningen, om vi inte samtidigt tittar på sjukvårdens organisation. Och det kräver en dialog med beslutsfattarna.

Det finns de, politiker och andra, som tycker att forskning inte är så viktig, som menar att »ni kan väl läsa er till vad andra gör«, säger Birgitta Strandvik.

– Men de har inte förstått att det också handlar om ett förhållningssätt, om att kritiskt kunna värdera både vad man läser och vad man gör.

Och det finns de som säger att »vi har det väl så bra«, fortsätter hon.

– Visst, man kan vila på gamla lagrar ett tag, men inte hur länge som helst. Och det tar lång tid att bygga upp välfungerande system som rivits ner.

Forskning är en viktig förutsättning för att utveckla vården. Och läkare behövs inom forskningen, betonar hon.

– Idag finns många forskningsintresserade biologer och molekylärgenetiker, men dagens unga läkare är inte intresserade av forskning. Och det är en trend över världen.

Det är en allvarlig trend, menar hon, det är viktigt att doktorer som förstår sjukdomssammanhang finns med i forskningen.

– Om forskningen tas över av molekylärgenetiker och biologer, då tappar vi sambandet till kliniken. Basalforskning är mycket viktig, den ska inte bromsas. Men för att litet snabbare få en relation till den sjuka människan måste vi få mer kopplingar mellan preklinisk och klinisk.

Numera har ju statliga medel för klinisk forskning också öronmärkts, för att

inte plöjas ner i sjukvårdsekonomin.

– Därför kan vi erbjuda unga doktorer forskningsledighet några månader. Men de vill inte, då halkar de efter i meritering och löneutveckling! Vad ska vi forska för? undrar de.

Meriteringssystemet har förändrats. Tidigare gick det inte att bli överläkare ens i landsorten utan att ha disputerat. Idag kan en odisputerad läkare bli överläkare på en universitetsklinik, säger hon.

– Tidigare såg man forskning som ett sätt att lära sig kritiskt tänkande, och man insåg att det var viktigt. Idag är det pengarna som styr, då behöver man inte vara så kritisk. I stället kanske lyddighet premieras.

Lyddighet gentemot arbetsgivaren?

– Javisst! Omsättningen av klinikchefer och sjukhusdirektörer har ju varit enorm. Antingen är de inte tillräckligt lyddiga, och då byts de ut. Eller så slutar de själva när de känner att uppgiften är omöjlig.

Professorerna, som tidigare hade tyngd i sjukvården, har blivit alltmer lättviktiga.

– Vi professorer har omyndigförklarat som ledare i sjukvården. Vilket jag tror har varit ett sätt att manipulera bort oss: vi har vågat säga emot, vara obekväma. Det har sagts att professorer inte duger att leda kliniker. Men det är inte sant, som forskningsledare har vi i högsta grad lärt oss att leda och hantera budget.

Men, rör det sig om miljardbudgetar behövs givetvis kvalificerad personal till hjälp, också för dagens klinikchefer, betonar hon och talar med viss längtan om forna tiders sjukhusledning bestående av professorer, styresmän, husmodrar.

– Bland dem som nu blir ledare finns heller inget intresse för forskning. De har nått en ledarposition på andra meriter. Deras viktigaste funktion är att hålla budget, det är det som gör att många inte står ut, utan hoppar av. Och om man klarar att ha som viktigaste funktion att hålla budget, då har man kanske inte heller riktig förståelse för vad som är patientens bästa. Det hänger ihop med andra värden än att budgeten går ihop.

Nej, gå tillbaka till systemet med professorer som klinikchefer, det ger en naturlig integrering av forskning i sjukvården, betonar Birgitta Strandvik.

Hon är kritisk, Birgitta Strandvik. Mycket har kommit på sned, tycker hon.

Samtidigt är hon fascinerad av tidens utveckling: »Man önskar att man kunde få börja sitt liv nu, det är så otroligt spännande«, säger hon.

Då handlar det om hennes ursprungliga fascination, det där som gjorde att

hon en gång valde läkaryrket – ett starkt intresse för biologi. Hon tar exempel från utvecklingen inom sitt eget område, redan 1989 identifierades genen för cystisk fibros.

– Det fascinerande med den sjukdomen är att den är så mångfacetterad. Då 1989 sade man: »Nu är det här snart löst, det här är en modell för genterapi.« Men ännu idag har vi varken genterapi eller annan bot. Vi har lärt oss en massa om sjukdomen, men egentligen bara att den är betydligt mer komplicerad än vi trodde.

Det är en lärdom för hela vetenskaps-samhället, för de enorma förväntningarna nu efter kartläggningen av den mänskliga arvsmassan, betonar hon.

– Det är en ocean av kunskap vi står inför. Och de omedelbara vinsterna för patienterna kan dröja mycket länge. Men det är otroligt spännande.

Jo, det var naturvetenskapen hon en gång fascinerades av, och kopplingen

Det är en chimär att kvinnor och män kan dela lika.

till den friska och den sjuka människan. Den fascinationen har drivit henne genom åren – år av mycket slit, jobb, sena kvällar, resor.

Men, och det säger hon mycket bestämt, hon hade aldrig nått hit – till ordförandeskapet i Svenska Läkaresällskapet och till professuren i pediatrik – utan barnflicka till de två, idag vuxna, barnen!

– Det är jag helt säker på. Jag hade aldrig kunnat arbeta så om vi inte haft möjlighet att ha en barnflicka boende hos oss.

Full jämställdhet kan aldrig nås utan möjlighet till hjälp hemma, säger Birgitta Strandvik som under prorektorstiden också var ansvarig för jämställdhetsfrågor.

– Det är en chimär att kvinnor och män kan dela lika. Trots dagens jämställdhet och unga mäns duktighet, är det ändå till stor del kvinnan som har ansvar i hemmet. Eftersom vi föder barnen, tar vi kvinnor över en stor del av det ansvaret.

Men att arbeta hemma hos andra är idag ett nedvärderat arbete, konstaterar hon.

– Jag förstår inte att det arbetet ned-

värderas. Det finns många kvinnor som finner en tillfredsställelse i hemarbete. Varför ska de då inte få det, varför ska vi se ned på det? Men jag vet att många unga blir arga på mig när jag säger det här, de tycker det är gammaldags. Självt är jag uppfostrad i ett enkelt hem, jag hade en hemmamamma. Jag tyckte hon var fantastisk, jag beundrar henne oerhört. Hemmafruvar har gjort ett fantastiskt arbete under alla år.

Att uppfostra barn är det mest värdefulla arbetet i samhället, säger Birgitta Strandvik – barnläkaren.

Nu hettar hon till igen, hon är orolig för barnen, för morgondagens framtid. Hon är upprörd inte bara över nedvärderingen av hemarbetet – utan också över hur skolan och lärarjobbet kommit på efterkälken.

– Kanske jag inte hade blivit läkare om jag inte hade haft de lärare jag hade i skolan. På gymnasiet fick ingen undervisa som inte var lektor, dvs som hade disputerat. Vi hade lärare som hade halvtidstjänst i skolan och halvtid på universitet. Det var en oerhörd stimulans med så kunniga lärare. Och det var inget märkvärdigt högstadiesgymnasium. Idag finns ju lärare som inte ens har behörighet. Och en tredjedel går ut skolan utan godkända betyg. Det är en sådan nedvärdering av våra unga.

Ansaret för framtiden har kommit bort i dagens kortsiktiga politik, tycker hon.

Lika illa är det med behandlingen av de äldre.

– Se på ädel-reformen, det är en skandal hur de gamla som byggt upp Sverige nu behandlas. Jag är oerhört upprörd, lika upprörd över hur de äldre behandlas som över nedvärderingen av barnen. Det är så ovärdigt, så kortsiktigt, det är Mammon som styr.

Och så detta högt uppskrivade samhällstempo som smittat värden och forskningen med »fel tendenser«, som hon säger.

– Det går bara fortare och fortare, i hela vårt samhälle. Nu visar många undersökningar att även barnen är stressade. Vi vet ju att stress har negativ, skadlig effekt. Och nu växer ett nytt släkte upp som är stressat redan från barndomen. Vad betyder det för framtidens sjukdomspanorama? Om vi människor inte ska bli ihjälstressade, om vi inte ska gå mot vår egen undergång, så måste det till ett paradigmskifte, där vi lugnar ner oss på alla plan. Men vem slår av på takten, vem drar i nödbromsen?

Det undrar Birgitta Strandvik.

TEXT: **Birgit Wilhelmson**

FOTO: **Jacob Forsell**