



FOLKHÄLSOPOLITISKT PROGRAM

FÖR

NORRLANDSTINGEN

2012 – 2014

”En god hälsa på lika villkor för hela befolkningen”

Det nationella folkhälsomålet är att skapa samhälleliga förutsättningar för en god hälsa på lika villkor för hela befolkningen. Folkhälsan i vår tid hotas av flera faktorer, som t ex tillgång till arbete, olika förutsättningar på grund av ekonomi, etnicitet, genus och funktionsnedsättningar. Individerna har själva genom sina levnadsvanor ett stort ansvar för sin hälsa. Men kommuner och landsting har ansvar för att bidra till levnadsförhållanden som främjar hälsan och stöttar individen att utveckla och behålla goda levnadsvanor. Folkhälsa är således inte endast en fråga om hur befolkningen mår utan hur hälsan är fördelad bland befolkningen.

Norrlandstingen har under många år arbetet gemensamt för en god folkhälsa. För att ytterligare stärka arbetet har Norrlandstingens regionförbund beslutat att skapa ett gemensamt folkhälsopolitiskt program.

Arbetet med det gemensamma folkhälsopolitiska programmet har letts av en politisk referensgrupp med en representant för varje landsting, utsedd av förbundsdirektionen. Referensgruppen har haft stöd av tjänstemän från samtliga landsting och arbetet har samordnats av förbundskansliet.

Förslaget till folkhälsopolitiskt program överlämnas nu till Förbundsdirektionen.

Agneta Granström

Harriet Hedlund

Hans Hedlund

Anna Hildebrand

Syfte

Syftet med detta folkhälsopolitiska program är att:

- Fortsätta utveckla långsiktig samverkan mellan norrlandstingen för en bättre folkhälsa.
- Ge en politisk inriktning och prioritering för området folkhälsa inom landstingens ansvarsområde.
- Ge stöd och vägledning för hälsofrämjande arbete.
- Utgå från befintlig kunskap om förebyggande arbete och de uppföljningsindikatorer som finns föreslagna inom nationella folkhälsomålet.
- Ge stöd och vägledning för hälsofrämjande arbete med hänsyn till de nationella riktlinjerna om sjukdomsförebyggande metoder.
- Visa på önskvärd och hållbar hälsoutveckling i befolkningen utifrån hälsans bestämningsfaktorer.

En framgångsfaktor är samverkan mellan alla offentliga aktörer, närings- och föreningsliv.

Hälsoläget i befolkningen 2010

Vart fjärde år deltar de fyra norra landstingen i en nationell befolkningsenkät, Hälsa på lika villkor, denna har legat till grund för folkhälsoarbetet i landstingen. Vid den senaste undersökningen 2010 liksom vid tidigare undersökningar (1997, 2003 och 2006) föreligger i de flesta fall enbart små skillnader i hälsa, hälsobeteende och riskfaktorer för ohälsa mellan de fyra länen i regionen. Däremot finns i vissa fall klara skillnader gentemot resten av Sverige.

Jämfört med tidigare undersökning 2006 har inga större förändringar skett; de förändringar som ägt rum är till största delen förändringar i positiv riktning, dvs. i riktning mot bättre hälsa och färre riskfaktorer.

Cirka 70 procent av männen och 65 procent av kvinnorna i regionen bedömer sin hälsa som god eller mycket god. Den har blivit något bättre sedan föregående undersökning 2006.

Den psykiska hälsan i regionen är bättre än i övriga Sverige. Den psykiska hälsan tenderar också att bli bättre med stigande ålder, medan den kroppsliga hälsan i stället försämras.

Andelen överviktiga har minskat något sedan 1997, samtidigt som andelen med fetma har ökat.

Sjukvården, tillsammans med polisen tillhör de institutioner i samhället som åtnjuter högst förtroende. Äldre har större förtroende för hälso- och sjukvården än yngre, och de med lång utbildning har större förtroende än de med kort. Andelen som litar på andra människor är större i Norrland än i övriga Sverige, och tilliten är högre ju äldre man är.

Mellan 50 och 60 procent av de tillfrågade är fysiskt aktiva 30 minuter eller mer per dag – lägst är siffran i åldersgruppen 45-64 år.

Enbart 10 procent av kvinnorna och fem procent av männen äter frukt och grönt varje dag – här ligger länen i norr klart under riksgenomsnittet.

Cirka 10 procent av männen och kvinnorna är dagligrökare – lägst är siffran i Västerbottens län, högst i Norrbotten. Sedan mätningen 1997 har andelen rökare halverats. Ungefär 30 procent av rökarna uppger att de vill ha hjälp med att sluta röka. Det innebär cirka 7 500 personer i Västernorrland respektive Norrbotten, cirka 6 000 i Västerbotten och 3 000 i Jämtland.

Ungefär 15 procent av männen, och nära 10 procent av kvinnorna har så hög alkoholkonsumtion att den klassas som riskabel. Åldern har mycket stor betydelse – andelen med riskbruk i den yngsta åldersgruppen är cirka 10 gånger så stor som i den äldsta. Norrlandslänet ligger bättre till än övriga riket; mellan länen är skillnaderna små fränsett att kvinnor i Västerbotten har större andel med riskbruk.

Cirka 2-3 procent uppger sig ha varit utsatta för våld eller hot om våld; siffrorna är desamma för alla undersökningstillfällen 1997, 2006 och 2010. Däremot har rädslan för våld ökat påtagligt; från cirka 10 procent 1997 till 20 procent 2006. Efter detta har andelen sjunkit till cirka 15 procent. Den mest våldsutsatta gruppen är unga män, 16-29 år. Kvinnor drabbas mest i hemmet och på arbetsplatsen, medan män drabbas på nöjesställen och allmänna platser.

Det är cirka fem gånger så vanligt bland dem med kort utbildning (högst folkskola eller grundskola) jämfört med dem med lång utbildning (högskolestudier) att man avstått från att köpa ut medicin som man fått på recept eller avstått från läkar- eller tandläkarbesök, trots att man ansett sig vara i behov av detta. Självordstankar är också cirka fem gånger vanligare bland dem som har svag ekonomi (dvs. inte kan skaffa fram 15 000 kr på en vecka).

Jämfört med heltidsarbetande män (den grupp som i många fall uppvisar den mest gynnsamma hälsosituationen och som också visar vad som är möjligt att åstadkomma) så har människor med funktionsnedsättning, ensamstående med barn, födda utanför Norden, de med annan sexuell läggning än heterosexuell, arbetslösa och de som vårdar en nära anhörig sämre kroppslig hälsa, sämre psykisk hälsa och sämre tandhälsa. De är mer rädda att gå ut på kvällen, är utsatta för mer våld och dåligt bemötande och har i flertalet fall också högre förekomst av fetma.

Prioriterade områden

Landstingens insatser ska resultera i en bättre psykisk hälsa och förbättrade levnadsvanor i befolkningen. En viktig framgångsfaktor för en hållbar hälsoutveckling är att landsting, kommuner, näringsliv och frivilligorganisationer samverkar. Viktigt är också att ta hänsyn till befolkningens olika levnadsförhållanden och att sårbara grupper särskilt uppmärksammas.

Goda livsvillkor är grunden för att folkhälsan ska bli bättre. Med goda livsvillkor kan människor lättare göra egna val som främjar hälsan. Att gå ut skolan med fullständiga betyg och att komma in på arbetsmarknaden är faktorer som har stor betydelse för hur hälsan utvecklas senare i livet.

Förbundsdirektionen har för perioden valt att prioritera områdena; hjärt-kärlsjukdomar, diabetes samt psykisk hälsa. Riskfaktorerna för hjärt-kärlsjukdomar och diabetes är till stor del de samma som för flera cancerformer. Inriktningen stämmer därför väl överens med det pågående preventiva arbetet inom Regionalt cancercentrum (RCC).

MÅTTBILAGA

Hälsomått

Hjärt- och kärlområdet	Källa	Data				
<i>Vuxna t.o.m. 84 år</i>						
Nyinsjuknande hjärtinfarkt /100 000	SoS statistik-databas (2010)	Y Män Kvinnor	Z 488 228	AC 462 211	BD 435 184	BD 521 256
Insjuknande i stroke/100 000	SoS statistik-databas (2010)	Y Män Kvinnor	Z 479 391	AC 363 324	BD 359 289	BD 428 331
Diabetes-läkemedel /100 000	SoS statistik-databas (2011)	Y Män Kvinnor	Z 6771 5025	AC 6632 4734	BD 5377 4008	BD 6339 4571

Psykisk hälsa	Källa	Data				
<i>Vuxna</i>						
Om du tänker på din psykiska hälsa, hur många dagar den senaste 30dagers-perioden skulle du säga att den inte varit god (till exempel på grund av stress nedstämdhet eller oro?)	Hälsa på lika villkor. (2010)	Y Man Kvinna	Z 4,6 6,3	AC 4,2 6,2	BD 4,2 5,6	BD 3,9 5,6

<u>Kortsiktiga effektmått</u>	Källa	Data				
<i>Vuxna 16- 84 år</i>						
Andel med övervikt/fetma	Hälsa på lika villkor (2010)	Y Fetma/Kv Övervikt/Kv Fetma/man Övervikt/man	Z 17,2 31,3 16,3 45,2	AC 16,6 29,7 14,8 44	BD 14,4 29,5 13,3 40,8	BD 14,5 31,9 16,4 44,1
Andel stillasittande	Hälsa på lika villkor (2010)	Y Män Kvinnor	Z 15,5 14,8	AC 14,5 12,1	BD 11,1 11,9	BD 14 14,9
Andel dagligrökare	Hälsa på lika villkor (2010)	Y Män Kvinnor	Z 10,7 12,4	AC 8,6 12,3	BD 7,8 9,9	BD 11,5 13,8

Sömn (lätta & svåra besvär)	Hälsa på lika villkor (2010)	Kvinna	Y	Z	AC	BD	
		Svåra besvär	7,4	6,9	6,2	5,7	
		Lätta besvär	31	30,7	29,9	29,5	
		man					
		Svåra besvär	4,4	3,8	4	3,6	
		Lätta besvär	24,9	24,6	21,8	20,1	
<i>Barn och ungdomar</i>							
Överviktiga barn klass 7	Hälsosamtal i skolan Läsår 10/11		Y åk7	Z åk8	AC	BD åk7	
		Fetma flickor	5	4	<i>Kommer 2013</i>	4	
		Övervikt flickor	18	16	<i>Kommer 2013</i>	15	
		Fetma pojkar	5	6	<i>Kommer 2013</i>	9	
		Övervikt pojkar	20	18	<i>Kommer 2013</i>	21	
Rökning 9:e klass	CAN			Y	Z	AC	BD
						<i>Har ej CAN siffror</i>	12
		Varje eller nästan varje dag flickor		9,7	12	<i>Ej CAN</i>	18
		Bara på fest eller bara ibland flickor		13,8	18	<i>Ej CAN</i>	12
		Varje eller nästan varje dag pojkar		7,8	12	<i>Ej CAN</i>	13
		Bara på fest eller bara ibland pojkar		11,5	13		

Psykisk hälsa	Källa	Data				
<i>Barn och ungdomar</i>						
Andel ofta/alltid nedstämda 1:a Gymnasiet	Hälsosamtal i skolan Läsår 10/11		Y	Z	AC	BD
		Pojkar	2	5	<i>Kommer 2013</i>	3
		Flickor	13	10	<i>Kommer 2013</i>	12

Aktivitet

Aktivitet	Källa	Data				
Andel kommuner med lokala samverkansgrupper motsvarande lokala folkhälsoråd.	Respektive landsting (2011)		Y	Z	AC	BD
		kommuner	5 av 7	5 av 8	15 av 15	14 av 14

Täckningsgrad för hälsoundersökningar i befolkningen i procent, vuxna respektive barn	Respektive landsting (2011)		Y	Z	AC	BD
		Förskoleklass	81%	62% (7 av 8 kommuner)		60%
		Åk4	88%	79		92%
		Åk7	83%	67% (åk 8, 7 av 8 kommuner)		84%
		Åk1 Gymn	79%	64% (4 av 8 kommuner)		66%
		30/35 år				6%
		40 år	0		70%	0
		50 år	0		70%	0
		60 år	0		70%	0
		70/75 år	36%			0
<i>Vuxna 16-64 år</i>						
Antal som fått stöd för viktminskning jämfört med Antal med hög övervikt \geq BMI 28	Journal eller motsvarande (avser kvalificerat stöd) (2011)		Y	Z	AC	BD
		Fått stöd för viktminskning BMI \geq 28	Ej data f.n	Ej data f.n	Ej data f.n	Ej data f.n
Antal som fått FaR Jämfört med Antal stillasittande	Journal el. motsvarande (2011) Hälsa på lika villkor		Y	Z	AC	BD
		Fått stöd för ökad fys akt stillasittande	5%	8%	9%	4%
Antal som fått rökslutarstöd Jämfört med Antal dagligrökande	Journal eller motsvarande (avser kvalificerat stöd) (2011) Hälsa på lika villkor	Y	Z	AC	BD	
		2%	Ej data f. n	Ej data f. n	3%	

<i>Barn och ungdomar</i>														
Andel av elever i åk 7 som tecknat kontrakt i Tobaksfri Duo	Respektive landsting (2011)	<table border="1"> <tr> <td>Y</td> <td>Z</td> <td>AC</td> <td>BD</td> </tr> <tr> <td colspan="4">Start</td> </tr> <tr> <td>Start 12/13</td> <td>2013?</td> <td>80%</td> <td>28%</td> </tr> </table>	Y	Z	AC	BD	Start				Start 12/13	2013?	80%	28%
Y	Z	AC	BD											
Start														
Start 12/13	2013?	80%	28%											
Antal län som tillämpar rutin för att stödja familjer som har barn med övervikt/fetma	(2011)	Ingen del av regionen har detta än.												

Ålder och utbildningsnivå

Inom de flesta områden kan data brytas ned ytterligare på till exempel ålder och utbildningsnivå. När det gäller ålder kan resultaten variera, men genomgående är utbildningsnivå relaterat till mindre gynnsamma vanor. Exempel på detta för tobak.

Levnadsvana	Källa	Data					
Dagligrökare uppdelat på kön och utbildningsnivå	Hälsa på lika villkor (2010)			Y	Z	AC	BD
		Man	Kort utb	14	11	11	15
			Lång utb	4	5	3	6
		Kvinna	Kort utb	16	16	13	17
		Lång utb	5	6	5	6	

Bilaga

Hur kan vi mäta hälsan i Norrland?

Allmänt kan sägas att det är en utmaning att koppla insatser inom folkhälsoområdet till utfallsmått. Möjliga effekter på folkhälsan, exempelvis insjuknande, som kan kopplas till genomförda insatser är mycket långsiktiga. Folkhälsoinsatser måste därför studeras med hjälp av effektmått som kan påverkas på kortare sikt, exempelvis levnadsvanor. Insatsmått och tidiga effektmått är därför lämpliga vid utvärdering av folkhälsoinsatser. De insatser som görs bör också bygga på evidensbaserade metoder, dvs. man har i tidigare studier funnit att det finns ett orsakssamband mellan insatser och utfallet.

Då det gäller folkhälsoarbete, som syftar till förändringar i riskfaktorer för olika sjukdomar blir det viktigt att skilja mellan olika typer av mått (se exempel i tabellen nedan).

Insats	Aktivitetmått	Kortsiktiga effektmått	Hälsomått	Dödlighet
Rökslutarinsats	Antalet som fått stöd att sluta	Antalet som slutat röka, efter 6 månader	Insjuknande i rökrelaterade sjukdomar	Död i rökrelaterade sjukdomar

Antag att vi arbetar med att minska antalet rökare i ett område. Som ett verktyg i det arbetet anordnar vi rök Slutarkurser (**insatsen**). Ett **aktivitetsmått** kan då vara hur många kurser som faktiskt genomförts eller hur många deltagare som varit med i kursen på ett tillfredsställande sätt. Ett **kortsiktigt effektmått** kan vara att se hur många av dem som gått kurs som slutat röka. Ett betydligt senare **hälsomått** kan vara att se hur många som insjuknad i rökrelaterade sjukdomar (hjärtinfarkt, slaganfall, kronisk obstruktiv lungsjukdom etc.). Slutligen kan vi också se på den yttersta konsekvensen av exponeringen för tobaksrök, **dödlighet** i rökrelaterade sjukdomar.

Ju längre till höger vi kommer i denna tabell, desto mer relevant blir måtten ur ett folkhälsovetenskapligt perspektiv. Men det är också så att ju längre till höger vi kommer desto osäkrare blir sambandet mellan insats och utfall – dels på grund av att många andra faktorer än just vår insats kan påverka måttet (man får inte hjärtinfarkt bara av rökning), dels på grund av att det går så lång tid mellan insatsen och slutresultatet. Fokuserar vi på sena resultat av vår insats blir återföringen för långsam och i praktiken meningslös. Man glömmer vad man gjort för 10- 20 år sedan.

Mät aktiviteten

Använder vi oss av evidensbaserade metoder (dvs. där det i vetenskapliga studier står klart att en viss exponering, t.ex. rök Slutarkurser, också orsakar mindre dödlighet i rökrelaterade sjukdomar) så behöver vi ju egentligen inte invänta några hälsoeffekter för att veta att vår insats har gjort nytta. Ser vi bara att antalet rökare minskar, så vet vi att om 10-20 år så kommer även insjuknandet och dödligheten i rökrelaterade sjukdomar. Vet vi att de rök Slutarkurser vi bedriver är evidensbaserade så räcker det strängt taget med att begränsa sig till aktivitetsmått – i andra studier är det ju klargjort att kurserna har effekt på hälsan. Vår utvärdering kan alltså begränsas till att se till att aktiviteten faktiskt genomförs och att människor deltar. Ett tidigt effektmått (andelen rökare) är inte fel, men är inte helt nödvändigt.

Insjuknande bör åldersstandardiseras för att få en rättvis bild av aktiviteter i olika delar av regionen, eftersom Västerbotten och Norrbotten har en yngre befolkning än Jämtland och Västernorrland.

Utvärdering

Det kan här finnas anledning att peka på skillnaden mellan utvärdering och forskning. I forskningen försöker man finna ny kunskap, nya samband mellan orsak och verkan, medan man i utvärderingen försöker tillämpa den kunskapen som redan finns om sådana samband i praktiska situationer. Om man tillämpar en genom forskning dokumenterad evidensbaserad metod blir utvärderingens syfte att se till att metoden faktiskt tillämpas (inte att den ger resultat, för det vet vi redan att den gör)

Från förbundsdirectionen finns önskemål om att lyfta hjärt-kärlområdet samt psykisk hälsa. Allmänt gäller att man bör utvärdera utfallet så nära insatsen som möjligt; det spar tid och ger större precision. I många fall räcker det att dokumentera att insatsen sett på ett korrekt sätt. Vill man studera hälsoutfall bör man studera insjuknande (incidens) då detta bättre mäter de förebyggande insatserna. Dödlighet mäter delvis också vårdinsatser, som därigenom kan vara svåra att särskilja från folkhälsoinsatserna.

För att få en jämförbarhet mellan de fyra landstingen i regionen bör man använda sig av mått och metoder som är gemensamma för regionen. Hit hör t.ex. vissa register (hjärtinfarktregister, slaganfallsregister) men också folkhälsoenkäter (t.ex. Hälsa på lika villkor) som på ett enhetligt sätt mäter förhållanden som tobaksbruk, alkoholbruk, kostvanor, motionsvanor mm. I Norr- och

Västerbotten har man genom den s.k. MONICA-studien möjlighet att även följa mer medicinska variabler som blodtryck, blodfetter, sockernivåer etc.