

Norrbottens folkhälsostrategi 2018-2026

För en bättre och mer jämlik och
jämställd folkhälsa

Innehåll

Förord	3
Inledning	4
Framtagning av Norrbottens folkhälsost strategi	5
Läsanvisning	5
Vad innebär folkhälsost rategin?	6
Syfte	6
Mål	6
Målgrupp	7
Tidsperiod 2018-2026	7
Gemensam lägesbild	7
Uppföljning och revidering	8
Avgränsningar	8
Norrbottens folkhälsost rategi i ett sammanhang	9
Nationell nivå	9
Regional nivå	9
Folkhälsa och tillväxt	11
Viktiga begrepp	12
Om Norrbotten	14
Demografiutveckling och försörjningskvot	14
Hälsoläge	15
Människa och samhälle	18
Länsspecifika perspektiv	22
Prioriteringar, mål och indikatorer	24
Norrbottens prioriterade folkhälsoområden	25
Norrbottens mål och indikatorer	27
Egenskaper för ett framgångsrikt folkhälsoarbete i Norrbotten	29
Ett systematiskt arbete vänder utvecklingen	29
Roller - vem gör vad i Norrbottens folkhälsoarbete?	33
Lokal nivå	33
Regional nivå	34

Fördjupningsmaterial.....	37
Teoretisk bakgrund	38
Människors resurser och folkhälsa.....	38
Hälsans bestämningfaktorer	40
Folkhälsa från globalt till regionalt.....	42
Folkhälsan globalt.....	42
EU och folkhälsan.....	43
Sverige och folkhälsan.....	44
Norrbottnens förutsättningar för en jämlik hälsa	47
Det tidiga livets villkor (1).....	49
Kompetenser, kunskaper och utbildning (2).....	50
Arbete, arbetsförhållanden och arbetsmiljö (3).....	51
Inkomster och försörjningsmöjligheter (4)	55
Boende och närmiljö (5)	57
Levnadsvanor (6)	58
Kontroll, inflytande och delaktighet (7).....	61
En jämlik och hälsofrämjande hälso- och sjukvård (8).....	62
Vägen till Norrbottens folkhälsostrategi.....	67
Bakgrund.....	67
NFR:s förslag på nytt regionalt folkhälsoarbete	67
Organisation.....	69
Bilagor.....	70
Bilaga 1. Indikatormatris	70
Bilaga 2. Multivariata analyser av HLV	71
Bilaga 3. Rapport: Hälsa, levnadsvanor och social miljö i Norrbotten.....	79
Bilaga 4. Regionala strategier, program och planer.....	80
Bilaga 5. Sakgranskning	81
Bilaga 6. Gästskribenter.....	84

Förord

Norrbotten står inför en demografisk utveckling som kommer att utmana välfärden och den service som vi är vana vid. Norrbotten förväntas få ett successivt ökande omsorgsbehov på grund av en ökande andel äldre, samtidigt som befolkningen i arbetsför ålder minskar.

En förbättrad och en mer jämlik folkhälsa är en av nycklarna för att klara kompetensförsörjningen och för att fler individer ska kunna leva ett gott liv och vara delaktiga i både arbets- och samhällslivet. Norrbotten har relativt bra förutsättningar för en god folkhälsa men har i flera avseenden ett sämre hälsoläge än övriga Sverige. Norrbottens utmaningar handlar framför allt om högt blodtryck, hjärt- och kärlsjukdom, övervikt/fetma, samt en ökande psykisk ohälsa. Samtidigt känner sig norrbottningarna mer trygga, mindre stressade och har mer tillit till andra människor, vilket är positiva egenskaper att förvalta och bygga vidare på.

Folkhälsostrategin har tagits fram med främsta mål att samordna länets resurser, bidra till att länet arbetar i samma riktning och fungera som stöd i arbetet för alla berörda aktörer mot en förbättrad folkhälsa. En länsgemensam *målsättning*, en *plan* för vägen dit samt *hur* länets regionala aktörer ska samverka är strategins viktigaste kärnpunkter. Endast genom samverkan mellan flera aktörer och politikområden kan länet åstadkomma de stora förbättringskliv som är nödvändiga.

Strategin har tagits fram av Joanna Hansson, Region Norrbotten, Marianne Öhman och Mats Jakobsson båda Norrbottens Kommuner samt Mats Burman och Katarina Sandling Jonsson båda länsstyrelsen i Norrbotten - i samarbete med representanter från alla länets kommuner.

Norbottens folkhälsopolitiska råd vill tacka alla som bidragit med åsikter vid olika dialogtillfällen; civilsamhälle, näringsliv, akademi, offentlig sektor och de sakkunniga som bidragit med texter i olika områden.

Norbottens folkhälsopolitiska råd, 20 december 2017

Agneta Granström (MP) Regionråd, Region Norrbotten och ordförande Norrbottens folkhälsopolitiska råd



Britta Flinkfeldt (S), styrelseordförande Norrbottens Kommuner



Johan Antti, länsråd Länsstyrelsen i Norrbottens län



Inledning

Norrbottnen är ett län med minskande andel i arbetsför ålder och en ökande äldre befolkning vilket leder till att den samhällsservice medborgare tar för given idag kommer ställas på prov. Ett förbättrat hälsoläge i befolkningen kommer tillsammans med nya arbetssätt och digitalisering bli viktiga pusselbitar i hur välfärden ska säkras även i framtiden.

Undersökningar visar att norrbottningar ur flera aspekter, har ett sämre hälsoläge än övriga riket. Till exempel har länet ett betydligt högre insjuknande i hjärt- och kärlsjukdomar men också högre förekomst av smärta och värk i befolkningen. Folkhälsan mäts i korthet med en kombination av måtten förväntad medellivslängd och självuppskattad hälsa. Norrbottningarna kommer långt ner på båda listorna. Förväntad medellivslängd för männen är 78,7 år jämfört med rikets 80,2 år. För kvinnorna är den förväntade medellivslängden 83,3 år jämfört med rikets kvinnor som är 83,9 år.

Det visar sig dessutom att hälsan är ojämnt fördelad bland olika grupper i befolkningen. Idag kan det skilja fyra år i förväntad medellivslängd för invånarna i två norrbottniska kommuner med bara tio mils avstånd från varandra och fem år mellan norrbottningar med kort respektive lång utbildning. Människor har olika möjligheter till en god hälsa och ett långt liv beroende på var de är födda, var de bor, hur lång utbildning de har, vad de arbetar med eller hur mycket de tjänar¹.

Att människor mår olika bra och lever olika länge beror till stor del på skillnader i levnadsvanor och livsvillkor. Idag är det också väl känt att levnadsvanor hör ihop med utbildningsnivå och att hälsan ofta är sämst hos dem som har sämst ekonomi och livsvillkor. Tröskeln till att göra hälsosamma val, för sig själv och sina barn, är olika hög beroende på i vilken kontext personen växer upp under eller befinner sig i².

Hälsoklyftorna börjar sålunda inte med levnadsvanor utan de är till stor del en produkt av ofta givna och sällan valda livsvillkor. De största effekterna på folkhälsan kommer därför inte uppnås med ensidiga satsningar på övertalningskampanjer om en mer hälsosam livsstil. En bra start i livet, en trygg och stimulerande boendemiljö, möjlighet till försörjning är exempel på strukturella skyddsfaktorer som ökar förutsättningarna för individer att göra mer hälsosamma val. Ett framgångsrikt folkhälsoarbete handlar ofta om att öka förekomsten av påverkbara skyddsfaktorer och minska riskfaktorerna³.

Många goda insatser görs redan idag, men för att nå målet om en bättre och mer jämlik hälsa i Norrbotten behövs samverkan och ett gemensamt ansvarstagande mellan den offentliga, idéburna och privata sektorn. Det behövs också samverkan över olika sektorer och förvaltningsområden, samt mellan tjänstepersoner, politiker och den enskilda individen.

Följande strategi syftar till att inte bara förbättra norrbottningarnas hälsa utan också att göra den mer jämlik och jämställd.

¹ Delbetänkande: Det handlar om jämlik hälsa 2016, sid 13

² Barbro Holm Ivarsson, Sjukdomsförebyggande metoder, Samtal om levnadsvanor i vården 2014 sid 36.

³ Folkhälsopolitisk rapport 2010, Framtidens folkhälsa – allas ansvar. Rapport 2010:16 Östersund, Statens folkhälsoinstitut 2010 sid 165-166

Framtagning av Norrbottens folkhälsostراتيجية

Norrbottens folkhälsostراتيجية är framtagen av Norrbottens folkhälsopolitiska råd⁴ (NFR) i bred samverkan mellan Region Norrbotten, Norrbottens Kommuner och Länsstyrelsen i Norrbottens län. Följande riktlinjer har varit vägledande för NFR:s arbete:

- Underlätta folkhälsoarbetet i alla kommuner, men särskilt för de kommuner med hög ohälsa
- Inte vara detaljstyrande utan lämna öppet för kommunerna att välja sina egna prioriteringar och grad av engagemang i folkhälsoarbetet
- Öka kunskapen om folkhälsa och om att arbeta kunskapsbaserat
- Säkerställa god förankring hos kommunerna och regionala aktörer
- Fokusera på hälsofrämjande miljöer och faktorer
- Tillmötesgå kommunspecifika behov. Till exempel tillhandahålla kommunspecifik statistik och förslag på åtgärder/insatser
- Sortera under Norrbottens regionala utvecklingsstrategie
- Organisera arbetet, inte skapa en organisation för arbetet. Använda befintliga nätverk
- Den folkhälsopolitiska strategin ska underlätta arbetet med andra myndigheters uppdrag

På lokal nivå har särskilt kommunernas sakkunniga (folkhälsosamordnare eller motsvarande) beretts en central roll i arbetet, både vid de olika mötestillfällena men också på hemmaplan däremellan. I november 2015 bildades ett nätverk av lokala och regionala sakkunniga där varje kommun erbjöds en plats att få insyn i och diskutera processen. Totalt tre internat genomfördes under 18 månader. Ett flertal faktapass och föreläsningar genomfördes inom ramen för nätverket med syfte att skapa en gemensam kunskapsbas. Därutöver har dialoger genomförts med statliga myndigheter och verk, företrädare för större arbetsgivare i länet samt med organisationer som arbetar med mänskliga rättigheter. Vidare har dialog skett med politiska och tjänstemannagrupperingar på regional nivå, samt med ledande politiker och tjänstepersoner vid kommunbesök i länets samtliga kommuner.

Under två månader hösten 2017 erbjöds kommuner och övriga dialogpartners möjlighet att, i en sakgranskningsrunda, lämna synpunkter på folkhälsostراتيجية.

Läsanvisning

Detta dokument inleds med en beskrivning av process, mål, syfte och andra kortare sakupplysningar om strategin. Tidigt beskrivs också kännetecknande egenskaper för Norrbotten som kan vara viktiga att beakta i ett arbete mot en bättre och mer jämlik hälsa. Stycket efter beskriver länsspecifika perspektiv, mål, prioriteringar och indikatorer. Första delen av strategin avslutas med en beskrivning av egenskaper som kännetecknar ett framgångsrikt folkhälsoarbete samt vem som gör vad.

Efter kärnavsnitten följer ett fördjupningsmaterial för den som vill veta mer om den teoretiska bakgrunden samt det nationella och internationella

⁴ <https://www.norrbotten.se/Utveckling-och-tillvaxt/Folkhalsa/Folkhalsa/Svensk-folkhalsopolitik/Norrbottens-folkhalsopolitiska-rad/>

folkhälsoarbetet. Här finns också information om bakgrunden till folkhälsostrategin 2018-2026.

Avslutningsvis på sid 48-67 redovisas de nationella målområdena utifrån en norrbottnisk horisont. Avsnittet är skrivet så att läsaren kan ta del av underlaget i sin helhet eller välja några områden baserade på lägesbilden i den egna kommunen.

Vad innebär folkhälsostrategin?

Norrbottens folkhälsostrategi lägger grunden för att en mängd samhällsaktörer ska ta avstamp i en gemensam lägesbild och med effektfulla metoder samordna länets resurser mot samma mål, dvs till de områden och befolkningsgrupper där de bäst behövs.

Att anta strategin är att ställa sig bakom innehållet som anger:

- Fakta och nulägesanalys om hur norrbottningen mår samt hur hälsoläget skiljer sig mellan olika befolkningsgrupper
- Vilka mål och delmål som ska följas över tid på regional nivå
- Vilka principer, metoder och kunskaper som kännetecknar ett framgångsrikt och systematiskt folkhälsoarbete
- Hur ansvaret ser ut mellan olika aktörer på och mellan regional och lokal nivå

Strategin ger ramarna för ett framgångsrikt folkhälsoarbete medan frågan om hur det ska verkställas lämnas till respektive aktör att arbeta fram utifrån sitt uppdrag, givna förutsättningar och behov.

NFR avser, att under 2018 ta fram en regional handlingsplan som stödjer ett mer intensifierat folkhälsoarbete inom de prioriterade målområdena. Den regionala handlingsplanen kommer genomföras enligt den samverkansmodell som beskrivs kortfattat på sid 69 och som också diskuterats vid olika dialogtillfällen.

Syfte

Norrbottens folkhälsostrategi syftar till att stimulera till ett mer systematiskt folkhälsoarbete i Norrbotten för att utjämna skillnader i hälsa och förbättra folkhälsan i länet.

Mål

Norrbotten har ett övergripande mål om att norrbottningarnas hälsa ska förbättras och bli mer jämlik och mer jämställd. Fyra delmål är också satta utifrån prioriterade områden.

Norrbottens övergripande folkhälsomål:

Norrbottningarna ska uppnå en förbättrad och mer jämlik och jämställd hälsa.

Delmål 1:

Utbildningsnivån och det livslånga lärandet ska öka och blir mer jämlikt och jämställt.

Delmål 2:

Levnadsvanor som påverkar hälsan positivt ska öka i omfattning och bli mer jämlika och jämställda

Delmål 3:

Normer och värderingar som främjar den jämlika och jämställda hälsan ska stärkas

Delmål 4:

Alla kommuner och regionala företrädare arbetar systematiskt med folkhälsa

Läs mer om bakgrunden till Norrbottens mål, prioriteringar och indikatorer på sid 25-26.

Målgrupp

Norrbottens folkhälsost strategi vänder sig till samhällsaktörer i allmänhet och offentliga företrädare (regionala och lokala) i synnerhet. Till exempel kommuner, Region Norrbotten, Norrbottens Kommuner, Länsstyrelsen i Norrbotten och andra statliga myndigheter men också enskilda föreningar och företag.

Det är önskvärt att den färdiga strategin prövas i kommunfullmäktige eller på något motsvarande sätt beaktas i kommunens övergripande planer. På regional nivå ska strategin behandlas av regionfullmäktige, Norrbottens Kommuners styrelse samt av länsstyrelsen i Norrbottens län.

Synpunkter från olika aktörer har inhämtats och beaktats i arbetet med att ta fram en folkhälsost strategi. Se bilaga 5.

Tidsperiod 2018-2026

Norrbottens folkhälsost strategi omfattar perioden 2018 – 2026 med en möjlighet till revidering 2022. Under perioden kommer statistik och nyckeltal följas upp och analyseras år 2018, 2022 samt 2026 vilket medger tre tillfällen att utvärdera i vilken utsträckning länet arbetar på rätt sätt.

Att förändra befolkningens hälsa tar tid och det är viktigt att ha tålamod och inte göra förändringar för fort och utan goda skäl. En utveckling mot en mer jämlik hälsa kräver ett ihärdigt och långsiktigt arbete med fokus på stegvisa förändringar. En lyckad etablering av ett systematiskt och uthålligt folkhälsoarbete förväntas börja ge resultat och visa på förbättrad folkhälsa till år 2026.

Gemensam lägesbild

Med syfte att etablera en gemensam lägesbild på regional och lokal nivå har Norrbottens folkhälsopolitiska råd tagit fram statistik som beskriver befolkningens hälsoläge och socioekonomiska sammansättning.

Kartläggningen kallas *Länsanalys Norrbotten* och beskriver nuläget i form av en indikatormatris som ska tas fram en gång per mandatperiod fram till 2026. Indikatormatrisen är bifogad i bilaga 1.

Länsanalysen presenteras för varje kommun tillsammans med läns- och/eller riksgenomsnitt. Underlaget är också uppdelat på befolkningsgrupperna barn/unga, vuxna och äldre, samt på kön där underlaget medger.

Befolkningsprofilerna för respektive kommun finns på

www.norrbotten.se/fhs .

Detta statistikunderlag på länsnivå har använts till analyser för att ta fram strategins prioriterade områden och mål, och utgör grunden för Norrbottens gemensamma lägesbild.

Länsanalysen är framtagen av forskare, statistiker och sakkunniga på Region Norrbotten, Norrbottens Kommuner samt Länsstyrelsen i Norrbottens län.

Uppföljning och revidering

Norrbottens folkhälsopolitiska råd kommer utifrån länsanalysen att följa upp, utvärdera och återkoppla utvecklingen, vart fjärde år och på regional och lokal nivå.

Tidsintervallet på fyra år är valt utifrån två förutsättningar; dels därför att folkhälsa är ett område där effekterna av arbetet som genomförs kan ta tid. Dels därför att folkhälsostrategin bygger på statistikunderlag från framför allt två enkätundersökningar, varav den ena genomförs vart fjärde år i Norrbotten. Läs mer om undersökningarna ”Hälsa på lika villkor” och ”Hälsosamtalen i skolan” under rubriken Avgränsningar.

I samband med att målindikatorer följs upp och resultatet utvärderas kommer NFR utvärdera behovet av att revidera strategins prioriteringar och mål. Även förändringar i den nationella politiken beaktas. Eventuella revideringar av folkhälsostrategin beslutas av Norrbottens folkhälsopolitiska råd, NFR.

Avgränsningar

Då folkhälsa utgör ett brett kunskapsområde som täcker många aspekter av samhället har arbetet i viss mån behövt avgränsas.

Folkhälsostrategin har en förebyggande utgångspunkt. Strategin handlar om att främja de faktorer som håller människor friska och förhindrar sjukdom. Ett förebyggande arbete kan också innebära att förkorta varaktigheten av ohälsa för de som redan drabbats.

Norrbottens folkhälsostrategi handlar om länets gemensamma hälsa, och inte hälsan i enskilda kommuner. Avgränsningarna har gjorts utifrån de regionala aktörernas förutsättningar och ibland på grund av avsaknaden av tillgänglig data. Den statistik och de analyser som presenteras i strategin bygger huvudsakligen på undersökningarna ”Hälsa på lika villkor” (som genomförs vart fjärde år i Norrbotten) respektive ”Hälsosamtalen i skolan” som årligen vänder sig till eleverna i årskurs 4,7, Gy åk 1 samt förskoleklass. Även olika registerdata har använts så som Socialstyrelsens hjärtinfarktsregister samt Region Norrbottens data över insjuknande i länet. Statistiken i strategin beskriver situationen för kvinnor och män samt flickor och pojkar. Underlaget avseende transpersoners situation bygger på nationella underlag då det saknas uppgifter för Norrbotten.

Det är dock viktigt att poängtera att de avgränsningar som gjorts på länsnivå, inte på något sätt syftar till att begränsa kommunernas eller andra samhällsaktörers egna prioriteringar och mål, när det gäller det lokala folkhälsoarbetet.

Analyserna avseende grupper med annan etnisk bakgrund består enbart av personer som är folkbokförda i Sverige.

Miljö och klimat utgör en viktig bestämningsfaktor för folkhälsan som valts bort. Indikatorer och data för miljöfaktorer finns till viss del på kommunnivå, men sällan på individnivå i större undersökningar vilket försvårar statistiska analyser om hur dessa faktorer påverkar norrbottningarnas hälsa. Förhoppningen är att indikatorer inom detta område utvecklas och tillkommer i framtiden och inget förhindrar att dessa läggs till folkhälsostrategin vid senare tillfälle. Det finns alla möjligheter att arbeta med detta område utifrån de folkhälsomål som tagits fram i strategin.

Norrbottnens folkhälsostrategi i ett sammanhang

Nationell nivå

Det nationella, övergripande målet för folkhälsoarbetet föreslås bli: *att skapa samhällseliga förutsättningar för en god hälsa och jämlik hälsa i hela befolkningen*⁵. Svenskt folkhälsoarbete samlas kring åtta målområden som bekräftats ha betydelse för en mer jämlik hälsa⁶. Norrbottens folkhälsostrategi tar sin utgångspunkt i dessa målområden. Målområdena är:

- Det tidiga livets villkor
- Kompetenser, kunskaper och utbildning
- Arbete, arbetsförhållanden och arbetsmiljö
- Inkomster och försörjningsmöjligheter
- Boende och närmiljö
- Levnadsvanor
- Kontroll, inflytande och delaktighet
- En jämlik och hälsofrämjande hälso- och sjukvård

Ett arbete som bidrar till mer jämlika livsvillkor inom dessa områden förbättrar Norrbottens hälsa och gör den mer jämlik.

Graden av utmaningar inom de olika områdena varierar mellan olika län, olika kommuner och särskilt mellan storstad och glesbygd. De norrbottniska förutsättningarna inom varje område redovisas på sidorna 48-67.

Regional nivå

Folkhälsa sträcker sig över flera politikområden vilket innebär att det finns en mängd regionala strategier inom olika sakområden som var för sig har stor betydelse för befolkningens hälsa; jämställdhet, våld i nära relation, kulturplan, idrott, digitaliseringsstrategin för att nämna några.

Folkhälsostrategin kan ses som ett kompletterande dokument till dessa då framgångsfaktorerna samt de kunskapsunderlag som tagits fram med fördel kan appliceras på och nyttjas inom andra politikområden

I bilaga 4 redovisas regionala styrdokument som tillsammans med folkhälsostrategin bidrar till en bättre folkhälsa.

Regional utvecklingsstrategi

Norrbottnens regionala utvecklingsstrategi (RUS) ska revideras under 2017/2018. RUS:en tas fram i samverkan och enligt överenskommelse mellan samma aktörer som återfinns i det nya regionala folkhälsoarbetet, men också med flera andra nyckelaktörer. Det är viktigt att den stora satsning som nu görs på folkhälsan i Norrbotten koordineras med den regionala utvecklingsstrategin. Detta för att strategierna utforskar och vägleder inom samma utvecklingsområden, och för att det ger möjlighet att samla krafterna i ett mer fokuserat utvecklingsarbete.

⁵ Förslag på nytt folkhälsomål, Kommissionen för jämlik hälsa, Nästa steg på vägen mot en mer jämlik hälsa, SOU 2017:47.

⁶ Folkhälsoarbetet samlas kring elva målområden i nuläget (Kommissionen för jämlik hälsa har 2017 gett förslag om åtta målområden istället), Nästa steg på vägen mot en mer jämlik hälsa, SOU 2017:47.

Europeiska deklARATIONEN för jämställdhet

Det är viktigt att folkhälsoinsatserna som vidtas kan kopplas till den europeiska deklARATIONEN för jämställdhet, CEMR-deklARATIONEN (Council of European Municipalities and Regions). DeklARATIONEN är undertecknad av Region Norrbotten och länets 14 kommuner⁷ och innehåller grundläggande principer för hur parterna ska agera för att skapa ett mer jämställt Norrbotten. Här framgår bland annat att stereotypa uppfattningar om kön måste upphöra samt att jämställdhetsintegrering av offentlig verksamhet är nödvändigt.

I enlighet med svensk jämställdhetspolitik och att ökad jämställdhet visat sig vara av särskild vikt för norrbottningarnas hälsa kommer genomförandet av Norrbottens folkhälsostrategi att jämställdhetsintegreras med stöd av sakkunniga på länsstyrelsen, Norrbottens Kommuner och Region Norrbotten.

Strategi för jämställdhet i Norrbotten

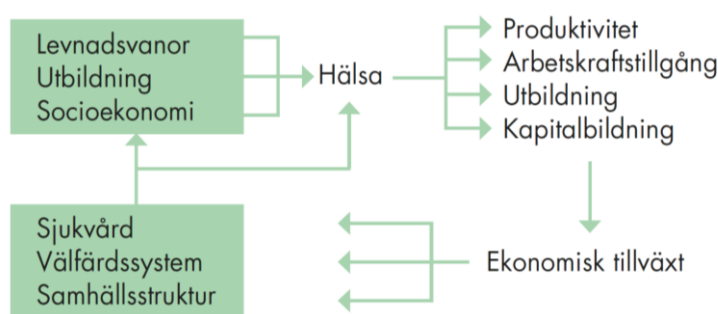
Länsstyrelsen i Norrbotten har regeringsuppdraget att ta fram en strategi för jämställdhet. Strategin börjar gälla den 1 januari 2018 och baserar sig på de jämställdhetspolitiska målen som kommer vara viktiga för framtida prioriteringar inom området jämställdhet.

Norrbottens jämställdhetsstrategi har tre prioriterade delmål: jämställd utbildning, jämställd hälsa, samt att mäns våld mot kvinnor ska upphöra.

⁷ <http://www.norrbottenskommuner.se/regional-utveckling/jaemstaellldhet/europeiska-deklarationen-foer-jaemstaellldhet/>

Folkhälsa och tillväxt

Befolkningens hälsa är viktig både som mål och medel för individerna och samhället. Som mål bidrar en förbättrad hälsa till vinster i form av ett ökat välbefinnande som ger tillgång till mera frisk tid som kan användas till arbete eller andra aktiviteter men också ökad kvalitet och produktivitet i de aktiviteter som genomförs. En god folkhälsa ökar produktiviteten genom att säkra en effektivare användning av utrustning, maskiner och annan teknologi. En god hälsa är också kopplad till den generella utbildningsnivån vilken har betydelse för företagets kompetensförsörjning och till sparat, vilket ökar tillgången till investeringsbart kapital för näringsliv och offentliga investeringar. En WHO rapport från 2008 visar att det årliga värdet av den ökade medellivslängd som skedde i Sverige mellan åren 1970-2003 var 29 procent av BNP per capita⁸.



Figur 1. Relationsdiagram av hur hälsa kan påverka ekonomisk tillväxt.
(Källa: Hälsoekonomi och Folkhälsoarbete)

Norrbottnens demografiska prognos gör folkhälsan till en viktig komponent för länets regionala utveckling med tanke på arbetskraftsutbud, kompetensförsörjning och näringslivsutveckling. I Norrbottens regionala utvecklingsstrategi (RUS)⁹ poängteras att en god folkhälsa är ett mål för samhället och att främjandet av en god och jämlik sådan bidrar till långsiktig tillväxt och god social välfärd. RUS:en definierar också länets styrkor, svagheter, möjligheter och hot. En av svagheter utgörs just av det höga ohälsotalet i Norrbotten jämfört med andra län.

Precis som EU:s strategi för hälsa ”Tillsammans för tillväxt” är en viktig del i Europa 2020-strategin för en hållbar tillväxt, behöver Norrbottens folkhälsostrategi vara en tydlig och självklar del av Norrbottens regionala utvecklingsstrategi, RUS.

⁸ Välfärdsanalys, Hälsa och ekonomisk tillväxt 2012

⁹ Regional utvecklingsstrategi för hållbar framtid i Norrbotten 2020

Viktiga begrepp

Folkhälsa

Hälsa definieras av WHO och tillika svenska Socialstyrelsen som ett tillstånd av fysiskt, psykiskt och socialt välbefinnande, och inte endast frånvaro av sjukdom eller skada¹⁰. En god folkhälsa är inte bara god utan också jämnt fördelad i befolkningen.

Folkhälsa är hälsan på befolkningsnivå medan begreppet hälsa avser individens hälsa.

(O)jämlig hälsa

Jämlig hälsa är att alla ska ha en rättvis möjlighet att uppnå sin fulla hälsopotential eller att ingen ska missgynnas från att nå detta mål om det kan undvikas.

Ojämlig hälsa är skillnader i hälsotillstånd mellan grupper och individer som är onödiga, möjliga att undvika och som dessutom anses orättvisa¹¹.

Jämställd hälsa definieras som jämlig hälsa men här specifikt avseende kön.

Proportionell universalism

Principen om proportionell universalism¹² beskriver hur ojämlikhet i hälsa uppstår samt hur folkhälsoinsatser bör utformas och till vem de bör riktas. Principen har fått stor genomslagskraft och präglar idag världens folkhälsoarbete på mikro-, makro och mesonivå.

”Det finns en social gradient i hälsa – ju lägre en persons sociala position är ju sämre är hans eller hennes hälsa. Åtgärder skall rikta in sig mot att reducera gradienten i hälsa. Att bara rikta in sig på de mest utsatta kommer inte att reducera ojämlikheten i hälsa tillräckligt. För att reducera den sociala gradienten måste åtgärder vara universella men med en omfattning och intensitet som är proportionell till graden av utsatthet.”

Risk- och skyddsfaktorer

En individs psykosociala omgivning inbegriper yttre faktorer i form av stressorer som kan vara stimulus eller påfrestningar (riskfaktorer) samt skyddande resurser i form av socialt stöd (skyddsfaktorer)¹³. Samma stressor kan ge helt olika reaktioner hos olika individer eller hos samma individ vid olika tillfällen, beroende på tidigare erfarenheter och tron på förmågan att möta den. Skydds- och riskfaktorer återfinns på individnivå och på strukturell nivå.

Riskfaktorer

Riskfaktorer är omständigheter som ökar sannolikheten för att individer ska utveckla problem. Olika riskfaktorer kan interagera med varandra så att belastningen blir störst i de socialt mest utsatta grupperna. Effekten av en given riskfaktor kan bli mycket större om individen redan är utsatt för

¹⁰ <http://termbank.socialstyrelsen.se/showterm.php?ftid=64>

¹¹ Folkhälsovetenskapligt lexicon, Urban Janlert 2000

¹² Michael Marmot, The Marmot review 2010, sid 9

¹³ Hälsöfrämjande möten, från barnhälsovård till palliativ vård, Hertting och Kristenson 2012, Sid 21-25

andra belastningar som till exempel att tillhöra en eller flera av diskrimineringsgrunderna¹⁴.

Exempel på psykosociala riskfaktorer är allvarliga livshändelser som exempelvis arbetslöshet och ärftliga sjukdomar i släkten. För barn kan det vara bristande språklig förmåga, inlärningssvårigheter och självkontroll.

Skyddsfaktorer

Medan riskfaktorerna gör individen mer exponerad för ohälsa är skyddsfaktorer förhållanden som ökar individens motståndskraft. Skyddsfaktorerna fungerar som en buffert mot risk, eller som en mekanism som förändrar effekterna av att exponeras för risk¹⁵.

Viktiga skyddsfaktorer är goda sociala relationer, god ekonomi, goda levnadsvanor och att ha förmåga att påverka och ha kontroll över sin situation. För barn kan det vara trygga förhållanden till förskola och skola samt att nå de uppsatta målen i skolan.

Hälsofrämjande

Med hälsofrämjande åtgärder/miljöer avses sådana som underlättar för människor att göra hälsosamma val men också att själv ta ansvar för sitt fysiska, psykiska och sociala välbefinnande. Exempel på hälsofrämjande åtgärder är upplysta och trygga motionsspår, stöd med läxläsning, hälsosamtal, osv.

Sjukdomsförebyggande

Sjukdomsförebyggande eller preventivt arbete är insatser i syfte att undanröja risker och orsaker till ohälsa och sjukdom. Det kan vara att stötta förändring av ohälsosamma levnadsvanor, exempelvis rökstopp, arbetsmiljöarbete, vaccinationer, handlingsplaner mot mobbning.

Om insatserna syftar till att reducera en riskfaktor kallas den sjukdomsförebyggande. Om den syftar till att öka tillgången till en skyddsfaktor (friskfaktor) kallas den hälsofrämjande. Ofta överlappar hälsofrämjande och sjukdomsförebyggande insatser varandra.

¹⁴ <https://www.uppdragpsykiskhalsa.se/barn-unga/bup/skydds-och-riskfaktorer-for-psykisk-ohalsa/>

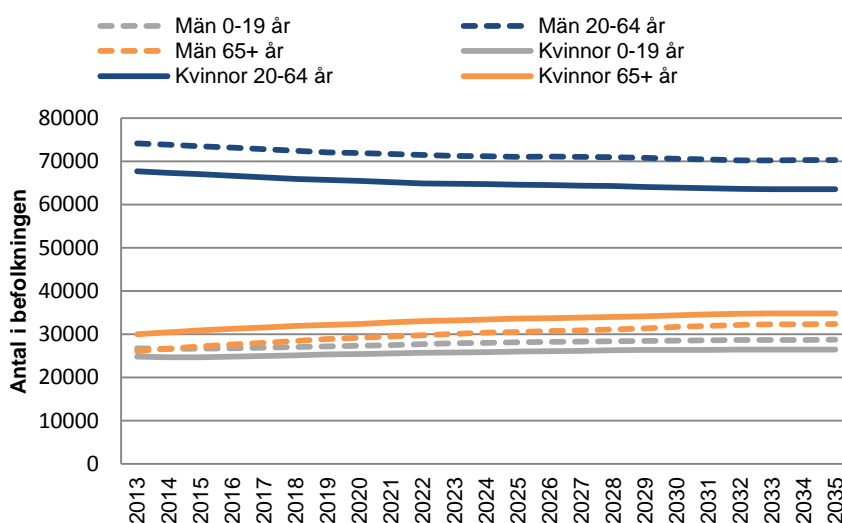
¹⁵ <https://www.uppdragpsykiskhalsa.se/barn-unga/bup/skydds-och-riskfaktorer-for-psykisk-ohalsa/>

Om Norrbotten

Följande stycke beskriver några av de egenskaper som präglar Norrbotten och som bör beaktas i ett arbete för en bättre och mer jämlik hälsa.

Demografiutveckling och försörjningskvot

Norrbotten står inför en stor demografisk utmaning de närmaste 20 åren. Fram till år 2035 kommer den arbetsföra delen av befolkningen i åldern 20-64 år att ha minskat med sex procent, samtidigt som andelen i befolkningen över 65 år prognostiseras att öka med 20 procent och andelen 0-19 år minskat med sju procent. Detta betyder att färre i arbetsför ålder kommer att behöva försörja fler äldre och yngre.



Figur 2. Befolkningsprognos Norrbottens län 2013 till och med 2035 (Källa: SCB)

I Norrbotten bor ungefär 250 000 invånare. Av dessa utgörs ca 15 procent av barn under 15 år och 23 procent av äldre över 65 år (riksgenomsnittet ligger på ca 17 procent respektive 20 procent)¹⁶. Andelen invånare med utländsk bakgrund är cirka 11 procent jämfört med 18 procent i medel för hela landet. De största grupperna av utrikes födda i Norrbotten kommer i huvudsak från övriga nordiska länder samt Asien (där Finland, Thailand och Syrien utgör de enskilt vanligaste födelseländerna). Norrbotten har länge haft en nedåtgående trend med befolkningsminskning, men de senaste åren har befolkningen ökat något, se figur 2.

År 2016 ökade befolkningen med närmare 840 individer.¹⁷ Befolkningsökningen berodde på en positiv inflyttning på drygt 3 000 personer främst från Asien och Afrika (där Syrien, Afghanistan och Eritrea utgjorde de enskilt vanligaste födelseländerna). Samma år förlorade Norrbotten drygt 1 900 personer som flyttade till andra delar av Sverige och det dog cirka 300 norrbottningar fler än vad som föddes.

¹⁶ Källa: SCB, Befolkningsstatistiken

¹⁷ <http://www.statistikdatabasen.scb.se/sq/34152>

Försörjningskvot

Andelen äldre och andelen mycket äldre (över 85 år) i kommer att öka snabbt i länet de kommande decennierna. Ökningen tar framförallt fart runt år 2025 då den stora fyrtiotalistgenerationen har blivit över 80 år.

Pajala har Sveriges högsta demografiska försörjningskvot.

Försörjningskvoten visar relationen mellan befolkningen i arbetsför ålder, 20 – 64 år och de ytterligare individer som de måste ”försörja” utöver sig själva, det vill säga barn och äldre som är de största mottagarna av välfärdstjänster.

Mellan år 2011 och 2021 beräknas den demografiska försörjningskvoten öka mest i Haparanda av alla svenska kommuner, med dryga 29 procent.¹⁸ I

Pajala beräknas den öka med närmare 26 procent. Detta kan jämföras med den beräknade ökningen om 3,3 procent i Kiruna, vilket är den lägsta ökningen bland de norrbottniska kommunerna.

Hälsoläge

Människor i Norrbotten mår överlag bra och befolkningen lever allt längre. Länet ligger dock i flera avseenden sämre till än genomsnittet i Sverige vad gäller fysisk hälsa och levnadsvanor.

Norrbotten är länet där det är störst risk att få en hjärtinfarkt och även insjuknandet i stroke är bland det högsta i riket. Det är också vanligare att lida av en långvarig sjukdom och ha besvär av smärta och värk. Även om länet ligger efter Sverige i genomsnitt, ses dock en positiv utveckling. Andelen som skattar sin hälsa som bra eller mycket bra ökar bland både kvinnor och män. I Norrbotten är det 7 av 10 som skattar sin hälsa som bra eller mycket bra. Kvinnors självskattade hälsa ligger några procentenheter lägre än männens vilket också är det vanliga mönstret nationellt. Länet ligger också bättre till än riket på tumörsjukdomar.

När det gäller psykisk hälsa och välbefinnande ligger Norrbotten ofta bättre till än riket med lägre förekomst av nedsatt psykiskt välbefinnande, stress samt ångest oro eller rädsla. Andelen invånare 16-84 år i Norrbotten med nedsatt psykiskt välbefinnande är 11 procent för män samt 16 procent för kvinnor. Motsvarande siffror för riket är 13 procent respektive 18 procent¹⁹

Att ha tillit till andra människor liksom att känna sig trygg i sin omgivning är också vanligare i länet än i riket.

Den ojämlika hälsan

Hälsan skiljer sig inte bara åt mellan olika geografiska områden utan är också starkt kopplad till socioekonomiska förhållanden. Det är exempelvis vanligare att rapportera en god självskattad hälsa bland personer med lång utbildning och bättre ekonomi. Norrbotten har kortare medellivslängd än riket (framförallt männen i Norrbotten) och norrbottningar med lång utbildning förväntas leva fem år längre än de med kort utbildning²⁰.

Skillnaderna i hälsa mellan olika grupper förklaras av olika levnadsvanor som i sin tur är präglade av olika livsvillkor, socioekonomiska och psykosociala förutsättningar som tillsammans påverkar individens inställning och förmåga att göra mer eller mindre hälsosamma val. Det finns idag ingen förklaring som motiverar fenomenet men däremot vet man att

¹⁸ Dagens Samhälle 2017 nr 26: Nu ökar trycket på landsbygden, s2-3.

¹⁹ Det finns ett bortfall i statistiken för riket. Källa: HLV 2016

²⁰ Livslängden i Sverige 2011-2015 tabell T11, Statistiska centralbyrån

levnadsvanor är kulturellt betingade och att det ligger i vår natur att välja de vanor som vår omgivning har²¹.

När det gäller psykisk ohälsa är det utöver lägre socioekonomi även en riskfaktor att tillhöra någon utav diskrimineringsgrunderna. Homo-, bi-, och transpersoner (HBT), unga, personer med utländsk bakgrund, kvinnor samt personer med funktionsnedsättningar är grupper som löper större risk att drabbas av ohälsa.

Själv mord är den vanligaste dödsorsaken i Sverige bland unga personer i åldern 15-29. Sju av tio självmord begås av män trots att det är vanligare att kvinnor uttrycker stressrelaterade besvär, depression och nedstämdhet. Kvinnor vårdas oftare än män på sjukhus på grund av självmordsförsök.

Flera undersökningar har gjorts om renskötande samers hälsa, flertalet i Norge men också i Sverige. Sametinget genomförde 2016 en översiktsstudie om samers psykosociala hälsa utifrån tidigare forskning.²²

Kunskapsöversikten pekar på att den psykosociala hälsan bland svenska samer (speciellt renskötande samer) tenderar att vara sämre än hos norrbottningarna och den svenska befolkningen i allmänhet avseende suicidalitet samt ångest- och depressionssymptom. Samtidigt konstateras stora kunskapsluckor och att det behövs fler vetenskapliga undersökningar som bygger på större populationer.

Hälsan bland äldre i Norrbotten

Äldre i Norrbotten mår allt bättre och befolkningen i länet lever längre. Även om äldres hälsa på många fronter visar en positiv utveckling så betyder en ökad ålder också att risken för sjuklighet stiger. Risken ökar bland annat för att drabbas för folksjukdomar så som hjärt- och kärlsjukdomar inklusive stroke, tumörsjukdomar, diabetes, demens, rörelseorganens sjukdomar och gråstarr.

Precis som för övriga norrbottningar är den fysiska hälsan bland äldre i länet sämre än i riket, med högre förekomst av hjärtinfarkt, stroke och diabetes typ 2. Det är också betydlig skillnad i andelen äldre i riket som uppger en god självskattad hälsa jämfört med äldre i länet.

När det gäller psykiskt välbefinnande rapporterar äldre i länet överlag ett bättre psykiskt välbefinnande än yngre. Dock uppger äldre män i Norrbotten mer nedsatt psykiskt välbefinnande jämfört med män i riket.²³

Liksom i övriga åldersgrupper är hälsoproblem bland äldre mycket tydligt kopplade till socioekonomisk situation. Socioekonomisk situation bland äldre torde till stor del vara ett resultat av ojämlika förhållanden tidigare i livet. Det finns en klar relation mellan inkomst och hälsa. Ju högre inkomst desto lägre är sannolikheten för ohälsa²⁴.

En mer utförligare beskrivning av befolkningens hälsa finns i rapporten, Hälsa, levnadsvanor och Social miljö i Norrbotten ur ett jämlikhetsperspektiv, bilaga 3.

²¹ Sjukdomsförebyggande metoder, Barbro Holm Ivarsson 2014 sid 36

²² Sametinget (2016): Kunskapssammanställning om samers psykosociala ohälsa. Kiruna.

²³ ”En åldrande befolkningen i Norrbotten – Vad betyder det för hälso- och sjukvården”, Region Norrbotten (2017)

²⁴ ”Hälsoutveckling och hälsofrämjande insatser på äldre dar” FHI 2005:6

Hälsan bland barn och unga i Norrbotten

De allra flesta barn och unga i Norrbotten mår bra, trivs i skolan och har någon vuxen att prata med. De årliga elevhälsosamtalen i skolan visar att fram till elvaårsåldern är det mesta bra med små skillnader mellan pojkar och flickor. Det som sticker ut som negativt i denna ålder jämfört med äldre åldersgrupper är framförallt att ha upplevt utfrysning och mobbing.²⁵ I takt med stigande ålder synliggörs andra hälsorisker, till exempel ses större könsskillnader. Bland pojkarna ses en ökning av andelen med övervikt och fetma med stigande ålder och andelen som dricker sötade drycker. Bland flickor blir andelen som upplever något psykiskt besvär vanligare ju högre ålder.



Figur 3 Förändrad livsstil påverkar hälsan. Källa: Region Norrbotten

Att levnadsvanorna och ohälsan är ojämnt fördelad i befolkningen märks även bland barn. De som lever i socioekonomiskt utsatta familjer är hårdast drabbade. Fler faktorer än socioekonomi är av betydelse för ojämlikhet i hälsa ur det tidiga livets perspektiv, särskilt syns ohälsan i grupper som återfinns i diskrimineringsgrunderna. Unga med psykisk ohälsa som ångslan, oro och ångest har ökat under senare år, framförallt bland unga kvinnor. Båda dessa besvär och självskadebeteende ses dock vanligare bland tjejer än killar, medan det är vanligare bland killar att begå självmord än bland tjejer²⁶.

Samband mellan diskriminering och ohälsa har också påvisats, och sambandet blir starkare ju fler diskrimineringsgrunder en person omfattas av²⁷. Till exempel har barn med funktionsnedsättningar oftare mer ohälsosamma levnadsvanor och psykisk ohälsa än andra barn. De upplever också oftare stressrelaterade symptom än barn utan funktionsnedsättningar, löper större risk för mobbning och är mer utsatta för våld²⁸. Unga homo- och bisexuella har oftare sämre psykiskt välbefinnande än övriga befolkningen. Det är också vanligare med riskbruk av alkohol och självmordstankar i den

²⁵ ”Skolbarns hälsa och levnadsvanor i Norrbotten” Rapport för läsåret 2015-2016. Norrbottens läns landsting (2016)

²⁶ Folkhälsan i Sverige 2016, Folkhälsomyndigheten, 2016

²⁷ Diskriminerad och kränkt. En rapport om sambanden mellan diskriminering och hälsa, Statens Folkhälsoinstitut R 2005:49

²⁸ Med funktionsnedsättningar användes här en bred definition, inbegripande exempelvis rörelsehinder, dyslexi, nedsatt syn eller hörsel, ADHD, epilepsi eller diabetes.

gruppen²⁹. Unga transpersoner har sämre psykiskt välbefinnande än övriga befolkningen³⁰.

I Norrbotten har hälsa och levnadsvanor följts över tid genom skolsköterskornas elevhälsosamtal. Där framgår att utvecklingen av den psykiska hälsan försämras över tid bland unga, framförallt tjejer, i likhet med landet i övrigt. Diskrimineringsgrunderna får anses vara av betydelse för den psykiska hälsoutvecklingen i Norrbotten på samma sätt som i riket i övrigt; även om det finns sämre tillgång på siffror.

En annan stor hälsoutmaning är den höga andelen gymnasiepojkar i länet som har övervikt eller fetma, något som kan leda till allvarliga sjukdomar senare i livet.

En utförligare beskrivning av hälsan bland barn och unga i Norrbotten finns i de elevhälsorapporter som årligen tas fram av Region Norrbotten³¹.

Människa och samhälle

I följande stycke beskrivs några geografiska och kulturella egenskaper som präglar den norrbottniska livsmiljön.

Långt mellan husen men nära till allt

Norrbotten består till stor del av lands- och glesbygd. Av de fem kommuner i Sverige med lägst antal invånare per kvadratkilometer återfinns tre norrbottniska kommuner, Arjeplog, Jokkmokk och Pajala. Hur befolkningen fördelar sig i kommunerna varierar. I exempelvis Kiruna bor närmare 80 procent av befolkningen i tätorten Kiruna, medan det i Överkalix och Pajala bor en något högre andel kommunmedborgare utanför tätort än i tätort³².

Fritid, friluftsliv och kultur

De flesta kommuner i Norrbotten satsar på möjligheter till fritidsaktiviteter och friluftsliv för sin medborgare såväl som besökare. Fritidsaktiviteter kan inkludera många former av aktiviteter och sporter, både inom- och utomhus, exempelvis gym, skatehall, fritidsgårdar, teater, dans, sång och utförsåkning. Ungefär 28 procent av elever 7-15 år deltar i musik- eller kulturskola i Norrbotten, vilket är något högre andel deltagande än genomsnittet i Sverige på 25 procent.

Av riksidsrottsförbundets 71 anslutna idrotter har 57 verksamhet i Norrbotten. De största idrotterna i Norrbotten är fotboll, ridsport, ishockey och basket. Antalet gruppaktiviteter i länet har sjunkit från 139 146 stycken 2010 till 135 798 stycken 2016. Även antalet deltagartillfällen följer trenden och minskar från 1508 396 stycken till 1 499 516.

Friluftsliv definieras som ”*vistelse utomhus i natur- och kulturlandskapet för välbefinnande och naturupplevelser utan krav på tävling*”. Många norrbottningar utövar friluftsliv och fritidsaktiviteter utan att vara medlem i någon förening, exempelvis löpning, längdåkning och träning på gym men också fjällvandringar, jakt och fiske. Majoriteten av friluftaktiviteterna i

²⁹ Hälsa på lika villkor? Hälsa och levnadsvillkor hos HBT-personer. Statens folkhälsoinstitut 2006:08

³⁰ Hälsan och hälsans bestämningsfaktorer för transpersoner – en rapport om hälsoläget bland transpersoner i Sverige, Folkhälsomyndigheten 2015

³¹ www.norrbotten.se/elevhalsosamtal

³² SCB 2010-12-31

sker nära hemmet och de vanligaste är förhållandevis enkla och vardagliga som exempelvis promenader, bad och cykling.

Även inom detta område finns det stora skillnader i tillgängligheten till respektive utövandet av fritidsaktiviteter och friluftsliv mellan olika grupper i samhället.

Den totala investeringsutgiften inom både kultur- och fritidsverksamhet i kommuner (kr/inv) visar att de norrbottniska kommunerna i genomsnitt investerar betydligt mer än genomsnittet i landet varje år under den senaste tioårsperioden. Under 2016 investerade Norrbotten 465 kr/inv i genomsnitt i kultur- och fritidsverksamhet jämfört med 323 kr/inv i riket.

Forskare³³ menar att svenskar hämtar kraft och tröst ute i naturen när de drabbas av livskriser istället för att söka sig till religionen i samma utsträckning som i andra länder. I Norrbotten är närheten till natur och friluftsliv påtaglig och kan vara en bidragande orsak till att norrbottningar upplever sig som tryggare och känner större tillit till andra människor jämfört med genomsnittet i Sverige.

Engagemang och deltagande i kultur utgör också en viktig pusselbit i det förebyggande och främjande folkhälsoarbetet.³⁴ Samtidigt finns stora utmaningar i tillgång till och möjligheter till medskapande i kultur i livets alla skeenden i Norrbotten.

Mångfald

Norrbotten har länge varit ett mångkulturellt och flerspråkigt län. Flertalet norrbottniska kommuner är idag förvaltningsområde för de nationella minoritetsspråken finska, meänkieli (tornedalsfinska) och/eller samiska (flera varieteter).³⁵ Från att äldre generationer förbjudits tala sitt modersmål i exempelvis skolan, är nu förhoppningen att språk och kultur ska revitaliseras. Till detta kommer nya etniska grupper med språk från hela världen som kommit till Norrbotten län på flykt undan krig och förtryck.

Samerna har till skillnad från övriga nationella minoritetsgrupper status som urfolk. Urfolk har ett förstärkt skydd jämfört med övriga minoritetsrättigheter enligt FN:s deklaration om urfolkens rättigheter (2007).

Språk och kulturidentitet har stor betydelse för nationella minoriteters hälsa. En ny rapport³⁶ visar att många tornedalingar förknippar ohälsa med att deras språk meänkieli håller på att försvinna. Både bland sverigefinnar och samer finns en oro för den psykiska ohälsan (speciellt unga, renskötande män bland samerna).

Arbetsmarknad och utbildning

Färre norrbottningar har eftergymnasial utbildning jämfört med övriga riket. Däremot har de flesta kommunerna en hög andel som går ut grundskola respektive gymnasieskola med examen jämfört med riksgenomsnittet. Den öppna arbetslösheten och även arbetslösheten bland ungdomar 18-24 år har varit lägre i Norrbotten än riksgenomsnittet under de senaste åren.

³³ Ahmadi, F. & Ahmadi, N. (2015): *Nature as the Most Important Coping Strategy Among Cancer Patients: A Swedish Survey*. Journal of Religion & Health 54: 1177-1190.

³⁴ Hälsa på lika villkor – nationella mål för folkhälsan: SOU 2000:91

³⁵ http://www.riksdagen.se/sv/dokument-lagar/dokument/svensk-forfattningssamling/lag-2009724-om-nationella-minoriteter-och_sfs-2009-724

³⁶ Folkhälsomyndigheten (2017): *Samråd och dialog med nationella minoriteter och urfolk i syfte att förbättra förutsättningarna för gruppernas hälsa*.

Paradoxalt kan ett gott arbetsmarknadsläge bidra till att färre, speciellt pojkar, finner incitament för att fortsätta utbilda sig. Norrbottens arbetsmarknad är fortfarande starkt könssegregerad.

I Norrbotten är det relativt vanligt med skiftarbete vilket ställer särskilda krav på både individen och anpassad samhällsservice som ett utbyggt kommunikationsnät, nattöppna förskolor, osv. Ytstora kommuner innebär också långa pendlingsavstånd för många.

Näringsliv

Det norrbottniska näringslivet går mot ett mer diversifierat näringsliv och arbetsmarknad. Den offentliga sektorn (vård och skola) och den råvaruproducerande sektorn (mineral, skog och vattenkraft) utgör fortfarande viktiga arbetsgivare, men idag har Norrbotten fler ben att stå på. Framför allt har besöksnäringen utvecklats rejält med flera internationellt kända landmärken.

Andra viktiga sektorer är testverksamhet inom bil och rymd, och både de kreativa/kulturella näringarna och sportnäringen växer.

Glesheten och de långa avstånden till vård eller annan samhällsservice har bidragit till att Norrbotten är i framkant när det gäller innovation och utveckling inom e-hälsa. En fortsatt satsning på bredband och utveckling av e-tjänster är särskilt viktigt för glesbygdens möjlighet att bedriva handel och tillhandahålla samhällsservice som hälso- och sjukvård, utbildning, osv. I de flesta kommuner satsas på utbyggnad av fiber utanför tätorterna.

Fortfarande är det till största andelen män som startar företag. 70 procent av de nystartade företagen i Norrbotten 2016 startades av män³⁷.

Normer och värderingar

Norrbotten är också en ”lokal” region. Människor lever sina liv i lokalsamhällen men också i ett sammanhang där bilder och erfarenheter av det som finns och händer på det nationella och internationella planet ständigt är närvarande via media och sociala medier. Den här utvecklingen har gjort att Norrbotten idag är integrerat i globala ekonomiska, sociala och kulturella nätverk på ett helt annat sätt än för 25 år sedan. Dagens norrbottningar har en större fond av vetande om omvärlden och tillgång på andra ”modeller” för hur livet kan eller borde levas. Dessa världsliga influenser i kombination med de erfarenheter som görs i lokalsamhället skapar en grund för hur befolkningen konstruerar en uppfattning om den ort de lever på, självbilden samt normer och värderingar kring exempelvis genus, andra kulturer, religion, sexuell läggning, könsidentitet och vad som kan betraktas som ”normalt”.

Det finns föreställningar om ett Norrbotten som präglas av en ”machokultur” inte sällan tematiserat i populärkultur, med tydliga normativa gränser mellan manligt och kvinnligt. I vilken utsträckning som just Norrbotten fortfarande präglas av normer och värderingar som exempelvis låser in män och kvinnor till vissa sektorer av arbetsmarknad och utbildning eller lägger lock på ambitioner att få vara autentiskt och uttrycka sin identitet behöver utforskas mer. Det finns dock studier som visar på att rester av en s.k. ”bruksmentalitet” lever kvar parallellt med ”moderna” värderingar som jämställdhet mellan män och kvinnor, inkludering gentemot andra kulturer, religioner och HBTQ-personer. En positiv kontrast till de ovan beskrivna

³⁷ Tillväxtanalys 2017

föreställningarna är att resultatet från den stora medborgardialogen Kraftsamling 2011-2015³⁸ visade att Norrbottningarna prioriterar arbete med unga, jämställdhet, mångfald och integration.

³⁸ <http://www.kraftsamling.net/>

Länsspecifika perspektiv

I arbetet med att revidera Norrbottens folkhälsostrategi genomförde Norrbottens folkhälsopolitiska råd en mängd dialoger vid kommunbesök, internat med sakkunniga, politiska samråd samt möten med civilsamhälle och näringsliv. Dialogerna utgick från frågeställningen; vilka förutsättningar föreligger lokalt/organisatoriskt för ett mer systematiskt folkhälsoarbete. Vid dialogerna var det några utmaningar som ständigt återkom och som därför lyfts här som särskilda *länsspecifika perspektiv*³⁹ att beakta i det fortsatta arbetet och beslutsfattandet för att förbättra befolkningens livsvillkor och handlingsutrymme⁴⁰.

Jämställdhet

Att utmana traditionella och i många fall destruktiva könsnormer lyfts som en av de viktigaste åtgärderna för att förbättra kvinnor och mäns handlingsutrymme och livsvillkor i Norrbotten.

Idag lider norrbottniska kommuner ekonomiskt av att traditionella föreställningar och normer påverkar flickor och pojkars inställning till studier och betyg, till hälsa och sunda levnadsvanor men även till vilka yrkesval som är accepterade för flickor respektive pojkar. Effekterna av länets folkhälsoarbete bör därför i den utsträckning det är möjligt belysas utifrån ett jämställdhetsperspektiv.

Livslopp/ålder

Det råder ingen tvekan om att barn och unga är en prioriterad grupp i folkhälsoarbetet i Norrbotten och övriga landet. Barns uppväxtvillkor och nära omgivning (familj, skola etc) har stor påverkan för deras framtida hälsa. Norrbotten står emellertid inför en demografisk utveckling där en större andel av befolkningen kommer att vara äldre längre. Åtgärder som skapar fler friska år även bland de äldre är nödvändiga. Länets folkhälsoarbete bör därför belysas, i den utsträckning det är möjligt, av effekterna på barn och unga men också på vilket sätt de påverkar äldres hälsa.

Normer och värderingar

En annan utmaning är att skapa ett Norrbotten där fler människor trivs, känner sig välkomna och väljer att bosätta sig. Att människor marginaliseras på grund av hudfärg, ursprung, livsstil eller hälsa i den utsträckning som sker idag är vare sig hälsoekonomiskt eller humanistiskt försvarbart. Analys av kvantitativhälsodata visar att diskriminering och kränkningar är en viktig källa till människors ohälsa i Norrbotten. Många inlandskommuner lyfter särskilt vikten av att lyckas med mottagandet av nyanlända så att de väljer att bosätta sig i området samt på ett aktivt och jämlikt sätt deltar i fritids- och yrkesliv. Länets folkhälsoarbete bör därför belysas i vilken utsträckning de förstärker eller utmanar traditionella normer och värderingar.

Socioekonomi

Socioekonomisk status mäts oftast genom utbildningsnivå, yrke och inkomst. Det finns oacceptabla skillnader i hälsa mellan kort- och långutbildade, mellan låg- och höginkomsttagare, och mellan invandrare och

³⁹ Kommunbesök, internat, dialogforum och politiska samråd. Se sammanställning av kommunbesök ”ordmoln” på www.norrbotten.se/fhs

NORRBOTTENS FOLHÄLSOPOLITISKA RÅD
20 DECEMBER 2017

svenskfödda. All utveckling och avveckling av välfärdsservice bör utredas i vilken utsträckning de påverkar den jämlika hälsan.

Prioriteringar, mål och indikatorer

Följande stycke syftar till att beskriva på vilka grunder de norrbottniska folkhälsomålen arbetats fram. Norrbottens folkhälsomål och delmål finns redovisade i de inledande texterna på sid 7.

Följande har särskilt beaktats vid framtagandet av länets prioriteringar och folkhälsomål:

- Resultatet från statistiska analyser av norrbottningarnas hälsa
- Det föreslagna övergripande, nationella målet för folkhälsopolitiken; att skapa samhällseliga förutsättningar för en god och jämlik hälsa för hela befolkningen⁴¹
- De föreslagna åtta nationella målområden med betydelse för en mer jämlik hälsa.⁴²
- Kommunernas bedömning av prioriterade områden för sina respektive kommuner
- Behovet av ett systematiskt arbetssätt med uppföljning och utvärdering

Kvantitativa analyser⁴³ har gjorts på materialet från registerdata och undersökningarna ”Hälsa på lika villkor” och ”Hälsosamtalen i skolan”, se bilaga 1. Enkätfrågan ”Hur bedömer du ditt allmänna hälsotillstånd?” har använts som beroende variabel i analysen. Resultatet visar att de faktorer som främst påverkar om man upplever sig ha en bra eller dålig hälsa handlar om ålder, socio-ekonomiska faktorer som exempelvis utbildning och yrkesgrupp, samt det som kan sammanfattas som socialt kapital, dvs att det finns ett socialt skyddsnet och att människor känner tillit till andra personer och samhällets institutioner. Levnadsvanor är också av betydelse, exempelvis regelbunden fysisk aktivitet och tobaksrökning.

De synpunkter som framkom vid NFR:s kommunbesök med politiker, tjänstepersoner och folkhälsoråd hösten 2016 och som i dokumentet benämns *länspecifika perspektiv*, finns tillgängliga på sid 23.⁴⁴ Dessa synpunkter överensstämmer till stor del med de prioriteringar som föreslagits ovan.

Vid NFR:s kommunbesök hösten 2016 diskuterades respektive kommuns förutsättningar för att bedriva ett systematiskt folkhälsoarbete. Innebörden i begreppet systematiskt beskrivs mer ingående på sid 30 under rubriken ”Egenskaper för ett framgångsrikt folkhälsoarbete”.

Utvalda prioriteringar och målområden måste också vara realistiska att jobba med och påverka på regional och lokal nivå. Mål och indikatorer måste gå att följa upp kontinuerligt och jämförelser måste vara möjliga mellan kommuner respektive landets övriga län.

Ett annat vägledande underlag har varit de åtta nationella målområden⁴⁵ som beskrivs på sid 10 och har stöd i vetenskapen som betydelsefulla för en mer

⁴¹ Förslag på nytt folkhälsomål, Kommissionen för jämlik hälsa, Nästa steg på vägen mot en mer jämlik hälsa, SOU 2017:47.

⁴² Kommittédirektiv En kommission för jämlik hälsa 2015:60

⁴³ I multivariata regressionsanalyser kan flera oberoende variabler infogas för att se i hur stor utsträckning de oberoende variablerna påverkar den beroende variabeln, i detta fallet om man uppfattar sin hälsa som god eller inte.

⁴⁴ www.norrbotten.se/fhs

⁴⁵ Nästa steg på vägen mot en mer jämlik hälsa, SOU 2017:47

jämlik hälsa. Med utgångspunkt i dessa målområden är det specifikt två norrbottniska delmål har visat sig vara särskilt betydelsefulla för befolkningens hälsa i Norrbotten. Vilka de områdena är framgår i stycket nedan.

Norrbottens prioriterade folkhälsoområden

Den samlade bedömningen av analys och kommunernas uttryckta behov visar att Norrbottens främsta utmaningar och därmed prioriteringar är inom områdena:

- ***Utbildningsnivå och det livslånga lärandet***
- ***Levnadsvanor***
- ***Normer och värderingar***
- ***Systematiskt folkhälsoarbete***

Det innebär inte att folkhälsoarbetet avstannar inom övriga områden. Det står alla aktörer fritt att prioritera annorlunda och utifrån specifika förutsättningar och behov på lokal nivå.

Det första prioriterade området för Norrbotten handlar om ***utbildning och det livslånga lärandet*** och sammanfaller i stor utsträckning med det nationella målområdet *Kompetenser, kunskaper och utbildning*. Valet motiveras av att utbildning är en utav de starkaste skyddsfaktorerna som bidrar till färre hälsorisker i arbetslivet, mindre ekonomisk utsatthet och mer inflytande över den egna livssituationen. En lång utbildning ökar möjligheten till försörjning genom ett arbete samt att känna social gemenskap och delaktighet i samhället. Kommunerna har också betonat hur viktig tillgången till utbildning är för den lokala kompetensförsörjningen och medborgarnas inkludering på arbetsmarknaden och i samhället.

För att individer ska kunna fortsätta utbilda sig eller omskola sig i vuxen ålder behöver utbildning göras tillgänglig (t ex i olika studietakt och på distans via nätet) i hela landet och säkra de kompetensförsörjningsbehov som finns. Det livslånga lärandet handlar inte bara om formell utbildning som vuxenutbildning, yrkeshögskola och högskola, utan avser även i arbetslivet och i vardagen. Exempelvis arbetsgivare har ett ansvar för att skapa förutsättningar för vidareutbildning och ett livslångt lärande.⁴⁶

På sidan 51 beskrivs nuläget inom det nationella målområdet *Kompetenser, kunskaper och utbildning* ur en norrbottnisk horisont.

Levnadsvanor är också ett av målområdena från Kommissionen för jämlik hälsa.

⁴⁶ 2016-01-19 Regeringskansliet: *Livslånga lärandet ska stärkas*. I Svenska Dagbladet debatt.



Figur 4. Förändrade levnadsvanor påverkar hälsan. Källa Region Norrbotten

Resultaten från HLV-undersökningen visar att norrbottningarna ligger sämre till när det gäller det gäller olika riskfaktorer för hälsa, exempelvis kost och fysisk aktivitet. Att ha goda levnadsvanor, så som att vara fysiskt aktiv, är också en skyddsfaktor för psykisk hälsa och kan bland andra lindra nedstämdhet och depressioner. Vidare kan 80 procent av all hjärt- och kärlsjukdom samt 30 procent av all cancer förebyggas genom mer hälsosamma levnadsvanor. Därmed är det angeläget att levnadsvanor är en av Norrbottens prioriterade områden.

På sidan 59 beskrivs nuläget inom det nationella målområdet *Levnadsvanor* ur en norrbottnisk horisont.

Normer och värderingar har valts ut som ett tredje prioriterat område. Detta bygger på en samlad bedömning av områden som lyfts upp i olika dialoger. Till exempel jämställdhet, tillit, psykisk hälsa, inkludering, integration, samt kränkningar. Normer och värderingar är det tema som samlar de utmaningar Norrbotten har att arbeta med inom dessa områden.

Studier visar att ju mer tolerant eller öppet det sociala klimatet är på en plats desto attraktivare upplevs platsen vara av sina invånare.⁴⁷ Normer och värderingar påverkar den egna självbilden och omvärldsuppfattning. Detta påverkar i sin tur upplevelsen av inkludering, öppenhet och tillit till andra människor och samhällets institutioner, samt delaktighet i samhället. Detta i sin tur påverkar det fysiska och psykiska välbefinnandet. Ett annat viktigt område är att arbeta med normer och värderingar som anknyter till mångfald och inkludering. Befolkningens förhållningssätt avseende diskrimineringsgrunderna är av stor betydelse för hälsan hos människor som inte omfattas av majoritetsnormen, men också i vilken utsträckning som länet uppfattas som attraktivt där fler stannar kvar eller kan tänka sig att flytta till.

Delar av det som här avses med normer och värderingar fångas i det nationella målområdet *Kontroll, inflytande och delaktighet* på sidan 62. Andra aspekter av normer och värderingar i det norrbottniska samhället framgår i beskrivningen av länet på sidan 21.

⁴⁷ Nilsson, B 2012, Jakobsson, M& Segerstedt E 2013.

Ett systematiskt folkhälsoarbete har valts ut som ett ytterligare delområde eftersom det är en viktig förutsättning för att lyckas inom de andra områdena. Regionala såväl som lokala aktörer behöver ha goda kunskaper och ett gemensamt perspektiv på folkhälsa för att tillsammans kunna utveckla arbetet. Detta område anknyter också till den s.k. ”samverkanstriangel” (Region Norrbotten, Länsstyrelsen och Norrbottens Kommuner och enskilda kommuner) som innebär olika nivåer av stöd för ett utvecklat lokalt folkhälsoarbete utifrån de enskilda kommunernas önskemål och behov.

Norrbottens mål och indikatorer

Norrbottens övergripande mål utgår från det övergripande svenska folkhälsomålet som redovisas på sid 10. Norrbottens övergripande mål är att *norrbottningarna ska uppnå en förbättrad och mer jämlik och jämställd hälsa*. Det övergripande målet följs upp genom ett antal indikatorer som mäter hälsoutfallet i form av självskattad hälsa, medellivslängd, psykiskt välbefinnande respektive måttet ohälsotal.

Utifrån de prioriterade områdena som beskrivs i föregående avsnitt har fyra delmål tagits fram. Till respektive mål knyts också ett antal indikatorer för mätning och uppföljning av i vilken uträkning skillnader i hälsa mellan olika befolkningsgrupper förändras. Genom att arbeta hälsofrämjande och förebyggande inom de prioriterade områdena och delmålen, så ska det övergripande målet om en förbättrad och mer jämlik hälsa uppnås.

Indikatorerna som anges mäts i procent eller kronor, följs upp och redovisas uppdelat på kommun, födelseland, kön, sexuell läggning, könsidentitet, funktionsnedsättning och socioekonomi där så är möjligt. En samlad bild av nuläget för de olika indikatorerna redovisas i indikatormatrisen i bilaga 1.

Målen och indikatorerna följs upp på regional nivå och lokal nivå. Uppföljningen genomförs av de regionala aktörerna i NFR.

Övergripande folkhälsomål:

Norrbottningarna ska uppnå en förbättrad och mer jämlik och jämställd hälsa.

Indikatorer:

- Invånarnas självuppskattade hälsa
- Återstående medellivslängd vid födseln
- Invånare 16-84 år med nedsatt psykiskt välbefinnande/Ledsen, nedstämd åk 1 gy
- Ohälsotal (utbetalda nettodagar sjukpenning, rehabiliteringspenning, sjukersättning och aktivitetsersättning)

Delmål 1:

Utbildningsnivån och det livslånga lärandet ska öka och blir mer jämlik och jämställd

Indikatorer:

- Elever i åk 9 som är behöriga till yrkesprogram
- Gymnasieelever med examen inom 4 år
- Invånare 25-44 år efter utbildningsnivå
- Invånare 17-24 år som varken studerar eller arbetar

Delmål 2:

Levnadsvanor som påverkar hälsan positivt ska öka i omfattning och bli mer jämlika och jämställda

Indikatorer:

- Invånare som äter rekommenderad mängd frukt/grönsaker (18-64 år, 65+, barn och unga)
- Vuxna med riskabla alkoholvanor/Provat alkohol åk 1 gy
- Vuxna som är fysiskt aktiva enligt rekommendationerna minst 150 min/vecka (2.5 timma)/Fysiskt aktiva enligt rekommendationerna minst 60 min/dag åk 4, åk 7, åk 1 gy
- Daglig rökning vuxna/Provat röka cigaretter åk 1 gy

Delmål 3:

Normer och värderingar som främjar en bättre och mer jämlik och jämställd hälsa ska stärkas

Indikatorer:

- Invånare som litar på andra människor respektive institutioner/politiker (vuxna)
- Föräldrapenningdagar respektive tillfällig föräldrapenning (VAB) som tas ut av män/kvinnor, andel av antal dagar
- Pojkar som sökt till kvinnodominerade yrkesprogram på gymnasiet
- Vuxna som blivit bemött/behandlad på ett kränkande sätt/Elever som blivit retad/utstött eller illa behandlad åk 4, åk 7 och åk 1 gy
- Elever som trivs/är trygga i skolan åk 4, åk 7 och åk 1 gy
- Anställda utrikesfödda i kommunen, balanstal
- Kommuner med styrgrupp för föräldrastöd

Delmål 4:

Alla kommuner och regionala företrädare arbetar systematiskt med folkhälsa

Indikatorer:

- Folkhälsofrågorna finns på strategisk nivå i organisationen
- En kartläggning är påbörjad med en analys av kommunens/regionens folkhälsoutmaningar
- Det finns tydligt formulerade och politiskt antagna folkhälsomål beslutade i fullmäktige, styrelse eller motsvarande nivå
- Folkhälsoarbetet finns med i planeringsprocessen för verksamhetsplan, budget etc
- Kommunen upplever att det finns ett regionalt stöd inom folkhälsoområdet
- Antalet genomförda hälsosamtal ökar i aktuella åldersgrupper (Norrbottnens hälsosamtal) samt hälsosamtal på ungdomsmottagning

Egenskaper för ett framgångsrikt folkhälsoarbete i Norrbotten

Ett systematiskt arbete vänder utvecklingen

För att vända utvecklingen går det inte att bara göra mer av samma saker utan arbetet måste också göras annorlunda och bättre⁴⁸. Fler samhällsaktörer i Norrbotten måste välja att arbeta mer systematiskt och uthålligt med att förbättra befolkningens livsvillkor och handlingsutrymme. Med systematiskt menas att folkhälsoarbetet planeras och följs upp i samma planeringsprocesser som övrig kärnverksamhet i kommunen, organisationen, föreningen eller företaget. Det vill säga att frågan ges mandat, att det finns ett tydligt ägarskap och resurser, att besluten fattas utifrån kunskap och data om hälsa och ojämlikhet i hälsa samt att utvecklingen följs upp löpande. Det är viktigt att poängtera att det finns flera rätt sätt att förbättra folkhälsan på⁴⁹ och många samhällsaktörer i Norrbotten har kommit långt eller är på god väg i sitt arbete. Dock finns det några egenskaper som har stöd i forskningen och som länet kommit överens om ska känneteckna länets folkhälsoarbete⁵⁰ på lokal och regional nivå under perioden 2018-2026:

- Folkhälsoarbetet är prioriterat av ledningen
- Metoder utifrån bästa kända kunskap är prioriterade
- Det finns kunskap om vilka miljöer och faktorer som påverkar befolkningens hälsa
- Det finns kunskap om hur befolkningen ser ut och utsatta befolkningsgrupper kompenseras för ojämlika förutsättningar.
- Arbetet följs upp och utvärderas

Här följer en mer detaljerad beskrivning av de egenskaper som redovisats ovan och som fler samhällsaktörer måste göra mer av för att skapa en bättre och mer jämlik och jämställd hälsa i Norrbotten.

Folkhälsoarbetet är prioriterat av ledningen

Att frågan är prioriterad i ledningen lyfts som en framgångsfaktor för ett effektivt och systematiskt folkhälsoarbete⁵¹. Det handlar om att göra en medveten fokus- och resursförflyttning från att hantera konsekvenserna av sjukdom till att förebygga att den överhuvudtaget uppstår oavsett om det gäller kommunens befolkning, föreningens medlemmar eller företagets anställda.

För offentlig verksamhet kan det innebära att tillhandahålla omsorg, sociala skyddsnät och hälso- och sjukvård som inte bara lindrar det lidande och ekonomiska skada som uppkommer till följd av sjukdom och nedsatt arbetsförmåga, till att också skydda mot sjukdom eller förhindra att den uppstår.

De politiska avsikterna och målen bör formuleras i regionala strategier och handlingsplaner som antas politiskt. Följande exempel på verksamhetsmål

⁴⁸ Nästa steg på vägen mot en mer jämlik hälsa SOU 2017:47 sid 35

⁴⁹ Guide för planering, uppföljning/analys och åtgärder i kommunövergripande styrning, SKL, Att lyckas med folkhälsoprojekt, SKL 2010

⁵⁰ Perspektiven baserar sig på vad som framkommit vid kommunbesök, internat med sakkunniga, politiska samråd samt träffar med förenings- och privata näringsliv.

⁵¹ För en god och jämlik hälsa, SOU 2017:4 sid 141, Tydlig politisk prioritering

som genomsyrar styrkedjan har antagits av Gällivare kommun (KF, KS och nämnder)⁵²

Övergripande Strategiskt mål:

Attraktiva Gällivare- en socialt, ekologisk och ekonomisk hållbar kommun.

Kommunfullmäktiges strategiska mål:

Ett jämlikt och jämställt samhälle med god folkhälsa och fungerande integration.

Kommunstyrelsens mål:

Jämlika och jämställdhetsintegrerade verksamheter med fungerande integration.

Mål för Service och tekniknämnden:

En tillgänglig kommun för alla

Rutiner för att säkerställa ökad tillgänglighet för framkomlighet och delaktighet för personer med funktionshinder

Ett viktigt medskick från de kommunbesök⁵³ som NFR genomförde under hösten 2016 var att såväl lokal som regional nivå måste bli bättre på att fokusera på några få mål och målområden och inte omfamna för stora utmaningar.

Metoder utifrån bäst kända kunskap är prioriterade

Samhällsresurser som kan läggas på insatser som förbättrar folkhälsan är ofta begränsade och dessutom kan det ta tid innan effekterna kan mätas i kronor och ören. Av detta skäl är det viktigt att noggrant överväga val av folkhälsoinsatser och prioritera dem där värdet är säkerställt och ekonomiskt försvarbart.

Studier har visat att den största förebyggande effekten uppnås om åtgärderna vänder sig till hela befolkningen och inte bara till riskgrupper⁵⁴. Anledningen är att antalet ”riskgruppsindivider” i samhället visserligen svarar för betydligt fler problem än genomsnittsindividen, men eftersom de är förhållandevis få jämfört med genomsnittsbefolkningen, som har mindre problem/individ men är fler i numerären så kommer den största delen av ohälsan att uppstå där inga symptom eller riskbeteende förekommit tidigare eller kunde förutses.

Exempel: I en förskoleklass med 100 elever har 3 barn redan utvecklad ohälsa, 7 stycken visar symptom på ohälsa och 90 stycken visar inga tecken på ohälsa. Studier visar att 40 procent av de tre, som redan som barn, hade en utvecklad ohälsa också kommer att ha det som vuxen (= 1,2 personer). Av de sju som visade symptom på ohälsa kommer 25 procent också ha det som vuxen (= 1,75 personer) och av de 90 som inte hade några symptom alls så kommer 10 procent att drabbas av ohälsa i vuxen ålder (= 9 personer)⁵⁵.

⁵² <http://gallivare.se/Kommun/Om-kommunen/Kvalitet/Verksamhetsplaner/>

⁵³ Läs mer om NFR:s kommunbesök på sidan XX

⁵⁴ Universell proportionalism, Michal Marmot, The Marmot review 2009

⁵⁵ En grund för att växa. Forskning om att förebygga beteendeproblem hos barn. Knut Sundell & Martin Foster, FoU-rapport 2005:1 Socialtjänstförvaltningen Stockholm.

Paradoxalt nog tenderar den största delen av ohälsan att uppstå bland dem som inte bedöms som riskgrupp och/eller visar tecken på ohälsa.

Ett framgångsrikt folkhälsoarbete på lokal och regional nivå i Norrbotten tillhandahåller insatser som vänder sig till hela befolkningen och inte bara till riskgrupper.

Det finns kunskap om vilka miljöer och faktorer som påverkar hälsan

Bestämningsfaktorer för hälsan är friskfaktorer och miljöer som främjar hälsa och rustar individer att möta svårigheter och att göra mer hälsosamma val för sig själv och eventuella barn.

Ett framgångsrikt folkhälsoarbete kräver att lokala och regionala beslutsfattare vet vilka bestämningsfaktorerna är och vilka delar av organisationen som är delaktiga i att förbättra befolkningens hälsa⁵⁶. En detaljerad beskrivning av hälsans bestämningsfaktorer finns på sidan 41. Utan dessa kunskaper finns det en risk att alltför stort fokus läggs på att förändra enskilda levnadsvanor och mindre på att förbättra livsvillkor för det tidiga livet, utbildning, arbete och arbetsmiljö samt boende och närmiljö.

Sveriges modell för att nästan helt eliminera barnolycksfall med dödlig utgång är ett lysande exempel på ett framgångsrikt skadepreventivt och tvärsektorielt arbete som bedrivits inom skola, omsorg och hälso- och sjukvård men också inom fritid, boende, stadsplanering, trafik, osv⁵⁷.

Ett framgångsrikt folkhälsoarbete bedrivs inom en mängd politikområden och förutsätter samverkan över förvaltnings- och organisationsgränserna samt med civilsamhälle och näringsliv.

Det finns kunskap om befolkningen och utsatta befolkningsgrupper kompenseras

För att förbättra och skapa en mer jämlik hälsa är det av yttersta vikt att känna till målgruppen vars livsvillkor och handlingsutrymme som ska förändras. Att det finns kunskap om befolkningens hälsa, vem som har största ohälsa och var de finns i kommunen (skolan, omsorg, bostadsområden, arbetsplatser, osv) är en viktig utgångspunkt för att sedan kunna välja åtgärder som minskar skillnader i livsvillkor.

Kompensera för ojämställda livsvillkor och förutsättningar

Kunskapen om befolkningens socioekonomiska sammansättning och hälsoläge blir sedan viktiga underlag för lokalanpassade och genomtänkta välfärdstjänster och stimulanspaket som minskar skillnader i livsvillkor och hälsa mellan olika befolkningsgrupper i kommunen.

Valet och utformningen av de lokala välfärdstjänsterna är bland de viktigaste verktygen för att utjämna skillnader i hälsa då de har störst genomslagskraft hos dem med mindre av egna resurser. Många av de processer som generar ojämlikhet är självförstärkande, där de som har lite mer ofta också kommer att ha större möjligheter att få lite mer⁵⁸.

⁵⁶ För en god och jämlik hälsa, SOU 2017:4 sid 140, Vikten av ett brett angreppssätt

⁵⁷ Socialmedicinsk tidskrift 6/2016, Göran Dahlgren sid 686-687

⁵⁸ Nästa steg på väg mot en mer jämlik hälsa, SOU 2017:47 sid 16-17



Figur 5 Velfärdstjänster som utjämnar ojämlikheter tar avstamp i att människor har olika förutsättningar och är bättre eller sämre rustade att ta del av livet och göra hälsosamma val. Källa: Region Norrbotten

Eftersom förutsättningar och trösklar varierar mellan befolkningsgrupper måste samhällssystemen frångå principen om att leverera ”lika till alla” utan i större utsträckning anpassa velfärdstjänsterna till utsatta befolkningsgruppers varierande behov och förutsättningar⁵⁹.

Fritidsbank är exempel på generella åtgärder som särskilt förbättrar förutsättningarna till ökad fysisk aktivitet bland barn- och ungdomar i socioekonomisk utsatthet.

Framgångsrika folkhälsoinsatser i Norrbotten är generella men i utformning och intensitet anpassade så att de lättast når de som bäst behöver det.

Arbetet följs upp och utvärderas

Ett framgångsrikt folkhälsoarbete präglas av en utvecklad och systematisk uppföljning mellan samhällsnivåer och utifrån ett jämlikhetsperspektiv⁶⁰.

Norrbottens folkhälsostrategi tar avstamp i en nulägesbeskrivning av befolkningens hälsa samt länets bestämningsfaktorer för hälsa.

Nulägesbeskrivningen kallas *Länsanalys Norrbotten 2018* och kommer att uppdateras 2022 och 2026 som ett stöd för lokala och regionala aktörer att följa utvecklingen. Länsanalysen ger en bild av hälsan och förutsättningar för hälsa på kommunnivå och för ålderskategorierna barn/unga, vuxna och äldre samt på kön, etnicitet samt sexuell läggning där underlaget medger.

Medan folkhälsomålen som anges i den här strategin fokuserar på folkhälsoutvecklingen på länsnivå, utgör *länsanalysen/indikatormatrisen* ett instrument för att följa hälsoutvecklingen på både lokal och regional nivå.

⁵⁹ Gör jämlikt – gör skillnad! Samling för social hållbarhet minskar skillnader i hälsa. Sveriges kommuner och landsting 2013 sid 4.

⁶⁰

https://www.folkhalsomyndigheten.se/globalassets/projektwebbar/msh/seminarier-konferenser/webbinarium20170914/webbinarium-motepplats-social-hallbarhet-170914_ollelundberg.pdf

Roller - vem gör vad i Norrbottens folkhälsoarbete?

Ett effektivt folkhälsoarbete bygger på en betydligt högre samverkan och ett gemensamt ansvarstagande mellan den offentliga, idéburna och privata sektorn samt mellan tjänstepersoner och politiker och den enskilda individen.

Varje aktör har ett ansvar och måste bidra med sin pusselbit för att nå målet om en bättre och mer jämlik hälsa i Norrbotten. Enskilda individer har utifrån sina livsvillkor och handlingsutrymme ett ansvar för den egna hälsan.

Lokal nivå

Inom det kommunala verksamhetsområdet finns förutsättningar att verka för en bättre och mer jämlik hälsa genom att påverka människans livsvillkor och levnadsförhållanden. Detta kan ske exempelvis inom områden som samhällsbyggnad, utbildning, kultur och socialtjänst.

I Norrbotten är kommunen dessutom ofta en av ortens största arbetsgivare. Kommunens personalpolitik är ytterligare ett viktigt område för att bidra till att folkhälsans målsättningar uppnås. Förutsättningarna för folkhälsoarbetet varierar mellan länets olika kommuner vad gäller personella och ekonomiska resurser, utmaningar och prioriteringar.

Norrbottens folkhälsostrategi är framtaget som ett vägledande, ej styrande, dokument. Strategin syftar till att förbättra förutsättningarna för ett mer systematiskt och långsiktigt folkhälsoarbete. Strategin ger också en gemensam läges- och målbild som avser att samordna länets resurser till de områden och befolkningsgrupper där de gör bäst verkan. Exempel på vad som ingår i begreppet systematiskt folkhälsoarbete och hur kommunerna kan arbeta finns närmare beskrivet på sid 30.

Politiker och tjänstepersoner

Politiker och tjänstepersoner på lokal nivå har stora möjligheter att påverka graden av jämlikhet då de bestämmer vilka välfärdstjänster som ska erbjudas och hur de ska se ut. Politiken utgör en viktig pusselbit för att få folkhälsan på agendan och se till att folkhälsoarbetet sker nämndsövergripande och genomsyrar hela kommunen. Viktiga uppgifter för politiker och tjänstepersoner är att:

- Identifiera folkhälsofrågorna/bestämningsfaktorer för verksamhetsområdet och införa relevanta åtgärder utifrån sina strategiska styrdokument
- Utreda konsekvenserna av politiska beslut och i vilken utsträckning de påverkar den ojämlika hälsan (t.ex. utifrån ålder, kön och socioekonomi). Lika viktigt är det att vid ekonomisk åtstramning säkerställa att neddragningar inte drabbar de socioekonomiskt svaga befolkningsgrupper mer än andra med en ökad ojämlikhet i hälsa som följd.
- Utreda i vilken utsträckning beslutet förstärker eller utmanar konserverande normer och värderingar.

Regional nivå

Politiker och tjänstepersoner på regional nivån har samma ansvar som sina motsvarigheter på lokal nivå. Se föregående avsnitt.

Norrbottens folkhälsopolitiska råd

Norrbottens folkhälsopolitiska råd, NFR, ska under de två kommande mandatperioderna ansvara för verkställandet av det samordnade, regionala stödet som ska tillhandahållas under strategins giltighetstid. Formerna för det regionala stödet beskrivs mer detaljerat på sid 68-69.

Dagens prekära hälsoläge kräver en intensifierad regional process och att regionala aktörer inte bara samplanerar, utan att de *samagerar och stöttar* den lokala nivån i ännu högre utsträckning än tidigare. NFR ska verka för ett systematiskt folkhälsoarbete etableras utifrån kommunernas varierande förutsättningar och behov.

NFR ska återkoppla folkhälsoutvecklingen vid en folkhälsokonferens minst en gång/mandatperiod.

Region Norrbotten

Region Norrbotten bidrar till en god livsmiljö i Norrbotten genom att bedriva hälso- och sjukvård, tandvård, regional utveckling och kultur.

Region Norrbotten är länets största arbetsgivare med en personalstyrka lika stor som en mindre kommun. En mer hälsofrämjande personalpolitik skulle kunna få stor inverkan på folkhälsan i en enskild kommun eller totalt i länet. På följande sätt avser Region Norrbotten bidra till arbetet med att skapa en bättre och mer jämlik hälsa för norrbottningarna under 2018 och framåt⁶¹.

- Regionen ska ta ansvar för att folkhälsoarbetet går framåt i länet i samverkan med länets kommuner och andra aktörer. Norrbottens folkhälsostrategi ska implementeras.
- All personal med patientmöten, i sjukvården i allmänhet och primärvården i synnerhet, ska tillförsäkras god kunskap om levnadsvanors betydelse för hälsa. De ska också ha kunskap om metoder som förebygger sjukdom för att kunna stötta patienter att avsluta ohälsosamma levnadsvanor såsom tobaksrökning, otillräcklig fysisk aktivitet, ohälsosamma matvanor samt alkoholriskbruk.
- Utveckla former för att använda konst och kultur som komplement till traditionell behandling och i hälsofrämjande syfte.
- Genomförandegraden av Norrbottens hälsosamtal liksom arbetet med levnadsvanor i hälso- och sjukvården ska öka. Geografiska skillnader ska analyseras och därefter åtgärder vidtas för att sådana skillnader ska minska.
- Det påbörjade arbetet SAM (Samverka Agera Motivera), för att i samverkan med kommuner och andra aktörer främja psykisk hälsa och förebygga psykisk ohälsa bland barn och unga i länet, ska breddas till hela länet.
- I samverkan med andra, ta fram en Regional utvecklingsstrategi som är kompatibel med Norrbottens folkhälsostrategi

⁶¹ Region Norrbottens styrelseplan 2018

Region Norrbotten ser positivt på att hälsocentraler och tandvårdskliniker engagerar sig i lokala folkhälsosatsningar.

Norrbottens Kommuner (länsorganisationen)

Norrbottens Kommuner är en fristående intresseorganisation som ägs av länets 14 kommuner. Norrbottens Kommuner har uppdraget att i nära samarbete med medlemmarna, organisera, driva och utveckla arenor och nätverk för dialog och kunskapsutveckling kring gemensamma, kommunregionala frågor. Organisationen utgör en viktig aktör för en positiv och hållbar regional utveckling i såväl ett nationellt- som internationellt perspektiv inom olika arenor. Norrbottens Kommuner fungerar som förmedlande länk för kunskapsutveckling och kunskapspridning inom och mellan kommunerna, universiteten och andra kunskapsmiljöer i regionen och landet.

Norrbottens Kommuner har uppdraget att i samarbete med Länsstyrelsen i Norrbottens län och Region Norrbotten under en 3-årig period ta fram en regional folkhälsostrategi och genom en samverkansmodell stödja kommunerna i det lokala folkhälsoarbetet för att skapa en bättre och mer jämlik hälsa i länet. Folkhälsa är en kommungemensam utmaning som berör samtliga kommunala verksamheter. Detta gör att folkhälsouppdraget tydligt anknyter till de övriga uppdrag som Norrbottens Kommuner har inom utbildning och kompetensförsörjning (inklusive regionala vuxenutbildningen samt elevhälsa), social välfärd (bland annat psykisk hälsa, hälso- och sjukvård, äldreomsorg, integration, e-hälsa, barn och unga), miljö och samhällsbyggnad, regional utvecklings, jämställdhet och digitalisering.

Satsningen på hälsoområdet sker i samspel mellan samverkansledare, vetenskapliga ledare och utvecklingsledare på Norrbottens Kommuner. Stödet inom folkhälsoområdet sker framför allt genom nätverk, analys- och metodstöd, och andra kompetenshöjande insatser. Hälsouppdraget har förstärkts med en så kallad Flexit-forskare med fokus på Hälsoskolan och samverkansorganisationen kring Hälsosamtalen i skolan. Hälsosamtalen är en resurs som behöver tas tillvara och utvecklas för att kunna bidra till en mer hälsofrämjande organisation. Hälsa och lärande hänger ihop med trygghet, trivsel, delaktighet och inflytande i skolan.

Länsstyrelsen i Norrbottens län

Enligt länsstyrelseinstruktionen ska länsstyrelsen verka för att nationella mål får genomslag i länet samtidigt som hänsyn ska tas till regionala förhållanden och förutsättningar. Länsstyrelsen ska utifrån ett statligt helhetsperspektiv arbeta sektorsövergripande och inom myndighetens ansvarsområde samordna olika samhällsintressen och statliga myndigheters insatser. Länsstyrelsen ska främja länets utveckling och noga följa tillståndet i länet samt underrätta regeringen om dels det som är särskilt viktigt för regeringen att ha vetskap om, dels händelser som inträffat i länet (Förordning 2007:825).

Inom ramen för länsstyrelseinstruktionen och länsstyrelsens riktade uppdrag, finns de uppdrag som påverkar den jämlika hälsan; Mäns våld mot kvinnor, hedersrelaterat våld, prostitution och människohandel, mänskliga rättigheter, nationella minoriteter och jämställdhet. Våldsförebyggande arbete genomsyrar dessa olika uppdrag. Tobaks- och alkoholtillsyn, föräldraskapsstöd, ANDT- och brottsförebyggande arbete och integration är uppdrag som också påverkar den jämlika hälsan. Friluftsliv och folkhälsa är

ett pågående uppdrag som syftar till att skapa bättre förutsättningar för jämlik hälsa.

Inom länsstyrelsen pågår ett utvecklingsarbete för hållbar utveckling med utgångspunkt ibland annat Agenda 2030. Social hållbarhet och perspektiv på att skapa bättre förutsättningar för jämlik hälsa utgör viktiga delar i utvecklingsarbetet.

Statliga verk, myndigheter och organisationer

Polis, universitet, försäkringskassa, arbetsförmedling, kronofogden och försvar är bara några statliga aktörer med olika, men synnerligen viktiga uppdrag för en förbättrad och mer jämlik folkhälsa. Många statliga aktörer finns representerade på lokal nivå och bedöms, i kraft av sin kompetens och nätverk med utsatta befolkningsgrupper, som en viktig samarbetspartner i det lokala folkhälsoarbetet. Samarbetet upplevs vara av särskilt vikt för befolknings- och därmed resursmässigt mindre kommuner.

Civilsamhället

Andra synnerligen viktiga aktörer i folkhälsoarbetet återfinns i civilsamhället. Civilsamhället har en lång tradition av att bidra till samhällsutveckling. Sektorn är en stark bärare av att bygga socialt kapital och bidra till välfärd och demokrati. Organisationerna i civilsamhället genererar integration, inkludering, attraktivitet, fysisk aktivitet, innovationer, utveckling och uthållig tillväxt i ett brett perspektiv. Den sociala ekonomin främjar också entreprenörskap, lokal utveckling och sysselsättning - allt viktiga byggstenar för god folkhälsa. Civilsamhället skapar ”livet mellan husen” och bygger den sociala infrastrukturen.

Näringsliv/arbetsliv

Då andelen befolkning, i arbetsför ålder, minskar blir hälsan hos de yrkesverksamma betydelsefull för i vilken utsträckning länet kan tillhandahålla och finansiera framtida välfärdssystem. I detta avseende har offentliga och privata arbetsgivare en viktig roll att bidra till ett hållbart arbetsliv men också mer hälsosam livsstil bland personalen.

Mer hälsofrämjande arbets- och livsvillkor behövs för att öka antalet arbetade timmar, för att personalen ska orka med ett helt yrkesliv och för att arbetsgivare ska bli attraktiva och kunna konkurrera om kompetens.

Det finns också stora ekonomiska incitament för arbetsgivare att prioritera det hälsofrämjande arbetet, och inte endast det sjukdomsförebyggande. Till exempel kan företagare spara 45 000 kr per år och rökare⁶² med insatser som minskar tobaksbruket bland de anställda. Ett exempel på hälsofrämjande personalåtgärder är att få gå på hälsosamtal och rökavvänjning på arbetstid.

Fackförbund och företagshälsovård är andra viktiga aktörer i arbetet med att skapa ett mer hälsofrämjande arbetsliv.

⁶² Summan baserar sig på en medellön av 25 800 kronor, åtta dagars extrafrånvaro per år och två extra pauser per dag (Folkhälsoinstitutet 2010).

Fördjupningsmaterial

På följande sidor har du som läsare möjlighet att fördjupa dig i den teoretiska bakgrunden för arbetet samt den nationella och internationella folkhälsokartan. Här redogörs också för bakgrunden till Norrbottens folkhälsostrategi.

Sist i dokumentet beskrivs de åtta målområden som nationellt definierats ha betydelse för en bättre och mer jämlik hälsa. Redogörelsen ger en bild av förutsättningarna för hälsa inom varje målområde i Norrbotten.

Norrbottens folkhälsopolitiska råds avsikt var inledningsvis att för varje målområde ange förslag på insatser med dokumenterad effekt, samt indikatorer att följa utvecklingen med. Efter den nationella Kommissionens slutbetänkande och med ambition om att Norrbottens folkhälsoarbete ska harmoniera med det nationella, har NFR valt att avvakta de nationella strategier som förväntas presenteras för varje område.

Teoretisk bakgrund

Människors resurser och folkhälsa

Människor startar sina liv utifrån olika förutsättningar beroende på vilka resurser som det nyfödda barnets föräldrar eller vårdnadshavare har tillgång till. Resurserna kan beskrivas som olika typer av kapital där socialt kapital betecknar vilka sociala nätverk som en individ får tillgång till, under de första levnadsåren via sina vårdnadshavare och senare i livet via de kontakter man utvecklar med andra människor. En annan resurs är kulturellt kapital som kan definieras som vilka normer och värderingar som finns i hushållet där barnet växer upp. Utbildning och bildning är viktiga faktorer för vilka värderingar som utvecklas och som i sin tur är väsentliga för vilken självbild och omvärldsuppfattning som det uppväxande barnet får. Denna självbild och omvärldsuppfattning benämns inom en del forskningsfält som *habitus*.

Slutligen är ekonomiskt kapital, dvs vilka ekonomiska resurser som hushållet eller familjen har tillgång till som är av betydelse för barnets uppväxtvillkor och vilka erfarenheter som det uppväxande barnet kan göra.

När man lägger samman dessa resurser, socialt, kulturellt och ekonomisk kapital för en individ så är mängden av de olika resurserna (kapital) och kombinationen av resurserna avgörande för vilken social position som individen har i jämförelse med andra individer. Personer med likartade tillgångar av dessa resurser bildar olika s.k. socioekonomiska grupper eller sociala klasser som sinsemellan har tämligen olika levnadsvillkor.

Av åtskilliga vetenskapliga studier i såväl Sverige som andra länder så framgår tydliga skillnader mellan olika socioekonomiska grupper, exempelvis med avseende på hälsa, arbetsliv, utbildning, levnadsvanor (exempelvis kost, fysisk aktivitet, rökning, alkohol), livsstil (exempelvis vad man gör och har råd att göra på sin fritid) och hur man upplever sina möjligheter att påverka i samhället. Generellt och något förenklat kan sambanden beskrivas som att ju mindre av dessa resurser människor har, desto sämre är deras arbetsvillkor, ekonomiska situation, boendesituation, hälsa, levnadsvanor och tillit till andra människor och samhällets institutioner.

I andra vetenskapliga studier har man koncentrerat sig på i vilken mån som nämnda sociala mönster reproduceras eller med andra ord hur det kommer sig att sociala skillnader mellan olika grupper av människor består över tid. Det är tämligen komplexa samband som beskrivs men som kan åskådliggöras med exempel från utbildningssociologisk forskning. Skolan som institution är anpassad utifrån de normer och värderingar som kännetecknar den del av befolkningen som är relativt välutbildad och där utbildning och studier ses som en självklarhet och en högskole- eller universitetsexamen är det lika självklara målet. Barn som kommer från en sådan bakgrund utvecklar lättare ett *habitus*, dvs ett förhållningssätt, som passar in i skolans normer, krav och kultur (språk, symboler, beteendekoder, värderingar). Barn som kommer från en annan bakgrund där utbildning och studier inte har samma prioritet och där föräldrar inte är bekanta med skolans förväntningar, krav och kultur har utvecklat ett annat förhållningssätt (*habitus*) till skolan som inte passar in på samma sätt. Dessa barn måste utöver att tillgodogöra sig innehållet i den formella undervisningen också tillägna sig nya förhållningssätt (förändra sitt *habitus*) för att lyckas i skolan dvs att nå de formella kunskapsmålen. Studieresultatet beror således till stor

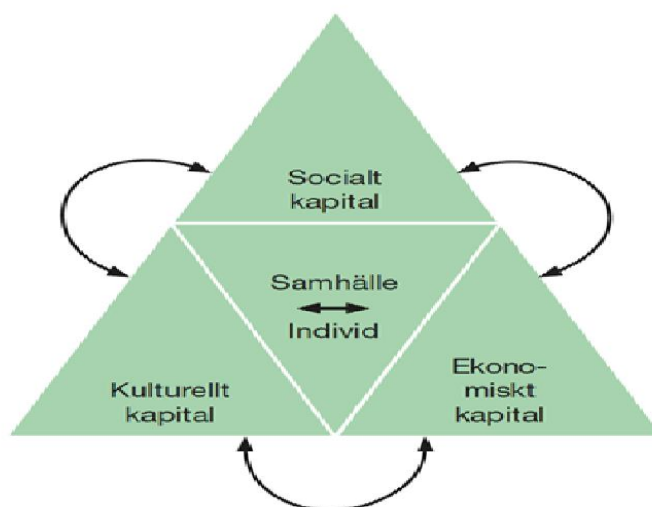
del på hur man som barn lärt sig att förhålla sig till skolan och skolarbete och inte enbart om begåvning och studietalang. Detta leder till sociala mönster avseende skolresultat (betygsnivå och fullständiga betyg), val av gymnasieutbildning och fortsatta studier på universitet och högskola, där barn i stor utsträckning går i sina föräldrars fotspår.

Denna upptrampade stig fortsätter ofta med avseende på val av yrke, levnadsvanor, livsstil och hälsa. Även om skillnader mellan socioekonomiska grupper jämnats ut något det senaste decenniet, exempelvis kommer drygt en tredjedel av dagens universitetsstudenter från hem där ingen av föräldrarna har en högskoleutbildning, jämfört med 30 år sedan där motsvarande andel var mindre än 10 procent, så kvarstår dessa ”sega mönster” av social reproduktion.

Hälsopyramiden

Perspektivet och utgångspunkten för Norrbottens folkhälsostrategi och därtill folkhälsoarbetet anknyter således till hur man kan stärka människors resurser och jämna ut sociala skillnader i hälsa. Perspektivet anknyter till det man har utgått ifrån i Östgötakommissionen.

Hälsopyramiden innehåller tre resurser för hälsa som påverkar varandra ömsesidigt. Om en resurs försvagas påverkar den de andra negativt och omvänt. Om pyramiden försvagas sviktar hälsan. Om hälsan försvagas sviktar pyramiden.



Figur 3. Hälsopyramiden Hälsopyramid. Ekonomiskt, socialt och kulturellt kapital påverkar varandra och individens hälsa. Källa: Östgötakommissionens slutrapport

Arbetet med att främja eller stärka folkhälsan handlar således om att arbeta med insatser på flera nivåer och inom olika samhälleliga sektorer och anknyter till flera andra utvecklingsområden i Norrbotten.

För att exempelvis kunna stärka människors *ekonomiska kapital* behövs en regional tillväxt som gör att fler människor kan försörja sig. En regional tillväxt förutsätter å sin sida utbildade och friska människor som genom sitt arbete och kompetens bidrar till att stärka regionens ekonomiska utveckling. En friskare befolkning har också färre sjukdagar och ett längre yrkesliv vilket leder till lägre kostnader för samhället och ett för Norrbotten konkurrenskraftigare näringsliv. Ett *socialt kapital* utvecklas genom att arbeta för att tilliten till samhällets institutioner och andra människor stärks.

Detta innebär i praktiken att välfärdsystemen måste upprätthålla och leverera den service som utlovats, exempelvis vård, omsorg, skola, demokrati, lag och ordning.

Tillit mellan människor byggs genom att arbeta med normer och värderingar som öppnar upp för att inkludera olikhet, exempelvis med avseende på kulturell och religiös bakgrund och sexuell läggning, könsidentitet men också normer kring genus. I vetenskapliga studier framgår att i samhällen där det finns en tillit mellan människor och till samhällets institutioner också upplevs som tryggare. Ett *kulturellt kapital* stärks också genom att arbeta med normer och värderingar. Utbildning och bildning är emellertid de väsentligaste faktorerna för att utveckla det kulturella kapitalet.

I vetenskapliga studier framgår att utbildningsnivå kan ses på två sätt, dels som en indikator på uppväxtvillkor men också som en faktor som blir avgörande för senare steg i livet, framförallt att klara av steget från skola till arbetsliv. Exempelvis är ofullständiga gymnasiebetyg ett hinder som minskar möjligheterna att få ett arbete. I gruppen med individer som saknar fullständiga betyg från gymnasiet är också hälsan sämre.

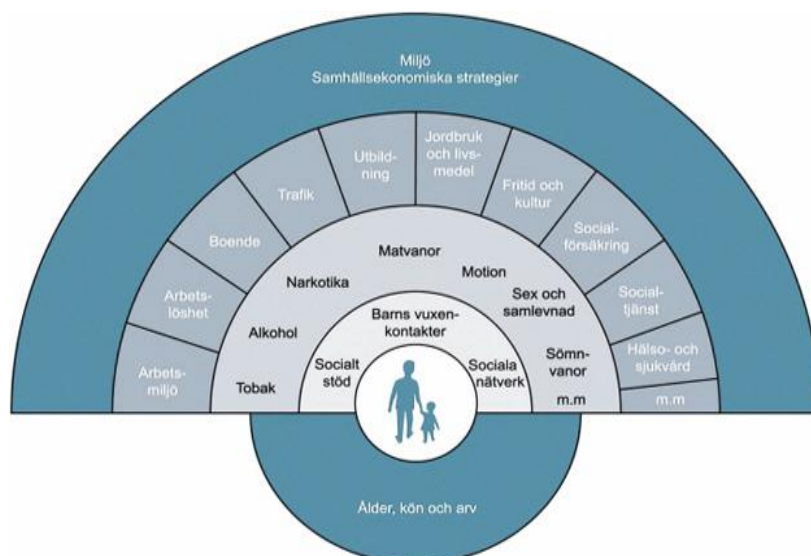
Utbildningssystemet (grund- och gymnasieskola, universitet, olika former av vuxenutbildningar) har en kompensatorisk roll, dvs att det kan bidra med att rusta och stärka barn och ungas självbild och omvärldsuppfattning så att de kan bryta de mönster av social reproduktion som nämnts ovan. Konkret så innebär detta att det är ett stort värde att alla elever går ut grund- och gymnasieskola med fullständiga betyg för att vara rustade för ett kommande arbetsliv och fortsatt liv.

Sammanfattningsvis och med utgångspunkt i detta perspektiv framhålls och betonas komplexiteten i arbetet med att åstadkomma en bättre folkhälsa. Att utveckla och stärka folkhälsan förutsätter att en samverkan mellan olika samhällssektorer och politiska sakområden måste utvecklas. Dessa olika områden påverkar varandra ömsesidigt dvs om folkhälsan stärks så stärks också andra sektorer och vice versa.

Hälsans bestämningsfaktorer

Individens hälsa påverkas av en mängd faktorer i samhället och i sin närmaste omgivning. Det är ekonomiska, politiska, sociala faktorer, men även faktorer som rör vår fysiska miljö respektive våra individuella beteenden och levnadsvanor. Dessa faktorer kallas gemensamt för hälsans bestämningsfaktorer.

Hälsans bestämningsfaktorer illustreras i figur 4 genom olika ”lager” som finns runt individen och som påverkar oss genom hela livet. Aktörerna i dessa lager utgörs av vår närmaste familj och vänner, civilsamhället, näringslivet, stat, kommun, region och andra myndigheter som alla direkt eller indirekt påverkar våra levnadsvanor.



Figur 7: Hälsans bestämningfaktorer. (Källa: Dahlgren G, Whitehead M 1991)

Längst ut i figuren finns två lager där samhället (stat, kommun, landsting) har ansvaret och utövar styrning genom politiska beslut och lagstiftning. Ytterst finns samhällsekonomiska faktorer (ekonomisk utveckling, samhällshistoria etc) som kan vara svåra för den enskilda individen att påverka.

Lagret innanför innefattar också samhällsstrukturer som arbetsmarknad, fastighetsmarknad och sektorer som kommuner och landsting till stor del ansvarar över, men som delvis påverkas av våra individuella val. Det handlar om arbete, boende, utbildning, trafikmiljö, hälso- och sjukvård m.m. Kommunerna är exempelvis huvudmän för skolan, har planmonopol och ansvarar för bostadsbyggande och boendemiljöer i samspel med fastighetsmarknaden och har möjlighet att erbjuda kultur- och fritidsaktiviteter i kommunen.

De två innersta lagren, som är de mest individinriktade, består av faktorer relaterade till sociala nätverk (socialt stöd, barns vuxenkontakter, familjerelationer) och individuella levnadsvanor (kost, motion, tobak alkohol, sömnvanor, sex och samlevnad). Dessa två innersta lager går i hög grad att påverka som individ, men de påverkas också i ett samspel av de andra mer politiskt styrda lagren runt om. Det finns också grundläggande faktorer, vilka är svåra att påverka, som genetiskt arv, ålder och kön.

Hälsans bestämningfaktorer handlar alltså om att det är många faktorer och delar av samhället som på olika nivåer och genom ett komplicerat samspel påverkar individens val och förutsättningar för en bra hälsa. Samhället kan på olika sätt stödja individen till goda val genom insatser inom exempelvis utbildning och sysselsättning.

Folkhälsa från globalt till regionalt

Norrbottens folkhälsost strategi utgår framför allt från det nationella övergripande folkhälsomålet och åtta prioriterade områden för en god och jämlik hälsa som föreslås av Kommissionen för jämlik hälsa. En röd tråd finns även från global nivå som stödjer inriktningen för det regionala och lokala folkhälsoarbetet speciellt när det gäller vikten av uppföljning och utvärdering.

Folkhälsan globalt

Grunden till det globala folkhälsoarbetet finns i FN:s deklaration om mänskliga rättigheter (1948) där man fastställer rätten till liv och levnadsstandard som är tillräcklig för hälsa och välbefinnande. WHO, Världshälsoorganisationen, är FN:s fackorgan för hälsofrågor med uppdrag att leda och stödja internationellt hälsoarbete. WHO:s övergripande mål är att ”*alla människor ska uppnå högsta möjliga nivå av hälsa*”.

År 2005 tillsatte WHO:s en kommission för sociala bestämningsfaktorer för hälsa (The Commission on Social Determinants of health) under ledning av professor Michael Marmot. År 2008 kom slutrapporten ”Closing the gap in a generation”⁶³ (”Utjämna skillnaderna inom en generation”) i vilken orsakerna till ojämlikhet i hälsa analyserades och gav tre rekommendationer/riktlinjer för en förbättrad och mer jämlik inte bara på global nivå utan också för att minska hälsoklyftorna inom länder:

- Förbättra vardagslivets villkor
- Motverka orättvisa fördelningen av makt, pengar och resurser
- Mät och förstå problemet – bedöm effekter av olika åtgärder

På Europa-nivå har WHO också ett hälsopolitiskt ramverk för Europaregionen benämnt ”Hälsa 2020”. WHO:s övergripande mål för den europeiska regionen handlar om att:

- Minska förtida dödligheten till 2020
- Öka förväntade medellivslängden
- Minska sociala ojämlikheten i hälsa
- Öka välbefinnandet hos befolkningen
- Garantera allmän tillgång till högkvalitativ hälsovård och läkemedel och rätt till högsta möjliga nivå av hälsa för alla
- Nationella mål relaterade till hälsa sätts upp i alla medlemsstater

Agenda 2030 – för en hållbar utveckling

Världens stats- och regeringschefer har antagit FN:s Agenda 2030 som består av bland annat en politisk deklaration och ett målramverk med 17 övergripande mål och 169 delmål för en hållbar utveckling i världen. Agenda 2030 syftar till att utrota fattigdomen och hungern överallt; att bekämpa ojämlikheter inom och mellan länder; att bygga fredliga, rättvisa och inkluderande samhällen; att skydda de mänskliga rättigheterna och främja jämställdhet och kvinnor och flickors egenmakt; att säkerställa ett varaktigt skydd för planeten och dess naturresurser. Världens länder har beslutat att skapa förutsättningar för en inkluderande och hållbar ekonomisk

⁶³ WHO (2008): *Closing the Gap in a Generation: Health Equity through Action on Social Determinants of Health*. WHO.

tillväxt och anständigt arbete för alla med hänsyn till olika nivåer av nationell utveckling och kapacitet.

Agenda 2030 har ett uttalat hälsomål, mål nr 3 ”Hälsa och välbefinnande” som fokuserar på att säkerställa att alla kan leva ett hälsosamt liv och verka för alla människors välbefinnande i alla åldrar men flertalet av de andra målen ingår i det vi definierar som folkhälsa, exempelvis mål fyra och fem (”God utbildning för alla” respektive ”Jämställdhet”).

Genomförandet av Agenda 2030 i Sverige inkluderar Regeringskansli och statliga myndigheter såväl som kommuner och landsting. Även övriga samhällsaktörers engagemang efterfrågas, exempelvis från idéburen sektor, akademi, näringsliv och fackliga organisationer.

Regeringen har tillsatt en delegation som ska stödja och stimulera Sveriges genomförande av Agenda 2030. Delegationen har tagit fram förslag till övergripande handlingsplan⁶⁴ för Sveriges genomförande av agendan. När det gäller de nationella utmaningarna har delegationen identifierat sex prioriterade områden för en hållbar välfärd som särskilt angelägna:

- Ett jämlikt och jämställt samhälle
- Hållbara städer
- En samhällsnyttig och cirkulär ekonomi
- Ett starkt näringsliv med hållbara affärsmodeller
- Hållbara och hälsosamma livsmedel
- Stärkt kunskap och innovation

Delegationen betonar också att styrning och ledning är en viktig förutsättning för hållbarhetsarbetet, inklusive systematisk uppföljning och utvärdering.

EU och folkhälsan

EU:s insatser och åtgärder inom hälsoområdet grundar sig på artikel 168 i fördraget om EU:s funktionssätt och de rättsliga skyldigheter och politiska åtaganden som följer av denna:

”En hög hälsoskyddsnivå för människor ska säkerställas vid utformning och genomförande av all unionspolitik och alla unionsåtgärder. Unionens insatser, som ska komplettera den nationella politikerna, ska inriktas på att förbättra folkhälsan, förebygga ohälsa och sjukdomar hos människor och undanröja faror för den fysiska och mentala hälsan”

EU-länderna ansvarar själva för sin hälso- och sjukvård. EU:s roll är istället att komplettera ländernas insatser genom att hjälpa dem att:

- Nå gemensamma mål
- Samla sina resurser för att arbeta mer effektivt
- Ta itu med gemensamma utmaningar, exempelvis pandemier, kroniska sjukdomar eller den åldrande befolkningens effekter på sjukvården

EU:s folkhälsopolitik utgår från strategin ”Tillsammans för hälsa”⁶⁵ som bidrar till målen i Europa 2020-strategin för att tydliggöra hur folkhälsan

⁶⁴ http://agenda2030delegationen.se/wp-content/uploads/2017/06/Fi2016_01-Rapport-170601.pdf

⁶⁵ https://ec.europa.eu/health/sites/health/files/strategy/docs/whitepaper_en.pdf

bidrar till ekonomisk välfärd. Europa 2020 är EU:s strategi för en smart och hållbar tillväxt för alla, och där är friska invånare en av förutsättningarna,

Sverige och folkhälsan

Det finns ingen svensk folkhälsolag, men folkhälsans olika aspekter respektive förutsättningarna för en god hälsa finns inkluderade i både grundlagen och flera lagar som exempelvis skollagen, socialtjänstlagen, hälso- och sjukvårdslagen, och plan- och bygglagen. Flera av dessa lagar är sådana som direkt styr kommunal verksamhet och kan därför utgöra ett tydligt stöd till delar av det lokala folkhälsoarbetet.

I Regeringsformen 1 kap 2§ fastställs att:

”.. särskilt ska det allmänna trygga rätten till arbete, bostad och utbildning samt verka för social omsorg och trygghet och för goda förutsättningar för hälsa”

I Socialtjänstlagen 1 kap 1§ om socialtjänstens mål står bland annat att:

”Samhällets socialtjänst skall på demokratins och solidaritetens grund främja människornas

- ekonomiska och sociala trygghet,
- jämlikhet i levnadsvillkor,
- aktiva deltagande i samhällslivet.

Socialtjänsten skall under hänsynstagande till människans ansvar för sin och andras sociala situation inriktas på att frigöra och utveckla enskildas och grupperns egna resurser.”

Skollagen rymmer många folkhälsoaspekter, det mest uppenbara berör elevhälsans uppgifter, undervisning i ämnet idrott och hälsa, alla barns rätt till lika tillgång till utbildning oberoende av geografisk hemvist och social och ekonomiska förhållanden (1 kap 8§), och med hänsyn till barns och elevers olika behov (1 kap 4§). Men Skollagen berör också folkhälsa inom fler områden, exempelvis barns och elevers rätt till delaktighet i utbildningen samt syftet för fritidshemmens verksamhet:

”Fritidshemmet ska stimulera elevernas utveckling och lärande samt erbjuda dem en meningsfull fritid och rekreation. Utbildningen ska utgå från en helhetssyn på eleven och elevens behov. Fritidshemmet ska främja allsidiga kontakter och social gemenskap” (14 kap 2§)

I Plan- och bygglagen 1 kap 1§ framgår att bestämmelserna i denna lag syftar till att, med hänsyn till den enskilda människans frihet, främja en samhällsutveckling med *jämlika och goda sociala levnadsförhållanden och en god och långsiktigt hållbar livsmiljö för människorna i dagens samhälle och för kommande generationer.*

Folkhälsoarbetet är en viktig del i all samhällsplanering, till exempel vid framtagande av kommunala översiktsplaner.

Den svenska folkhälsopolitiken har fokus på den sociala miljöns betydelse, rättvis tillgång på hälso- och sjukvård, social och ekonomisk utveckling, samt vikten av att arbeta förebyggande.

Aktörer

Folkhälsomyndighetens uppdrag

Folkhälsomyndigheten har det nationella ansvaret för folkhälsofrågor och ska verka för en god folkhälsa. Myndigheten har till uppgift att ta fram och

sprida vetenskapligt grundad kunskap som främjar hälsa och förebygger sjukdomar. I regeringsuppdraget ingår att följa hälsoläget i befolkningen och de faktorer som påverkar detta.

Sveriges kommuner och landsting

Inom folkhälsoområdet arbetar Sveriges kommuner och landsting, SKL, för att stödja kommunerna, landstingen och regionerna i det hälsofrämjande och förebyggandet arbetet med social hållbarhet och minskade skillnader i hälsa.

SKL har medverkat i processutvärderingar av flera regionala kommissioner såsom Malmökommissionen och Östgötakommissionen. Slutsatserna de kommit fram till vid dessa processutvärderingar visade på att framgångsfaktorerna för förändringsarbete i social hållbarhet och minskade skillnader i hälsa bygger på⁶⁶.

- Involvera och förankra hos rätt aktörer (inte bara de redan frälsta)
- Tydliggöra syfte och mål för beställare, utförare och mottagare
- Initiera arbetet på beslutande nivå som slutligen bär ansvar för implementeringen
- Fokusera på åtgärder som kommunen har rådighet över
- Ta fram kriterier för prioriteringar och ta fram kostnadsberäkningar för förslagen

Dessa framgångsfaktorer har beaktats i processen med att ta fram Norrbottens folkhälsostrategi.

SKL har också i två rapporter tagit fram prioriteringar och åtgärder för att underlätta för kommunerna att jobba med folkhälsa, respektive regeringens och de statliga myndigheternas viktiga roll när det gäller att utforma spelregler och skapa förutsättningar för kommuner, landsting, regioner och andra samhällsaktörer att kunna agera när det gäller att sluta hälsoklyftorna.⁶⁷

En nationell kommission för jämlik hälsa

Den Nationella Kommissionen för jämlik hälsa var den första i sitt slag och tillsattes i juni 2015 och slutrapporterade i maj 2017.

Kommissionens huvudsakliga uppdrag har varit att föreslå åtgärder som kan bidra till att hälsoklyftorna minskar i Sverige, med fokus på hälsoskillnader mellan könen och socio-ekonomiska grupper.

Kommissionen har tagit fram förslag till ett uppdaterat folkhälsopolitiskt ramverk med förtydligad målstruktur och med förstärkt fokus på jämlik hälsa. Dagens 11 målområden blir istället 8. Målområdena definieras som livsområden där hälsan spelar roll och där resursbrister och sårbarheter är särskilt avgörande för jämlik hälsa. Strategier ska tas fram för alla

⁶⁶

<https://skl.se/download/18.5f09b55c15afb4c548e4ffce/1490623227458/Processutv%C3%A4rdering%20Social%20h%C3%A5llbarhet%20rapport%20FINAL%20150907.pdf>

⁶⁷ Sveriges kommuner och landsting (2017): *Minskade hälsoskillnader: ett gemensamt ansvar*, respektive Sveriges kommuner och landsting (2016): *Minska folkhälsoklyftan: åtgärder för minskade skillnader i hälsa*.

målområden. Kommissionen för jämlik hälsa har lämnat följande förslag för det fortsatta folkhälsoarbetet:

- Utveckla uppföljningssystem som möjliggör en analys av ojämlikhet i hälsa
- Stärkt tvärssektoriell struktur för folkhälsoarbetet i Regeringskansliet
- Folkhälsomyndighetens samordnande och stödjande roll bör förtydligas och stärkas
- Länsstyrelsens uppdrag inom folkhälsopolitiken bör förtydligas
- Relevanta myndigheter bör ges i uppdrag att bidra i arbetet med en god och jämlik hälsa
- Kommuner, landsting och regioner bör prioritera ett långsiktigt, tvärssektoriellt arbete för en god och jämlik hälsa, och ges stöd i detta arbete
- Samarbetet för en god och jämlik hälsa med det civila samhället och näringslivet bör stärkas

Norrbottens folkhälsostrategi tar sin utgångspunkt i Kommissionens åtta målområden. Förslaget är ännu inte taget av riksdagen vid strategins tillkomst, men skulle smärre förändringar i Sveriges folkhälsomål ske påverkar det troligtvis inte inriktningen för Norrbotten i någon större utsträckning. De nuvarande elva folkhälsoområdena ingår alla, om än ibland i omarbetad form, inom Kommissionens föreslagna åtta områden.

Kommissionen pekar specifikt på vikten av jämställdhet och socio-ekonomisk jämlikhet för att minska hälsoklyftorna. Precis som WHO/Marmot-kommissionen så adresserar också Kommissionen för jämlik hälsa hur sociala och ekonomiska skillnader i befolkningen leder till skillnader i hälsa. Både WHO och Agenda 2030 poängterar också hur viktigt det är med uppföljning och utvärdering för ett systematiskt folkhälsoarbete. Detta har vilket varit vägledande för Norrbottens inriktning på folkhälsostrategin.

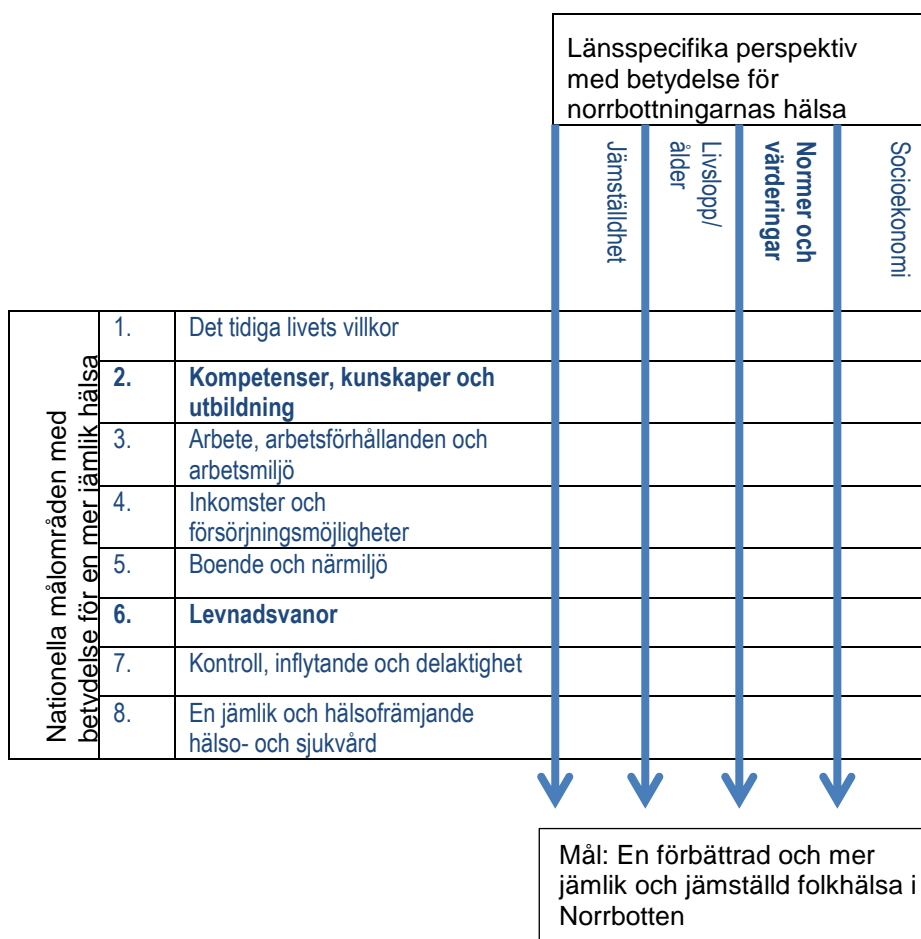
Norge, Danmark och Finland har också haft nationella kommissioner och tagit fram strategier baserade på Marmotkommissionens förslag.

Norrbottens förutsättningar för en jämlik hälsa

Här följer en redovisning av de åtta målområden som beskrivs på sidan 10 och som nationellt definierats ha betydelse för en god och mer jämlik hälsa⁶⁸. I följande avsnitt presenteras målområdet ur en norrbottnisk horisont. Målområdena redovisas vågrätt i tabellen.

På sidan 23 redovisas länsspecifika perspektiv som framkommit i dialoger med Norrbottningarna om vad som är särskilt viktigt att beakta för att skapa en bättre och mer jämlik hälsa. Varje målområde har därför belysts, där det varit möjligt och aktuellt, ur dessa länsspecifika perspektiv som här presenteras lodrätt i tabellen.

De prioriterade områden som redovisas på sidan 25-26 som särskilt betydelsefulla för den norrbottniska folkhälsan och vars utveckling kommer att följas i särskilda delmål (se sid 26-27) är markerade med fet stil i figur 5.



Figur 8 Modell som beskriver utgångspunkter och prioriterade områden i Norrbottens folkhälsost strategi. Region Norrbotten 2017

⁶⁸ Förslag på nationella målområden 2017 som avgörande för en god och jämlik hälsa, Nästa steg på vägen mot en mer jämlik hälsa - slutbetänkande av Kommissionen för jämlik hälsa, SOU 2017:47

Texterna för de olika målområdena har huvudsakligen tagits fram av sakkunniga från Luleå tekniska universitet, Region Norrbotten, Norrbottens Kommuner och Länsstyrelsen i Norrbottens län.

NFR har som ambition att komplettera varje område med insatser och indikatorer i takt med att nationella strategier tas fram.

Det tidiga livets villkor (1)

För att uppnå en jämlik hälsa behöver alla barn och ungdomar goda uppväxtvillkor och stöd i sin utveckling.

Viktiga friskfaktorer är goda ekonomiska och fysiska uppväxtvillkor, trygga relationer till vuxna, goda kamratrelationer samt lek och lärande. En god relation till de som fungerar som föräldrar och framgång i skolan är de faktorer som väger tyngst.

I FN:s konvention om barnets rättigheter finns därför artiklar som handlar om barn och ungas uppväxt; barnet ska få den hjälp barnet behöver av sina vårdnadshavare, föräldrarna har ett uttalat gemensamt ansvar och staten ska i sin tur hjälpa föräldrarna. I ”Strategi för att stärka barnets rättigheter i Sverige” (2011) framhålls att barn och föräldrar ska få kunskap om barns rättigheter, föräldrar ska erbjudas stöd i sitt föräldraskap och att beslut och prioriteringar ska baseras på kunskap om barns levnadsvillkor. Den strategin baseras på allas mänskliga rättigheter och blir därför ett viktigt styrdokument för alla verksamheter i Sverige.

Det tidiga livets villkor är mycket betydelsefullt för utsikterna till en god hälsa i det fortsatta livet. Friskfaktorer som en god relation med föräldrar som är kärleksfulla och samtidigt gränssättande och en lyckad skolgång är ett konstaterat skydd mot bland annat psykisk ohälsa, utåtagerande eller destruktivt beteende.

Arenor där barn finns, kan medvetet utformas för att vara mer hälsofrämjande samt verka utjämnande av hälsoklyftor. Exempelvis kan en likvärdig och normkreativ förskola av hög kvalitet bidra till en mer jämlik hälsa ur ett kortare såväl som ett längre perspektiv, samt främja senare skolprestationer och motverka beteendeproblem. År 2016 var 85 procent av barnen 1-5 år inskrivna i förskola i Norrbotten (83 procent riksgenomsnitt) och antalet inskrivna barn per årsarbetare i förskolan var 4,9 stycken (5,2 barn i riksgenomsnitt). När det gäller andelen årsarbetare i förskolan med pedagogisk högskoleexamen ligger Norrbotten något högre än riket (45,6 procent respektive 44,9 procent), men det finns stora skillnader inom länet. I Piteå har 67 procent högskoleexamen, men bara 23 procent i Jokkmokk.

Hur elever upplever skolan kan vara en viktig förutsättning för att fullfölja utbildning, och samband har påvisats mellan upplevelser av skolan och hälsa. Ett ömsesidigt samband har setts mellan skolprestation och psykisk hälsa. Lärande i sig och att fullfölja skolan med godkända betyg har också rapporterats minska sannolikheten för ohälsa, kriminalitet och utanförskap.

Föräldrarnas delade och jämställda ansvar för barnen spelar också roll. Barn utvecklas allra mest gynnsamt om de lever i familjer med en jämn ansvarsfördelning och där båda föräldrar är lika delaktiga i barnets omvårdnad. Det förklaras genom att barnen får tillgång till en mindre stereotyp könsrollsuppdelning och ett bredare spektrum av vad de som pojke eller flicka får tillåtelse att identifiera sig med. Detta gynnar deras kognitiva och sociala utveckling.

Ett sätt att följa graden av jämställdhet är att titta på hur stor del av föräldradedighet och VAB-dagar (vård av barn) som tas ut av kvinnor respektive män. Andel föräldrapenningdagar som togs ut 2016 av män i Norrbotten var 25,6 procent jämfört med rikets 26,1 procent. Andel dagar av tillfällig föräldrapenning (VAB) som togs ut samma år av män i Norrbotten var 31,5 procent. Motsvarande siffra för riket är 38,1 procent.

Forskningen visar att pojkar med en närvarande och engagerad pappa har bättre skolresultat. Flickorna med en närvarande pappa löper å sin sida mindre risk för psykisk ohälsa.

Barn som växer upp i hem med missbruk, psykisk ohälsa, våld eller ekonomisk utsatthet löper större risk att drabbas av sämre hälsa i vuxen ålder. Riskbeteenden kan ofta ses på flera områden samtidigt hos en och samma person, exempelvis sexuellt risktagande/ utsatthet och hög alkoholkonsumtion. Barn och ungdomar med funktionsvariationer har sämre kostvanor, fetma är vanligare och de mår oftare psykiskt sämre än barn utan funktionsnedsättning.

Stöd till föräldrar som själva utmanas av en funktionsnedsättning eller som har barn med en funktionsvariation kan behöva ett tidigt och anpassat stöd; detta för att det gynnar både föräldra- och barnrelation, men också barnets möjlighet att få en lyckad skolgång. Den bredaste effekten kommer dock av generella föräldrastödsinsatser som är tillgängliga för alla som fungerar som föräldrar.

Kompetenser, kunskaper och utbildning (2)

Utbildning är den starkaste bestämningsfaktorn för hälsan.

Orsaksförhållandet kan enkelt uttryckas som att ju mer utbildning, desto bättre hälsa. Detta ser vi exempelvis i påtagliga skillnader i medellivslängd mellan kommuner med olika utbildningsnivåer. Danderyd har en av Sveriges högsta förväntade medellivslängder för män med 83,5 år och andelen män 25-64 år med eftergymnasial utbildning ligger på 71,6 procent. Detta kan jämföras med Överkalix som hade den kortaste förväntade medellivslängden bland män i Norrbotten med 74,4 år, dvs en skillnad mot Danderyd med 9 år. I Överkalix har 14,6 procent av männen eftergymnasial utbildning.

Den direkta kopplingen mellan utbildning och hälsa handlar om att ju mer kunskap och information individen äger, desto större sannolikhet att hen väljer en mer hälsofrämjande livsstil i fråga om kost, motion, tobak, alkohol osv. Detta märks genom att klassiska välfärdssjukdomar är mindre förekommande bland högutbildade jämfört med lågutbildade.

Den indirekta kopplingen handlar om utbildning och arbete. Ju längre utbildning en individ har, desto större är sannolikheten att hen har ett arbete med möjlighet att påverka arbetsinnehållet, har lägre arbetsmiljörisk samt har mindre förekomst av negativ stress.

I Norrbottens regionala utvecklingsstrategi, RUS, är två av målen kopplade till utbildning. Den ena målsättningen är att andelen 30-34-åringar som har minst en tvåårig eftergymnasial utbildning ska uppgå till 45 procent. Det andra målet är att andelen 18-24-åringar som varken studerar eller arbetar ska vara mindre än 10 procent. Det senare målet är uppnått i nästan alla norrbottniska kommuner. Däremot har Norrbotten en låg andel med eftergymnasial utbildning. Det är också väl känt att män är mindre benägna att utbilda sig jämfört med kvinnor. 28 procent av kvinnorna och 16 procent av männen har en eftergymnasial utbildning på minst 3 år av alla i åldern 25-64 år i Norrbotten (riksgenomsnittet är 32 procent respektive 22 procent). Denna genusaspekt är en stor utmaning för Norrbotten.

Betydelsen av att länet elever lämnar grundskolan med behörighet till gymnasiet och dessutom genomför gymnasiet med fullständiga betyg kan inte nog understrykas.

Anledningen är att de flesta arbetsgivare efterfrågar gymnasieexamen och ett slutbetyg blir därför ett villkor för att komma vidare i livet oavsett om det handlar om arbete eller studier. Att få ett arbete är en skyddsfaktor för hälsan genom hela livet medan arbetslöshet och utanförskap utgör en riskfaktor som gör individen mer sårbar både ekonomiskt och socialt. Andelen elever som tar examen/studiebevis inom fyra år i Norrbotten är 77,3 procent för kvinnor (riket 81,4 procent) samt 73,3 procent för männen (riket 76,6 procent).

I Norrbotten uppger nio av tio elever att de trivs bra eller mycket bra på skolan. En elev av 100 uppger att de trivs dåligt eller mycket dåligt i skolan. Vanligast är att trivas ”varken bra eller dåligt” som en av 20 elever uppger. Trivsel i skolan skiljer sig inte nämnvärt mellan könen eller årskurser⁶⁹.

Sedan är det naturligtvis vare sig givet eller nödvändigt att alla går en universitetsutbildning. Faktum är att trots att det idag är stor brist på högt utbildad personal inom förskola, skola och omsorg, så är de flesta arbetstillfällena i Norrbotten sådana som kräver gymnasieskola eller yrkeshögskola.

Utbildning tenderar att gå i arv mellan generationer och kön på så sätt att föräldrars utbildningsbakgrund är en mycket stark prediktor för barnens kommande utbildningskarriärer. Sannolikheten för att ett barn ska välja en lång utbildningsväg ökar avsevärt om föräldrarna har omfattande utbildningserfarenhet. Eftersom utbildning och hälsa hänger nära samman, finns därmed en generationsspecifik risk att hälsoproblem i föräldragenerationen överförs till barnen. För att bryta denna spiral måste stora insatser göras för de grupper som saknar detta slags kapital hemmavid, speciellt när det gäller pojkar, och det är frågan om insatser som på 10-20 års sikt successivt kommer att ge effekt.

I glesbygd tenderar det finnas större inlåsnings effekter på arbetsmarknaden än i större städer. Arbetsmarknaden i glesbygd är ofta begränsad, tämligen statisk och inte sällan mer omgärdad av normer om vad som är okej att arbeta med som man eller kvinna⁷⁰. I dialog med norrbottningar har vikten av att kvinnor och män ges bättre förutsättningar att omskola sig, mitt i livet och utan att flytta, lyfts som viktigt för en jämlik hälsa. Att tillhandahålla digitala plattformar och förutsättningar för fler distansutbildningar (gymnasienivå men också akademiska- och yrkesutbildningar för vuxna) är en viktig del i att förbättra norrbottningarnas livsvillkor och handlingsutrymme.

Arbete, arbetsförhållanden och arbetsmiljö (3)

Den norrbottniska arbetsmarknaden domineras av några få stora arbetsgivare. Tillsammans har de 25 största arbetsgivarna ca 47 000 anställda vilket utgör mer än 40 procent av antalet sysselsatta⁷¹ i länet. Största arbetsgivaren är Norrbottens läns landsting tätt följd av Luleå kommun. Även majoriteten av länets övriga kommuner sorterar in på listan⁷². Totalt är 34 000 eller en tredjedel av de sysselsatta anställda av en

⁶⁹ Norrbottens elevhälsosamtal 2015-2016

⁷⁰ Abrahamsson, Lena (2008). “Organizational gender aspects”. Rapport i projektet *A baseline study of socio-economic effects of Northland Resources ore establishment in northern Sweden and Finland*. Projektrapport, Institutionen för arbetsvetenskap, Luleå tekniska universitet.

⁷¹ <http://regionfakta.com/Norrbottens-lan/Arbete/Andel-sysselsatta-alder/>

⁷² <http://regionfakta.com/Norrbottens-lan/Arbete/Storsta-arbetsgivare/>

kommun eller Region Norrbotten. Kännetecknande för kommun och landsting är att de är stora kvinnliga arbetsplatser. SSAB, LKAB och försvarsmakten är stora manliga arbetsplatser som sorterar högt på listan.

Betraktar vi arbetsmarknaden i dagens Norrbotten så är den god. Arbetslösheten är låg och den arbetslöshet som finns omfattar framförallt de mest sårbara grupperna. Däremot finns en s.k ”matchningsproblematik” i såväl privat som offentlig sektor som innebär att det finns ett stort arbetskraftsbehov inom vissa branscher och segment men inte tillräckligt med arbetskraft som har rätt kompetens.

Kompetensförsörjningen kommer att vara en utmaning för Norrbotten i framtiden och redan nu ses kris i yrken inom vård och skola. Här har satsningar från universiteten i Luleå, Umeå m.fl. genomfört distansstudier i kommunerna inom bristyrken såsom pedagoger, sjuksköterskor, läkare ingenjörer och socionomer. Fler satsningar lär behövas för Norrbottens kompetensförsörjning och här har Luleå tekniska universitet en viktig roll som länets motor för forskning och ökad möjlighet till högre studier på hemorten.

I Norrbotten är det relativt vanligt med skiftarbete och långa pendlingsavstånd. En arbetstagare kan pendla 5-10 mil enkel väg dagligen utan att statistiskt registreras som pendlare pga att ingen kommungräns passeras. Pendlingsmöjligheterna för norrbottningarna begränsas genom befintlig kollektivtrafik där flyg-, buss- och tåglinjer inte alltid möjliggör sammanhängande resande mellan orter inom länet på samma dag.

Tidigare studier pekar på att arbetspendlare i stor utsträckning upplever ett sämre välbefinnande. Mer forskning behövs inom området, som borde tas med i diskussionen om ett hållbart arbetsliv med tanke på hur de långa pendlingsavstånden i Norrbotten.⁷³

Fortfarande är arbetsmarknaden starkt könssegregerad. Andelen kvinnor som jobbar inom gruva och övrig industri har ökat något, men fortfarande svårt att rekrytera män till vård och förskola.

Andelen pojkar som under 2016 sökte till kvinnodominerande yrkesprogram var 11 procent vilket motsvarar riksgenomsnittet. Däremot finns det stora skillnader mellan olika kommuner där till exempel Överkalix och Övertorneå visar siffror på närmare 30 procent.

Fler arbetade timmar och fler friska år

Att vara en del av arbetslivet och bidra till ett sammanhang på en arbetsplats är en viktig del i dagens samhälle. Att ha ett arbete och en god arbetsmiljö är en central fråga för att uppnå en jämlik hälsa. En vuxen människa tillbringar en stor del av vardagen på arbetet så vad som där sker är med all sannolikhet en viktig faktor hur vi mår såväl fysiskt som psykiskt.

Norrbotten och hela Sverige har i dag en tudelad arbetsmarknad där utsatta grupper som, personer med funktionshinder, är född utanför Europa, saknar gymnasieutbildning och personer som är äldre (+55) har extra svårt att etablera sig på arbetsmarknaden. Norrbotten har under en period haft låga arbetslöshetssiffror. Den öppna arbetslösheten (inklusive deltagande i program med aktivitetsstöd) är lägre i Norrbotten (6,8%) mätt i

⁷³ <http://www.prevent.se/Arbetsliv/Artikel/2011/Arbetspendling-paverkar-halsan/>

åldersgrupperna 16-64 år jämfört med riksgenomsnittet (7,4%) både bland kvinnor och män. Arbetslösheten ligger generellt lägre bland kvinnor. Däremot är ungdomsarbetslösheten 18-24 år bland män något högre i Norrbotten (12,7%) än i riket (12,1%)⁷⁴

Arbetslösheten bland förvärvsarbetande skyddsbehövande och anhöriga (dvs asylsökande som fått uppehållstillstånd, deras anhöriga samt kvotflyktingar) 20-64 år var år 2015 totalt 49 procent i Norrbotten och 45,6 procent i riket⁷⁵.

Socioekonomiskt finns stora vinster i att skapa möjligheter för att i högre grad få in personer från ett utanförskap. Vinsterna är inte bara utifrån produktivitet och att bli en skattebetalare som bidrar till välfärdssamhället utan också i ett hälsoperspektiv. Här visar forskning klart och tydligt på ett samband mellan arbetslöshet och ökad ohälsa. Studier visar dessutom att barn med arbetslösa föräldrar har ökad ohälsa jämfört med barn som har arbetande föräldrar.

Tillsammans med att rusta de sårbara grupperna för att de skall kunna ta sig in i arbetslivet är matchningen av arbetskraft mot de behov som finns på arbetsmarknaden en av de viktiga utmaningarna i Norrbotten för att stärka såväl folkhälsa som länets regionala utveckling och tillväxt. Utmaningarna består framförallt i att ta tillvara länets mänskliga resurser eller human kapital som det också kallas. I ett hälsoperspektiv innebär det att stärka hälsan så att fler arbetar och kan skapa sig ett självständigt liv vilket i sig är en skyddsfaktor mot sämre hälsa. I ett utvecklings- och tillväxtperspektiv behöver länet ha friska människor som kan arbeta och ha rätt kompetens och som orkar fortsätta arbeta efter 64 års ålder som idag är genomsnittsåldern för pensionsavgång i Norrbotten. För att uppnå detta behöver länet utveckla olika former för samverkande och tidiga insatser som kan bygga människor för arbetslivet. Exempelvis att se till att fler ungdomar går ut med slutbetyg, rusta nyanlända med språkträning, praktik och andra stödinsatser. Ett annat område är ett livslångt lärande som stärker möjligheterna till att byta yrke och karriär, kanske gäller detta särskilt ”krympyrken”, dvs yrken inom branscher på tillbakagång där särskilt äldre personer riskerar att hamna utanför arbetskraften.

Ett arbete behövs också med normer och värderingar som bryter ”ingrodna” föreställningar om manliga och kvinnliga arbeten så att ”bristyrken” kan bemannas med både män och kvinnor, yngre såväl som äldre (som omskolat sig) som personer med utländsk bakgrund som fått adekvat utbildning och insatser som gjort dem rustade för de krav som arbetet ställer.

Den goda arbetsplatsen

En god arbetsmiljö är något som alla tjänar på. Men arbetsmiljön måste ständigt och systematiskt följas upp samt att brister måste åtgärdas allt eftersom de uppstår.

Det totala ohälsotalet i Norrbotten (utbetalda nettodagar sjukpenning, rehabiliteringspenning, sjukersättning och aktivitetsersättning) är för kvinnor 38,7 procent (riket 38,8 procent) och för män 28,9 procent (riket 24,9 procent).⁷⁶

⁷⁴ Källa: Arbetsförmedlingen Luleå Boden 2017-12-07

⁷⁵ Källa: SCB, Arbetsförmedlingen 2016

⁷⁶ Källa: Försäkringskassan 2016

Den fysiska arbetsmiljön är den som är lättast att följa upp och åtgärda. Men den är också den del av arbetet som kan ge allvarliga bestående kroppsskador och är orsaken till de flesta dödsfall relaterat till arbete.

Det är dock den så kallade psykosociala arbetsmiljön som i stor utsträckning avgör i vilken utsträckning individer trivs på jobbet eller inte. Stress och att inte känna sig duglig ”räcka till” är exempel på faktorer som skapar en dålig psykosocial arbetsmiljö. Den sociala arbetsmiljön, som stämningen på arbetsplatsen eller relationen till arbetskamraterna är en faktor som om den är god, kan väga upp en del av i övrigt dåliga arbetsförhållanden.

Det finns skillnader mellan män och kvinnor i arbetsrelaterade sjukdomar. När det gäller den fysiska arbetsmiljön där belastningsskador är den vanligaste sjukdomsorsaken så dominerar männen statistiken. Avseende dödsfall beroende på arbete så står männen för ca 90 procent av fallen! När det gäller psykisk ohälsa är det kvinnorna som dominerar statistiken. Ökningen av arbetsrelaterade sjukdomar som skett de senaste åren utgörs huvudsakligen av psykisk ohälsa och det är också den vanligaste orsaken till anmäld arbetssjukdom.

Arbetsplatsolyckorna i länet tenderar att öka över tid i länet. År 2013 anmäldes nästan 940 stycken som medförde sjukfrånvaro minst en dag. Siffrorna gäller arbetstagare och egenföretagare. De flesta anmälningarna kommer från vård-, omsorgs- och socialtjänstsektorn samt byggindustrin⁷⁷.

Ett ökat ansvar hos de största arbetsgivarna att inte bara skapa en hälsosam arbetsplats utan också hitta sätt som stimulerar personalen till en mer hälsofrämjande livsstil skulle inte bara vara lönsamt för organisationen och varumärket utan också ett viktigt steg mot målet om en bättre och mer jämlik folkhälsa.

⁷⁷ Källa: Arbetsmiljön i Norrbottens län 2009-2013, LO 2014

Inkomster och försörjningsmöjligheter (4)

Människors försörjningsmöjligheter och med dessa relaterade inkomster har en stor betydelse för hälsan. Av åtskilliga studier såväl nationellt som internationellt framgår tydliga samband mellan hälsa, (oavsett om den mäts med ”objektiva” indikatorer som fysiska och/eller psykiska besvär eller ”subjektivt” som självuppskattad hälsa) och i vilken utsträckning som människor har en fast och kontinuerlig försörjning. Generellt är det så att människor som har arbete och inkomster upplever sig må bättre och har färre hälsoproblem jämfört med personer som inte har ett fast arbete och regelbundna inkomster.

Det finns således ett direkt samband mellan köpkraft och hälsa (begränsade möjligheter att leva hälsosamt) men också indirekt genom att uppleva stress eller oro över att få sin ekonomi att gå ihop samt att av ekonomiska skäl tvingas avstå från sociala aktiviteter och socialt liv som betraktas vara en självklarhet för en majoritet av befolkningen.

Att inkomster och försörjningsmöjligheter har en viktig betydelse för människors hälsa konstateras i utredningen Nästa steg på vägen mot en mer jämlik hälsa - slutbetänkande av Kommissionen för jämlik hälsa, SOU 2017:47. Med hänvisning till befintlig forskning beskrivs sambanden mellan inkomster och hälsa som att de med lägst inkomster har en sämre hälsa jämfört med de som har bättre inkomster. Detta samband kan inte enbart förklaras av så kallad selektion, att sjuka människor får låga inkomster utan kan sannolikt förstås i en ”mer övergripande kausal process” ”där bristande försörjning under en period påverkar hälsan negativt i nästa, och den dåliga hälsan i sin tur minskar arbetsförmågan och inkomsten i ett tredje steg”.⁷⁸

Inkomstklyftorna (disponibla inkomsten) har ökat i Sverige sedan 1990-talet där de allra rikaste har haft en betydligt större inkomstökning än de allra fattigaste. Risken för att ha en ekonomiskt låg standard beror på olika kombinationen av faktorer i befolkningen. Om ingen i hushållet arbetar heltid så ökar risken. Unga (20-29 år) som studerar har oftare en ekonomiskt lägre standard än personer mellan 30-64 år. Ensamstående pensionärer, särskilt kvinnor, är en annan kategori som oftare har en ekonomiskt låg standard. En annan grupp är ensamstående kvinnor med barn. Även bland utrikes födda är andelen med ekonomiskt låg standard större i jämförelse med andra grupper vilket framförallt beror på högre arbetslöshet och lägre sysselsättningsgrad.⁷⁹

Att de ekonomiska klyftorna har ökat beror också i viss mån på en reell minskning av ersättningsnivåer i socialförsäkringsförmåner (tex föräldraförsäkring, sjukförsäkring, ekonomiskt bistånd, bostadsbidrag) som inte följt pris- och löneförändringar vilket särskilt drabbat ekonomisk marginaliserade grupper.⁸⁰ Denna utveckling omfattar också Norrbottens befolkning.

Vanligtvis så försörjer sig norrbottningen via någon form av lönearbete vilket också innebär att det finns en vardag som till stor del struktureras av det. Arbete är mer än en försörjning utan också något som integrerar en

⁷⁸ Nästa steg på vägen mot en mer jämlik hälsa - slutbetänkande av Kommissionen för jämlik hälsa, SOU 2017:47, sid 150

⁷⁹ Nästa steg på vägen mot en mer jämlik hälsa - slutbetänkande av Kommissionen för jämlik hälsa, SOU 2017:47, sid 154

⁸⁰ Ibid sid 157

människa i samhället och i de allra flesta fall gör att denne upplever sig som behövd av andra och att den är med och bidrar till samhället. Med försörjning via ett lönearbete byggs också förutsättningar för ett självständigt liv med möjligheter att själv styra och påverka sitt sätt att leva utan att vara ekonomiskt beroende av någon annan person eller myndighet.

En av flera indikatorer på ekonomiskt oberoende är att ha en kontantmarginal. Med kontantmarginal avses att en individ kan få fram 15 000 kr på en vecka vid en oförutsedd händelse.

	Har kontantmarginal	Saknar kontantmarginal
God hälsa	70,6	51,4
Sämre hälsa	29,4	48,6
	7184	1398

Figur 9 Andel som anger att de har god hälsa bland norrbottningar med eller utan kontantmarginal i procent. (Källa: HLV 2014, Norrbotten)

I Norrbotten är det enligt den senaste HLV-undersökning drygt 16 procent av befolkningen som inte klarar detta. Det gäller framförallt personer i yrken som inte kräver en yrkesutbildning och personer med en utländsk bakgrund utanför Europa. I bägge dessa grupper är kvinnor särskilt ekonomiskt sårbara. Drygt sju av tio norrbottningar som anger att de har en kontantmarginal säger sig också ha en god hälsa. Det är en betydande skillnad jämfört med de som saknar kontantmarginal där ca fem av tio personer säger ha god hälsa.

	Män	Kvinnor
Ej yrkesutbildade arbetare	17	25
Yrkesutbildade arbetare	12	18
Tjänstepersoner på mellannivå	5	10
Högre tjänstepersoner	3	4
Svensk bakgrund	12	18
Nordisk bakgrund	19	25
Utomnordisk bakgrund	46	39
N=	4054	4651

Figur 10 Om du plötsligt skulle hamna i en oförutsedd situation, där du på en vecka måste skaffa fram 15 000 kronor, skulle du klara det? Andel som svara Nej, procent. (Källa: HLV 2014, Norrbotten)

Att komma in i ett arbetsliv är således viktigt i människors liv och den kanske mest sårbara gruppen är unga människor och deras övergång från skola och utbildning till ett arbetsliv. Ju längre tid som en sådan övergång tar desto större är riskerna att den unge personen får det svårare att få ett arbete och att etablera ett självständigt liv. Forskning om ungdomars inträde i arbetslivet visar att ju mer problematisk övergången är, exempelvis att de hamnar i en "tillfällighetens permanens", dvs med perioder av arbetslöshet som avlöses med tillfälliga anställningar eller arbetsmarknadsåtgärder, löper större risk att utveckla olika hälso- och livsstilsproblem samt ett socialt och ekonomiskt utanförskap. Andra sårbara grupper är personer som exempelvis sägs upp från sitt arbete relativt sent i yrkeslivet eller personer med olika funktionsnedsättningar. Bägge dessa grupper kan möta hinder för att få ett arbete som ger dem en försörjning och i sin förlängning ett självständigt liv.

Utöver krig och förföljelse är möjligheterna till arbete och försörjning genom historien den största drivkraften till stora migrationsströmmar liksom den utvandring som var från Sverige under senare hälften av 1800-talet. Att komma till ett nytt land och etablera sig i ett arbetsliv är en utmaning för den som immigrerar till ett annat land. Språk, normer och värderingar samt formella utbildningskrav utgör en tröskel mot arbetslivet som många gånger gör en etablering i ett arbete till en långdragen process som i sin tur ökar risken för sämre hälsa och ett socioekonomiskt utanförskap.

Boende och närmiljö (5)

Bostadsbristen är nu stor i hela Sverige och så även i utvecklingsorterna i Norrbotten. Detta är kartlagt i Bostadsmarknadsanalys för Norrbotten (Länsstyrelsen 2016). Det som dock inte är lika uppmärksammat är hur klimatet, den byggda miljös utformning och skötsel påverkar människors möjlighet att vara fysiskt aktiva under alla årstider och därmed behålla en god hälsa.

I städer och samhällen med kalla vintrar finns det fantastiska möjligheter att utnyttja snön och isarna till upplevelserika och stärkande utomhusaktiviteter. Trots det tenderar människor att vistas mycket inomhus och vara mindre fysiskt aktiva under de kalla och mörka årstiderna. Det medför sämre fysisk och psykisk hälsa vilket minskar välbefinnandet och ökar sjukskrivningstalen.

Samhällsnyttan med att göra utemiljön säkrare är stor. Kostnaderna för halkolyckor pga. snö och is är stora. 2013 skadade sig 31 000 personer så pass allvarligt att de uppsökte akutmottagningen. Dessa skador uppskattas tillsammans till en kostnad på 2,2 miljarder/år. Större delen av Sverige är snötäckt någon del av tiden varje vinter och stor del av dygnet är mörkt. Fler kommuner har börjat prioritera inte bara genomfartsleder för bilar vid snöröjning, utan även gång- och cykelstigar och områden vid förskolor vilket underlättar tillgängligheten för äldre med rollator, föräldrar med barnvagn och för personer med funktionsnedsättningar.

Grön-blå-vitstrukturplaner kombinerar städernas grön- och fritidsområden samt blå/vattenområden utformning och sammankopplingar för att möta de behov och önskemål som stadens invånare har. Grön- och blåstrukturplaner gäller under sommarens barmarkssäsong medan vitstrukturplaner gäller under den långa vintern då de gröna områdena är täckta av snö och de blå områdena täcks av is. Under olika årstider varierar rörelsemönstren, t.ex. skapar isar genvägar mellan stadsdelar samtidigt kan snöupplag hindra framkomligheten.

Vardagsnära naturupplevelser är viktiga för både den fysiska, psykiska och sociala hälsan.⁸¹ Barn som har tillgång till en naturpräglad utemiljö är friskare, mer motoriskt utvecklade, sover bättre, har bättre koncentrationsförmåga m.m. än barn i naturfattiga miljöer. Medborgarna bör bli mer delaktiga i denna typ av planering av utemiljön för ökad, hälsofrämjande aktivitet i vardagen. Ett flertal aspekter som behöver vidareutvecklas kan då identifieras; till exempel utrymme för såväl fysisk aktivitet som avslappning och arenor för social samvaro utomhus, samt förbättrad belysning för att öka trygghet i mörker.

⁸¹ Abraham, A., et al (2010): *Landscape and well-being: a scoping study on the health-promoting impact of outdoor environments*. Int J Public Health 55(1): 59-69

Gynnsamma förutsättningar som stimulerar människor att tillbringa mer tid utomhus och öka sin fysiska aktivitet kan skapas genom stadsplanering och urban design. Tillgänglighet och ytor för fysisk aktivitet bör beaktas i samhällsplaneringen vid byggandet av nya bostadsområden och vid förtätning av befintliga. Framför allt barn och unga, särskilt i socioekonomiskt utsatta grupper, behöver möjlighet att delta i idrottsaktiviteter i sitt närområde. Detta gäller inte bara kvaliteten på offentliga platser och idrottsanläggningar där det är möjligt att vistas på fritiden. Det handlar också om var våra vardagliga fysiska aktiviteter sker, det vill säga att färdas till arbete, skola, butiker eller andra dagliga ärenden. Strukturen på den byggda miljön kan antingen förstärka eller försvåra att förflytta sig med icke motoriserade fordon på vintern, t.ex. till fots, med cykel, skidor eller spark. Utspridda stadsstrukturer, där bostäder, kontor och industriområden placeras glest, resulterar i avstånd som är för långa för att gå eller cykla. Kompakta stadsstrukturer ger större möjligheter till fysisk aktivitet i vardagen vilket har positiva konsekvenser för individens hälsa och stor betydelse för att förbättra den allmänna folkhälsan. Samtidigt kan en alltför tät bebyggelse ge mindre tillgänglighet till parker och grönområden, och mindre attraktiva utemiljöer. Med långa vintrar är så mycket dagsljus som möjligt önskvärt, men alltför tät bebyggelse kan också ge mer skuggiga miljöer.

En annan aspekt utifrån folkhälsoperspektivet och en jämlik hälsa handlar om risken för segregation och ökade socioekonomiska skillnader mellan befolkningsgrupper. Tillgången till hyresrätter inom allmännyttan är högre i Norrbotten jämfört med riket (94 respektive 77 per 1 000 invånare), men tillgången varierar också stort inom länet. I Kalix fanns 50 hyresrätter/1 000 invånare år 2015 jämfört med 153 hyresrätter i Arvidsjaur. Det är också viktigt att skapa förutsättningar för olika typer av bostäder inom bostadsområdena, dvs en blandning av hyresrätter, bostadsrätter och egnahem. Det finns en utmaning i att få till nya flerfamiljshus i exempelvis landsbygdscentra och stadsdelar utifrån nu gällande avskrivningsregler och möjligheter till banklån.

Levnadsvanor (6)

Analys av norrbottniska folkhälsodata visar att ohälsosamma levnadsvanor är en bidragande orsak till Norrbottens dåliga folkhälsa. Området är också ett av de tre prioriterade för en bättre och mer jämlik hälsa i Norrbotten.

Sjukdomar orsakade av ohälsosamma levnadsvanor ses som en av framtidens största hälsoutmaningar. De flesta kroniska sjukdomar är möjliga att förebygga genom att påverka levnadsvanorna. Tobaksrökning är den levnadsvana som medför högst risk för ohälsa medan ohälsosamma matvanor är den levnadsvana som bidrar till mest ohälsa (vuxna), då förekomsten är så utbredd i befolkningen.

Ohälsosamma levnadsvanor är möjliga att förändra under hela livet. Norrbottens folkhälsostrategi utgår ifrån de levnadsvanor som socialstyrelsen lyfter i sina nationella riktlinjer som riskfaktorer för att insjukna i de stora folksjukdomar cancer, hjärt- och kärlsjukdomar, typ-2 diabetes, osv. De fyra levnadsvanorna är: Fysisk aktivitet/stillasittande, matvanor, alkohol samt tobak. Norrbotten har särskilt stora förbättringspotential inom områdena stillasittande samt matvanor.

Även om det är svårt att klart definiera vad som är gles- och landsbygd beräknar Jordbruksverket att 34 procent av Sveriges befolkning bor i lands-

/glesbygd⁸². Norrbotten utgörs till stor del av glesbygd med långa avstånd mellan tätorter och byar och de flesta tätorter är små beräknat till antal innevånare. Förekomst av övervikt/fetma och sämre matvanor är högre bland människor boendes i glesbygd i jämförelse med de som bor i större tätorter. I Norrbotten har 62 procent av männen övervikt/fetma liksom 45 procent av kvinnorna.

Det finns geografiska skillnader inom länet i både hälsa och levnadsvanor. Till stor del beror dessa skillnader på befolkningens åldersstruktur och socioekonomisk sammansättning. Till exempel är fetma dubbelt så vanligt bland låginkomsttagare som bland höginkomsttagare. I kommuner där en större andel av befolkningen har hög *eller* eftergymnasial utbildning är det vanligare att äta frukt och grönsaker, färre har övervikt och fetma, färre röker dagligen och är mindre stillasittande.

Ytterligare grupper syns i den ojämlika bilden av hur levnadsvanor finns fördelade. Till exempel är det mer vanligt med alkoholriskbruk och rökning bland homo- och bisexuella än övrig befolkning. Bland individer med funktionsnedsättning är det vanligare med rökning, stillasittande, otillräcklig motion, och fetma, än övrig befolkning. Samtidigt är det vanligare i gruppen med funktionsnedsättning att ha lägre inkomst, att inte arbeta och att vara sjukskriven, det vill säga ha en lägre socioekonomisk position.

Mer information om den vuxna befolkningens levnadsvanor finns i rapporten Hälsa, levnadsvanor och social miljö i Norrbotten ur ett jämlikhetsperspektiv, Bilaga 4

Levnadsvanor barn och unga

Levnadsvanor grundläggs tidigt i livet och är även bland barnen socioekonomiskt färgade med koppling till diskrimineringsgrunderna.

Bland barnen i länet rör sig de allra flesta flickor och pojkar i årskurs fyra minst tre gånger i veckan på fritiden och de är överlag måttlig med konsumtion av saft/läsk. Ungefär var fjärde elev i årskurs fyra är överviktig eller lider av fetma vilket innebär att balansen mellan kost och motion kan förbättras.

I årskurs sju har pojkarnas övervikt och fetma ökat sedan årskurs fyra och även läskdrickande bland båda könen, samtidigt som att vara fysiskt aktiv blivit mindre vanligt än när eleverna gick i årskurs fyra. Det syns en antydning till att det som definieras som *mycket hög skärmtid*, fem timmar eller mer, har ökat senaste tre åren. Hög skärmtid är oroväckande eftersom det finns ett samband mellan hög skärmtid på fritiden och lägre fysisk aktivitet, men-även mellan hög skärmtid och hög konsumtion av söta drycker. Sämre sömn rapporteras bland länsbarn som exempelvis har mer än fem timmars skärmtid per dag, som ofta är ledsna eller nedstämda, som ofta dricker läsk, liksom barn som sällan äter frukost. Det är färre som är fysiskt aktiva i årskurs sju än i årskurs fyra men majoriteteten, drygt sex av tio, motionerar minst tre gånger i veckan. Att det är vanligare att pojkar är fysiskt inaktiva än flickor ses redan i årskurs sju. Bland både flickor och pojkar ses en fortsatt positiv trend med en minskande andel som testat alkohol, cigaretter eller snus.

82

<https://www.jordbruksverket.se/etjanster/etjanster/etjansterforutvecklingavlandsbygd/en/alltomlandet/sahardefinierarvilandsbygd.4.362991bd13f31cadcc256b.html>

Bland elever i gymnasiet första år i länet finns en stadigt hög andel, drygt en fjärdedel, pojkar med övervikt och fetma. Bland både flickor och pojkar i gymnasiet är det signifikant vanligare att vara överviktig eller lida av fetma i Norrbotten än i riket. År 2015/2016 var det lika vanligt bland flickor och pojkar i gymnasiet att motionera ofta. Ungefär 6 av 10 elever motionerar tre gånger i veckan eller mer, men gruppen som *sällan eller aldrig* är fysiskt aktiv på fritiden är däremot större bland pojkar (20 procent) än flickor (15 procent).

Skolelevernas hälsa och levnadsvanor i Norrbotten följs och redovisas årligen av Region Norrbotten⁸³.

Levnadsvanor – äldre

Norrbotten har långa vintrar med snö och halka som kan försvåra för inte minst äldre människor att utöva fysisk aktivitet utomhus. Äldre, likväl som yngre, har behov av trygghet i sin omgivande miljö i form av bland annat upplysta områden och välunderhållna parker och gång- och cykelstigar.

En ökad medellivslängd är eftersträvansvärt även för Norrbotten, men en ökad medellivslängd kan innebära att fler människor i högre utsträckning lever längre med varierande funktionsnedsättningar. Ett exempel är att fetma, i den senare delen av medelåldern innebär utvecklad skörhet som äldre⁸⁴. Ökad livslängd kräver också större samhälleliga insatser för att stödja hälsosamma levnadsvanor. Bland personer i *tredje åldern* har övervikt och fetma ökat vilket det inte gjorts i lägre åldrar, där verkar utvecklandet av fetma stannat av något. Ett högt body mass index (BMI) återfinns bland de fem främsta riskfaktorerna i Sverige för förlorade friska levnadsår.

Tredje åldern beskrivs som ”möjliggörandets ålder”. Ur ett funktionellt perspektiv är tredje åldern en fas i livet med möjligheter att skapa effektiva strategier för att hantera vinster och förluster i senare i livet⁸⁵. Den tredje åldern är en tid i livet när de flesta individer inte längre har ansvar för att fostra och försörja sina barn, utan kan satsa på och utveckla sig själva och där individen kan se framemot kanske, i bästa fall, 20 eller fler hälsosamma år⁸⁶.

Det kommer inte vara tillräckligt att bara ge år till liv, det måste ges möjlighet att förlänga den tredje åldern och skjuta upp sjukdoms- och fasen av funktionsnedsättningen till den senaste delen av livet (fjärde åldern). Därför bör främjandet av hälsa bland den äldre befolkningen fokuseras på den tredje åldern i syfte att bevara livskvalité, främja välbefinnande och reducera sjukdom.

Det är väletablerat att regelbunden fysisk aktivitet har starka positiva hälsoeffekter, medan en stillasittande livsstil ökar risken för kroniska sjukdomar och för tidig död. Senare års forskning har också visat att fysisk aktivitet används som ett sätt att avvärja "demenskrisen" och de rekommendationer som finns inkluderar fysisk träning och kognitiv träning, vilka har visat på långvariga förbättringar, 10 år eller mer, på kognition hos äldre vuxna⁸⁷. Ett vanligt förekommande symptom hos äldre personer och i stor utsträckning hos de med kognitiv svikt, är depression. En systematisk

⁸³ <http://www.norrbotten.se/elevhalsosamtal>

⁸⁴ Stenholm et al., 2012

⁸⁵ Baltes & Smith, 2003

⁸⁶ Karp, 2013; Laslett, 1987

⁸⁷ Smith, 2016

litteraturöversikt fann i resultatet att regelbunden fysisk träning som behandling mot depression hos äldre, både upplevda symtom och kliniska diagnoser, hade goda effekter på depression⁸⁸.

Kontroll, inflytande och delaktighet (7)

Möjligheten att uppleva inflytande och delaktighet i livet är beroende av personers möjlighet att planera och kontrollera sina dagliga aktiviteter/sitt liv. Kontroll, inflytande och delaktighet är därför viktiga verktyg för att personer ska uppleva hälsa och välbefinnande.

Inom forskningen finns olika definitioner av vad som menas med *delaktighet* i ett samhälle och vilka aspekter som begreppet omfattar. I ett försök att samla ihop dessa och försöka beskriva vad som menas med delaktighet kan det något förenklat uttryckas som att det är när vi som *individer engageras och frivilligt engagerar oss i olika frågor som vi tillsammans med andra tycker är viktiga och meningsfulla för oss och som också berör andra individer*. Engagemanget eller delaktigheten kan kanaliseras på olika sätt. Inte sällan tar delaktighet sitt uttryck i organiserade intressen som omspannar allt från den lilla vägföreningen i ett stugområde eller bokcirkeln i pensionärsföreningen till olika kultur, idrotts, hjälp, ekonomiska och politiska föreningar och organisationer. Givetvis förekommer också andra mindre formella former för engagemang som leder till delaktighet, exempelvis via olika forum inom sociala media.

Inflytande kan sägas bero av i vilken utsträckning som en individ är eller bereds möjlighet att vara delaktig och i vilken mån som dennes åsikter och inspel i olika frågor tas på allvar och bemöts. På det individuella planet handlar det om att faktiskt få kunna vara delaktig och påverka olika beslut som direkt berör den egna livssituationen, exempelvis som patient eller brukare, som elev i skolan eller medarbetare på sin arbetsplats.

I närmiljön handlar det om att kunna vara med och påverka villkor och förändringar avseende materiella, sociala och kulturella aspekter där man bor och verkar. Det innebär exempelvis att beredas möjlighet att få påverka i olika frågor som berör det egna bostadsområdet eller kommunen. Inflytande och delaktighet handlar således om grundläggande demokratiska rättigheter på olika nivåer i ett samhälle vilket innebär att information, kommunikation med medborgare och transparens i olika beslutsprocesser är viktiga byggstenar för att skapa delaktiga medborgare.

Ett sätt att följa graden av delaktigheten är att titta på valdeltagandet.

Röstdeltagandet i riksdagsvalet 2014 i Norrbotten var 85,6 procent (riket 85,8 procent).⁸⁹

Samhällen där medborgarna upplever inflytande och delaktighet skapar också ett socialt kapital där medborgare samarbetar och samverkar över olika kulturella och socioekonomiska grupper. Det bygger också tillit mellan människor, tillit till myndigheter och ett demokratiskt system. Sammantaget skapar detta ett inkluderande och tolerantare samhälle eller ett socialt hållbart samhälle.

Andelen flickor i årskurs fyra som 2015/2016 uppgav att de blivit retad/utstött eller på annat sätt illa behandlad av annan elev var 12,6 procent. Motsvarande siffra för pojkarna i samma årskurs var 14,7 procent.⁹⁰

⁸⁸ Heinzl et al, 2015

⁸⁹ Valmyndigheten.se

⁹⁰ Rikssiffror saknas.

Forskning visar också att några av de viktigaste hörnstenarna för äldre personers livsstil och levnadsvanor är social samvaro och socialt stöd samt en meningsfull vardag. Strategier för att främja hälsan hos äldre bör verka för att äldre personer har möjlighet att vara delaktiga och påverka sina levnadsvanor på ett positivt sätt⁹¹. Äldre personer måste få ta kontroll över och styra sina egna levnadsvanor i samklang med givna rekommendationer och sina personliga mål i livet. Då blir bibehållen hälsa en resurs för att uppnå livsmål. Det måste skapas möjligheter för äldre personer att utföra sina dagliga aktiviteter och vara delaktiga i samhället på samma villkor som yngre personer trots att de äldre kan ha funktionsnedsättningar som ger svårigheter för delaktighet i samhället.

Det finns en tämligen omfattande forskning om sambandet mellan inflytande och delaktighet och hälsa. Ett generellt mönster är att ju mer delaktiga människor är och ju mer inflytande de har på sin egen livssituation, sin närmiljö och samhället i stort desto bättre hälsa kommer de att utveckla. I tabellen nedan framgår sambandet mellan tillit till andra människor, tillit till myndigheter samt delaktighet är och god hälsa.

	Män	Kvinnor
Har tillit till andra människor	70	71
Saknar tillit till andra människor	56	57
Har tillit till myndigheter*	74	74
Saknar tillit till myndigheter	61	60
Hög delaktighet**	74	73
Låg delaktighet	54	51

Figur 11 Tillit, delaktighet och andel som anger sin hälsa som god bland män och kvinnor i Norrbotten 2014, procent. (Källa:HLV, Norrbotten)

*Tillit till myndigheter mäts med 8 olika frågor om vilka myndigheter som man har förtroende för.

**Delaktighet mäts med nio olika frågor som exempelvis omfattar att engagera sig och agera politiskt/fackligt/folkrörelse till att aktivera sig i nära sociala sammanhang.

Både bland män och kvinnor finns ett samband mellan att anse sig ha en god hälsa och att man upplever sig ha till tillit till andra människor och myndigheter samt upplever sig som delaktig i olika sociala sammanhang. Liknande mönster kommer också fram i ”Östgöta-kommissionens” och ”Malmökommissionens” arbete för folkhälsa. Sammanfattningsvis är ett arbete med att utveckla olika former för inflytande och delaktighet väsentligt för att också långsiktigt bygga en bättre folkhälsa.

En jämlik och hälsofrämjande hälso- och sjukvård (8)

Hälso- och sjukvården har en särskild roll som direkt påverkar hälsa och överlevnad genom förebyggande, behandlande och rehabiliterande insatser. Särskilt utsatta grupper och individer behöver tillförsäkras bästa möjliga förutsättningar till en god hälsa också genom en hälso- och sjukvård som verkar jämlikt, jämställt och hälsofrämjande. Här har hälso- och sjukvården goda möjligheter att bidra till jämlik hälsa genom sina möten med både patienter och befolkningen. Centralt är att dessa möten är hälsofrämjande

⁹¹ Statens folkhälsoinstitut, 2007

och skapar förutsättningar för jämlika insatser och resultat. Att hälso- och sjukvården har en betydelsefull roll att spela i arbetet med att förbättra levnadsvanorna har starkt stöd i befolkningen där 81 procent av norrbottningarna vill att hälso- och sjukvården ska ge stöd att ändra de egna levnadsvanorna i stället för att skriva ut läkemedel. Motsvarande siffra för riket är 87 procent⁹².

För att uppnå en jämlik hälso- och sjukvård behöver tillgängligheten vara god, för att motsvara patienters olika behov såväl fysiskt, kognitivt och kommunikativt. Särskilt behöver hälso- och sjukvårdens tillgänglighet uppmärksammas i socialt och ekonomiskt utsatta bostadsområden.

Undersökningar⁹³ visar att 72 procent av Norrbottens befolkning anser att de, rent geografiskt, har tillgång till den vård de behöver. Motsvarande siffra för riket är 78 procent. Skillnader i tillgång till hälso- och sjukvården bland olika befolkningsgrupper finns inte redovisat på län men generellt för svensk sjukvård finns det en marginell skillnad mellan kvinnor och män vad gäller upplevelse av tillgång till sjukvård. Däremot är det en större skillnad mellan olika åldersgrupper. Mest nöjd med tillgängligheten är de i den yngsta (18-29 år) och äldsta åldersgruppen (70 år +) med 79 procent respektive 83 procent nöjdhetsgrad. Minst nöjd med tillgängligheten är personer mitt i livet (50-59 år) där 72 procent uppgav att de var nöjda. Personer med grundskola som högsta utbildningsnivå anger i högre grad än de med eftergymnasial utbildning att de har tillgång till den sjukvård de behöver.

Vidare påverkar födelseland inställningen till om personen anser sig ha tillgång till den sjukvård man behöver. Personer födda utanför Norden anger i lägre utsträckning än personer födda inom Norden att de har tillgång till den sjukvård de behöver.

När det gäller familjetyp är andelen som instämmer i påståendet något lägre bland ensamstående med barn, 70 procent, jämfört med dem som lever i någon annan typ av familjeförhållande där 76–79 procent instämmer.

Norrbottens hälsosamtal

Region Norrbotten genomför Norrbottens hälsosamtal som har till syfte att minska insjuknandet i hjärt-och kärlsjukdomar. Hälsosamtal erbjuds personer i åldersgrupperna 30, 40, 50- och 60 år. Under 2016 hade sju procent i aktuella åldersgrupper genomfört ett hälsosamtal men med stora variationer mellan hälsocentralerna. Jokkmokks HC genomförde hälsosamtal i 40-43 procent av samtliga åldersgrupper, Haparanda HC genomförde hälsosamtal med hälften av alla 60-åringar och med 43 procent av 50-åringar.

Erfarenhet från andra landsting (Västerbotten, Jönköping) visar att ett strukturerat arbete med Hälsosamtal är en kostnadsbesparande insats som minskar insjuknandet i hjärt-och kärlsjukdomar. Undersökningar visar också att hälsosamtalen når personer med olika utbildningsnivå i samma utsträckning och bidrar därför till en mer jämlik hälsa.

Förebygga smittspridning och vaccination

Att förebygga infektioner och smittspridning är en annan del av sjukvårdens folkhälsoarbete där en fortsatt hög vaccinationstäckning hos befolkning är

⁹² Vårdbarometern 2015

⁹³ Vårdbarometern 2015

betydelsefull. År 2017 var snittvärdet på vaccinationstäckningen i länets barnvaccinationsprogram 98 procent jämfört med rikets 97 procent.

Att motverka antibiotikaresistens är ett annat prioriterat område. Antalet diagnosticerade fall med infektion eller bärarskap av resistent bakteriestammar ökar över hela världen. År 2000 anmäldes ett fall av resistent bakterier i länet, år 2010 anmäldes 109 fall och till 2016 hade siffran vuxit till 420 anmälda fall.

Elevhälsa

Elevhälsan omfattar medicinska, psykologiska, psykosociala och specialpedagogiska insatser. Elevhälsans arbete ska bidra till en hälsofrämjande skolutveckling och undanröja hinder för enskilda elevers lärande. Områden där elevhälsans insatser är viktiga är inom psykisk hälsa och ohälsa, arbetsmiljö, skolfrånvaro och levnadsvanor. En hälsofrämjande skolutveckling kan sägas omfatta två spår. I korthet står *den ena delen* för skolutveckling, vilket innebär att skapa goda hälsa utan att tala om hälsa, dvs allt det arbete i skolan som innebär att nå målen. *Den andra delen* är att kunskapsområden som sexualitet och samlevnad, jämställdhet, tobak, alkohol, narkotika och dopning som ingår i undervisningen. En hög kvalitet på hälsoundervisningen innebär också att det finns en balans mellan ett risk- och främjande perspektiv samt en undervisning där eleverna har inflytande och är aktiva i planering, genomförande och uppföljning.

Främjande insatser innebär att arbeta med friskfaktorer för att uppnå generella hälsovinster. Att skapa ett gott och normkreativt skolklimat med goda relationer mellan elever och mellan elever och vuxna, där eleverna är motiverade och känner sig delaktiga ökar elevernas trivsel, förbättrar deras studieresultat och gör dem mindre utsatta för stress. Ett sådant klimat minskar kränkningar i skolan medan ett förebyggande arbete enbart riktat mot kränkningar inte har det breda fokus som gör att flera faktorer samtidigt kan beröras.

Idag är många aktörer inblandade i barn och ungas hälsa vilket ökar risken för en fragmentisering av insatser inom olika sakområden mer än ett samordnat och individanpassat preventivt stöd. Det finns behov av en ökad samverkan mellan de aktörer som är inblandade i barn och ungas hälsa till exempel MVC, BVC, skola/förskola, elevhälsa, ungdomsmottagningar, osv. Elevhälsan ska också arbeta med mer generellt inriktade uppgifter som rör elevernas arbetsmiljö, till exempel skolans värdegrund, arbetet mot kränkande behandling, undervisningen om tobak, alkohol och andra droger, jämställdhet samt sex- och samlevnadsundervisning. Elevhälsan har inom dessa områden mycket erfarenheter och en lång tradition. Inte minst genom skolsköterskans elevhälsosamtal med eleverna.

Elevhälsosamtal

Enligt skollagen ska elever erbjudas elevhälsoundersökningar som innefattar allmänna hälsokontroller. Mellan hälsobesöken bör eleverna dessutom erbjudas syn- och hörselundersökningar samt andra begränsade hälsokontroller. I elevhälsosamtalen ingår att bedöma elevens allmänna hälsotillstånd, tillväxt, utveckling och inläring. Hälsosamtalen utgör också en möjlighet för eleven att diskutera sin hälsa med skolsköterskan. Elevhälsosamtalen ger förutsättningar att stödja elevernas utveckling mot

målen, undanröja hinder för lärande samt återföra kunskaper som framkommit från hälsosamtalen i det hälsofrämjande arbetet.

Elevhälsosamtalen genomförs bland elever i förskoleklass, årskurs fyra, sju och första året på gymnasiet och är ett viktigt underlag för styrning och ledning på lokal och regional nivå. Läsåret 2015/2016 genomförde och registrerade alla kommunala skolhuvudmän, samtliga fyra sameskolor samt nitton enskilda skolhuvudmän hälsosamtal. Svaren från drygt 7000 norrbottniska elever (ca 70 procent) registrerades.

Hemsjukvård

Hemsjukvård definieras som ”Hälso- och sjukvård när den ges i patients bostad eller motsvarande och som är sammanhängande över tid”.

Kommunerna i Norrbotten tog över ansvaret för hemsjukvård 2013. Andel personer över 65 år i Norrbotten som har haft hemsjukvård någon gång under år 2016 uppgick till 14,6 procent. Motsvarande siffra för riket var 10,3 procent. Mellan 2015 och 2016 har andelen med hemsjukvård i Sverige minskat från 13,9 procent till 10,3 procent, medan andelen har legat kvar på ungefär samma nivå i Norrbotten (14,1 procent år 2015).

	Andel personer 65 + % 2015	Andel personer 65 + % 2016	Andel personer 80+ % 2015	Andel personer 80+ % 2016	Andel personer % 65+ med HSV 2015	Andel personer % 65+ med HSV 2016
Norrbotten	26,2	26,4	6,9	7,0	14,1	14,6
Riket	19,8	19,8	5,1	5,1	13,9	10,3

Figur 9. Andelen personer 65+ med hemsjukvård. Andelen kvinnor är i båda ovanstående åldersgrupper större än andel män. Källa: SCB

Orsaken till denna skillnad beror till stor del på att andelen äldre är större (Gruppen 65+ utgör ca 26 procent av befolkningen i Norrbotten och ca 20 procent i riket) och dessutom ökar fortare i Norrbottens län jämfört med riksgenomsnittet. Norrbotten, såsom hela Sverige, står inför stora utmaningar med en demografi där allt fler blir äldre och ges möjlighet till kvarboende i hemmet vilket på sikt innebär en större efterfrågan på hemsjukvårdens tjänster. Andelen äldre, 65 år+ ökar i länets alla kommuner och tillgången till personal inom vård och omsorg blir svårare för varje år. För att överbrygga gapet behöver kommunerna öka effektiviteten och tillgängliggöra vård och omsorg på ett sätt där man nyttjar de möjligheterna som digitaliseringen erbjuder idag. Genom att göra vård och omsorg samt service och tjänster mer tillgängliga för individer, på tider som passar för dem, kan man även skapa bättre förutsättningar för individer att ta större ansvar för egen vård och uppföljning av sin hälsa.

Digitala tjänster kommer i framtiden vara förstahandsvalet för offentliga sektorn att kommunicera med medborgare samtidigt som medborgare som inte har tillgång till internet/digitala tjänster ska få likvärdig service och tjänster utifrån sina förutsättningar. Digitaliseringen kan dock aldrig omfatta alla utan man bör använda sig av den möjligheten där det är möjligt och är till nytta för individen och verksamheten. Det måste alltid finnas erbjudanden om icke digitala tjänster.

Sveriges kommuner och landsting, SKL, har gjort en enkätundersökning som visar att befolkningen i huvudsak kan delas upp i fyra segment utifrån hur självgående individerna är och hur goda möjligheter de kan förväntas att dra

nytta av digitaliseringen. I gruppen som benämns ”vet & kan” är personerna rätt självgående och kan förväntas ha hög kompetens och goda möjligheter att dra nytta av digitaliseringen. Den gruppen utgörs av 45 procent av invånarna i Sverige. Gruppen ”vet inte/kan inte” utgörs av 6 procent av befolkningen och behöver man rätt mycket stöd för att kunna ta till sig och använda digitaliseringen. De övriga två andra grupper ligger någonstans mitt emellan och utgör ungefär 25 procent vardera.⁹⁴

Enligt undersökningen är invånarna positivt inställda till digitaliseringen i välfärden. Tre av fem är positiva till vård och omsorg i hemmet med stöd av digitala lösningar men bara två av tio tycker att kommuner och landsting lever upp till deras förväntningar på digital service.

Generellt spelar inkomst, utbildning och yrkesbakgrund stor roll för internetanvändning. För att inte öka klyftorna mellan starka och svaga befolkningsgrupper blir det vårdorganisationernas ansvar att anpassa de digitala tjänsterna utifrån befolkningens varierande behov och förmågor.

Vidare behöver stabil internetåtkomst säkerställas i alla delar av länets kommuner och beaktas i samhällsplaneringen för att säkerställa att möjligheterna till digital kommunikation för boenden tillgodoses inom framtida byggprojekt.

94

<https://skl.se/tjanster/press/debattartiklar/arkivadedebattartiklar/okataktenforattvassa-valfardenmedhjelpavdigitalisering.9287.html>

Vägen till Norrbottens folkhälsostrategi

Bakgrund

Norrbotten tog fram länets första folkhälsopolitiska strategi 2007. Precis som nu, leddes arbetet av Norrbottens folkhälsopolitiska råd⁹⁵ (NFR). År 2013 utvärderades strategin genom enkäter och uppföljande kommunbesök. Kommunbesöken vidtogs av tjänstepersoner och politiker från Norrbottens folkhälsopolitiska råd. Den folkhälsopolitiska strategin upplevdes av vissa kommuner som hyllvärmare och svårförstådd, medan andra kommuner uppgav att den haft en positiv betydelse för länets folkhälsoarbete.

Vid kommunbesöken 2013 gjordes också en inventering av kommunernas behov av stöd i folkhälsoarbetet som kom att bli vägledande underlag för NFRs fortsatta arbetet.

Med syfte att samordna regionala nivåns resurser antog landstinget, kommunförbundet och länsstyrelsen en regional överenskommelse om principer och inriktning för det kommande folkhälsoarbetet. Överenskommelsen antogs i januari 2014.

Utvärderingen och inventering av behov samt den regionala överenskommelsen finns tillgänglig på www.norrbotten.se/fhs.

NFR:s förslag på nytt regionalt folkhälsoarbete

Revideringsprocessen inleddes med att NFR tog fram ett förslag som bestod av tre delar. Förslaget baserar sig på fakta men också medskick och synpunkter från dialogen med kommunerna 2013.

1. Förslag på process för framtagning av strategidokument, förankringsarbete och tidplan. Processen presenteras på sidan 6. Förslag på egenskaper som ska vara kännetecknande för och bidra till, att länets folkhälsoarbete bedrivs mer systematiskt och effektivt
2. Förslag på ett samordnat och kunskapsbaserat regionalt stöd enligt samverkansmodell mellan Region Norrbotten, Norrbottens Kommuner samt länsstyrelsen i Norrbottens län.

NFR antog förslaget den 17 juni 2015, Länsstyrelsen i september samt Norrbottens Kommuner i oktober samma år. I januari 2016 beslutade NFR att ta fram en ny folkhälsostrategi och samtidigt erbjuda länsstyrelsen en ordinarieplats istället för den adjungerade insynsplat de innehaft tidigare.

Förslag på egenskaper som ska vara kännetecknande för länets folkhälsoarbete

I utvärderingen⁹⁶ av folkhälsostrategin som NFR genomförde 2013 efterlyste kommunerna bland annat:

- Stöd i analysarbetet och hjälp att prioritera
- Ökade kunskaper om hur strategiskt och systematiskt folkhälsoarbete bedrivs

⁹⁵ Ledamöter i Norrbottens folkhälsoråd 2014-2018
<http://www.norrbotten.se/sv/Utveckling-och-tillvaxt/Folkhalsa/Folkhalsa/Svensk-folkhalsopolitik/Norrbottens-folkhalsopolitiska-rad/>

⁹⁶ Hela utvärderingen finns tillgänglig på www.norrbotten.se/fhs

- Stöd i att sätta upp mål och delmål
- Mer kunskap om det lokala hälsoläget
- Ökade kunskaper om effektiva åtgärder och insatser

Mot denna bakgrund och med vägledning av fakta och synpunkter från kommunerna formulerade NFR ett förslag på egenskaper som ska känneteckna det norrbottniska folkhälsoarbetet och som tillsammans ökar förutsättningarna för att det blir mer systematiskt och effektivt⁹⁷. Punkterna i förslaget redovisas i detalj på sidan 30.

Förslaget reviderades våren 2016 i dialog med nätverket av sakkunniga och presenterades för kommunledningarna vid en kommunturné på hösten samma år.

Föreliggande folkhälsostrategi är sålunda en sammanställning av de egenskaper som det finns stöd för ska präglade Norrbottens fortsatta folkhälsoarbete och som i förlängningen ska leda till en bättre och mer jämlik hälsa.

Regional samverkansmodell

Med syfte att bättre kunna tillmötesgå kommunernas behov av stöd har NFR inlett en tredje process för att i större utsträckning anpassa det regionala stödet efter kommunernas/befolkningens behov och på så sätt bidra till att nå det av länet uppsatta folkhälsomålet.

Målsättningen är att utarbeta en regional modell som tillhandahåller ett samordnat och kunskapsbaserat regionalt stöd. Exempel på regionalt stöd är:

- Erbjudna kunskap genom konferenser, seminarier och utbildningar (även i form av e-möten och webbsända seminarier)
- Tillhandahålla och upprätthålla nätverk för sakkunniga och politiker inom folkhälsoområdet
- Följa upp målen och utvärdera arbetet med att förbättra och skapa en mer jämlik hälsa

Det regionala stödet föreslås ha olika nivåer. Dels ett basutbud som vänder sig till alla kommuner med stöd och sedan ett mer fördjupat stöd till ett urval av kommuner med störst behov och minst förutsättningar att arbeta med frågan. Principerna för det regionala stödet och innehållet i de olika nivåerna kommer att utarbetas av NFR under 2017-2018 och presenteras under våren 2018.

Regional handlingsplan

Det regionala stödet kommer att fortsätta inom alla områden men intensifieras inom de prioriterade områden som också utgör strategins delmål. Bland annat kommer regionala handlingsplaner utarbetas.

Handlingsplan 1: Utbildning och livslångt lärande

Handlingsplan 2: Levnadsvanor

Handlingsplan 3: Normer och värderingar

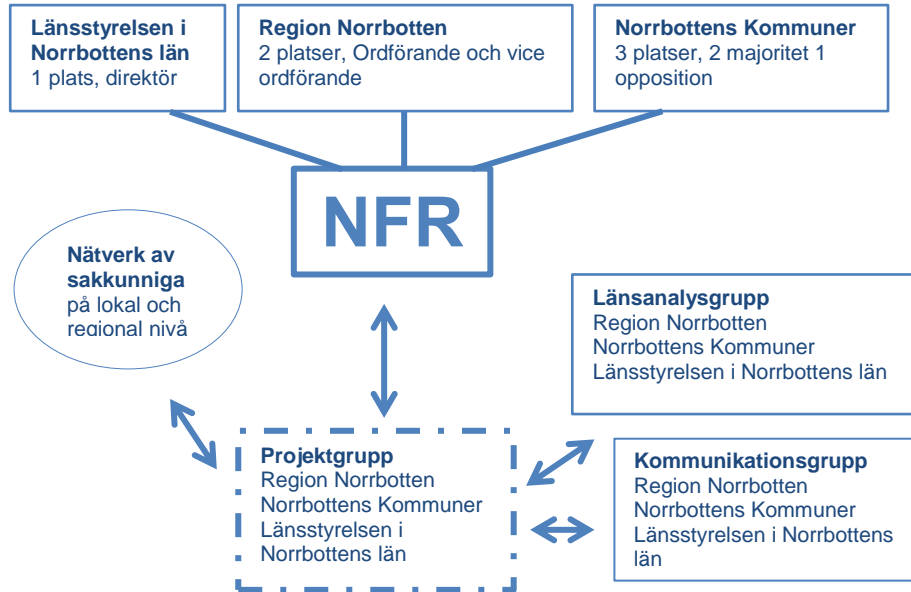
Handlingsplan 4: Systematiskt folkhälsoarbete

Samtliga handlingsplaner samordnas i ett dokument som beskriver genomförandet av Norrbottens folkhälsostrategi.

⁹⁷ Förslaget baserar sig på rekommendationer från WHO:s kommission (2008) samt Sveriges nationella Kommission för jämlik hälsa (2017) som viktiga för ett mer uthålligt och effektivt folkhälsoarbete

Organisation

NFRs arbete har verkställts genom en projektgrupp, en länsanalysgrupp samt en kommunikationsgrupp. Region Norrbotten har varit sammankallande i de olika arbetsgrupperna.



Figur 10. Organisation för NFRs arbete med att ta fram en ny folkhälsopolitisk strategi.

Mer information om NFR:s arbete finns på www.nll.se/fhs.

Bilagor

Bilaga 1. Indikatormatris

Indikatormatrisen ger en samlad nuläges bild av befolkningens socioekonomiska sammansättning och hälsoläge på lokal och regional nivå. Indikatormatrisen kommer att följas upp, utvärderas och återkopplas vart fjärde år.

Indikatormatrisen hittar [du här](#) eller via hemsidan www.norrbotten.se/fhs

Bilaga 2. Multivariata analyser av HLV

Hälsan i Norrbottens befolkning – en ”multivariat analys”.

I arbetet med att ta fram en ny folkhälsostراتيجية var en av utgångspunkterna att den skulle baseras på olika analyser av folkhälsan i länet men också hälsoläget i de olika kommunerna. I offentliga databaser som Kolada, Regionfakta, Folkhälsomyndigheten, SCB, Öppna Jämförelser, så finns åtskilliga indikatorer som mäter folkhälsan i Norrbottens län och i norrbottenskommuner och som är till stor nytta i olika beskrivande analyser. Dessa data har dock sina begränsningar eftersom de är aggregerade till olika grupp nivåer. Den vanligtvis mest finfördelade nivån man kan få fram är en indelning på kommun/kön/en hälsoindikator som innebär att vi kan se skillnader mellan män och kvinnor i en eller flera kommuner i en specifik indikator, exempelvis andelen med högt blodtryck. Den statistiska ”effekt” som framgår i en sådan tabell är från två faktorer, kön och var man bor. Ibland kan boendeort, kön och ålders betydelse för en hälsoindikator framgå. Om vi vill se effekten eller vilken påverkan som flera faktorer har samtidigt, tex kön, ålder, utbildningsnivå, inkomst, levnadsvanor, var man bor m.m, måste man ha tillgång till data på individnivå. Detta innebär att vi har en databas i vilken enskilda individer ingår och till vilken nämnda egenskaper (eller variabler) kan knytas. Detta innebär att *förutom att kunna beskriva effekten av faktorerna tillsammans, också kan belysa vilken enskild faktor som betyder mer eller mindre i förhållande till de andra faktorerna som man prövar samtidigt*. Detta kan kallas en ”multivariat analys” av kvantitativa eller statistiska data. Man kan likna förfaringssättet med ”intersektionell analys” som vanligtvis görs med kvalitativa data (tex intervjuer, biografier, språkanalys) inom exempelvis genusforskning.

Denna typ av analyser innebär att man måste använda andra statistiska verktyg än korstabeller och procentjämförelser som gör det möjligt att pröva flera faktorer samtidigt. I föreliggande analys kommer data från HLV-undersökningen 2014 för Norrbottens län som innehåller data på individnivå för ca 10 000 norrbottningar i åldern 16-84 år att användas för att beskriva samband mellan flera olika faktorer som antas vara av betydelse för människors hälsa och utsatthet för hälsorisker. Nämnda datamaterial har också viktats av SCB för att kompensera för över och underrepresentation, den analys och beräkningar som presenteras nedan utgår från denna viktning vilket innebär att data representerar ca 201 000 norrbottningar.

Analysmodell – hälsa och påverkande faktorer

I föreliggande analys av hälsan i befolkningen är syftet att belysa olika faktorer som kan tänkas påverka hälsan. Analysen tar utgångspunkt i det teoretiska perspektiv som diskuterats i ett tidigare avsnitt och där människors sociala position och tillgång på resurser påverkar deras livssituation, levnadssätt och slutligen hälsa. Hälsa operationaliseras eller mäts med variabeln ” Hur bedömer du ditt allmänna hälsotillstånd?” där svarsalternativen ”bra” och ”mycket bra” bildar den kategori som betraktas ha en god självskattad hälsa. Bland män anger 69,6 procent att de har en god hälsa och bland kvinnor är motsvarande andel 67,6 procent. Självuppskattad hälsa kan givetvis diskuteras i vilken mån den mäter faktiskt hälsa eftersom det inte är något objektiva mått. I denna analys har två index som omfattar olika psykiska respektive fysiska besvär och som respondenterna anger att de lider av jämförts med hur de uppfattar sitt hälsotillstånd. Närmare 77 procent av både män och kvinnor som anger sin hälsa som god eller mycket

god, anger att de inte har några fysiska eller psykiska hälsoproblem. Den återstående fjärdedelen som angav att de upplevde sitt hälsotillstånd som gott, hade framförallt rygg och nackproblem eller sömnsvårigheter. En tolkning av detta utfall är att en god subjektiv eller självuppskattad hälsa korrelerar tämligen starkt med den faktiska frånvaron av hälsoproblem. Faktorerna som antas påverka hälsan är består i denna analys av *kön, ålder, socioekonomisk grupp, medborgerlig bakgrund, ekonomisk situation, tillit till myndigheter, tillit till andra människor, närhet* (att ha någon att dela sina innersta känslor med), *socialt stöd* (att man kan få hjälp med exempelvis praktiska problem) och *levnadsvanor* (tobak, alkohol, intag av frukt och grönt samt motion). Tanken är att dessa faktorer eller variabler tillsammans är indikatorer för vilka sociala, kulturella och ekonomiska resurser som Norrbottens befolkning har och som påverkar hälsan.

Några av dessa faktorer behöver beskrivas utifrån vilka antaganden som gjorts om vad respektive faktor förväntas mäta. Kön, ålder, socioekonomisk grupp samt medborgerlig bakgrund utgör indikatorer på vilken social position som invånarna i Norrbotten har, och från vilken de bedömer sin hälsa. Variabeln *socioekonomisk grupp* utgår från den s.k SEI-klassificeringen där befolkningen delas in i olika grupper beroende på vilket yrke de har eller har haft. Dessa yrken är sorterade utifrån vilken utbildning som normalt krävs för att kunna arbeta inom det. De grupper som används i denna analys är ”ej yrkesutbildade arbetare”, dvs yrken som inte kräver en specifik yrkesutbildning, exempelvis städare. Den andra gruppen består av ”yrkesutbildade arbetaryrken” som utgörs av yrken som kräver en yrkesutbildning, exempelvis elektriker och undersköterska. Gruppen ”lägre tjänstepersoner”, (exempelvis brandmän och personal med administrativa arbeten som inte kräver högskoleutbildning) har slagits samman med den gruppen yrkesutbildade arbetaryrken. Den tredje gruppen är ”tjänstepersoner på mellannivå” som består av yrken som kräver minst 3 år högskoleutbildning, exempel på yrken är sjuksköterska och gymnasielärare. Den fjärde gruppen är ”högre tjänstepersoner” som består av yrken som kräver mer än 3 års högskoleutbildning, exempel på yrken är läkare, advokat och ingenjör, ledande befattningar inom kommunala och statliga myndigheter.⁹⁸ Det finns givetvis också olika undergrupper i respektive huvudgrupp men i denna analys tillämpas nämnda huvudgrupper. Anledningen till att denna variabel har valts är att en rad olika studier har visat på väsentliga skillnader mellan dessa grupper med avseende på levnadsförhållanden (inkomster, arbetsförhållanden, boendeförhållanden, levnadsvanor etc) som påverkar deras hälsa. *Ekonomisk situation* mäts med den sk. kontantmarginalen som består av frågan ”Om du plötsligt skulle hamna i en oförutsedd situation, där du på en vecka måste skaffa fram 15 000 kronor, skulle du klara det?”. Bland män anger 84 procent att de har kontantmarginal och bland kvinnor är andelen 80 procent.

Variablerna som mäter tillit, dels till andra människor och dels till myndigheter består av frågor i HLV-enkäten. Tilliten till myndigheter är 12 frågor där respondenterna ombetts att besvara i vilken utsträckning man har förtroende för olika kommunala och statliga myndigheter. Dessa frågor har sedan gjorts till ett index där alla som säger

⁹⁸ Ej yrkesutbildade arbetare utgör 21% av befolkningen, yrkesutbildade arbetare +lägre tjänstepersoner 32%, tjänstepersoner på mellannivå 18 % och högre tjänstepersoner 9 %.

sig lita på minst 10 av de 12 myndigheterna definieras som att ha hög tillit. Cirka 50 procent bland män och 51 procent bland kvinnor uppger att de litar på myndigheter. När det gäller tillit till andra människor mäts den med frågan ”Tycker du att man i allmänhet kan lita på de flesta människor?” De som svarat ”ja” på frågan betraktas ha tillit till andra, 76 procent av männen anser sig ha tillit till andra människor och motsvarande andel är 77 procent bland kvinnor. *Närhet* utgår från frågan ”Har du någon du kan dela dina innersta känslor med och anförtra dig åt?” där 85 procent bland män och 90 procent av kvinnor anger att de har någon som de kan anförtra sig till.

Socialt stöd utgörs av frågan ”Kan du få hjälp av någon/några personer om du har praktiska problem eller är sjuk?” där 91 och 93 procent bland män respektive kvinnor säger sig ha socialt stöd. *Levnadsvanor* består av frågor som i vilken utsträckning man röker tobak (10 och 12 procent av män respektive kvinnor anger att de röker dagligen), dricker sig berusad (27 procent av männen dricker sig berusad minst en gång per månad, motsvarande andel bland kvinnor är 12 procent), äter frukt och grönt samt är fysiskt aktiv.

Resultat

I den analys som presenteras nedan tillämpas sk. logistiska regressionsanalyser som gör det möjligt att belysa vilka faktorer som har signifikanta effekter på den självskattade hälsan. I analysen *skattas sannolikheten för att ha en god självskattad hälsa*.⁹⁹ I analysen presenteras resultaten för tre olika åldersgrupper 18-29 år, 30-64 år och 65 år och äldre och motsvarar samma åldersgrupper som i den indikatorsmatris som presenterats tidigare i strategidokumentet. Syftet med denna redovisning är att belysa hur faktorer för hälsa påverkar i olika skeden av livet.

I tabllån nedan framgår hur olika faktorer (variabler) i befolkningen påverkar den självuppskattade hälsan.

Självuppskattad hälsa i Norrbotten 2014. Sannolikhet att betrakta den som god.

	18-29 år		30-64år		65+	
	B (log odds)	Exp(B) Oddskvot	B (log odds)	Exp(B) Oddskvot	B (log odds)	Exp(B) Oddskvot
Medborgerlig bakgrund, svensk refgrupp	-,334***	,716	-,332***	,718	,058es	1,060

⁹⁹ Logistisk regression används när man vill studera hur olika bakgrundsfaktorer påverkar sannolikheten för att en viss händelse skall inträffa eller tillstånd att infinna sig, i detta fall att ha en god självuppskattad hälsa vilket motsvarar en ”bivariat” variabel med värdena god hälsa respektive ej god hälsa. Resultaten presenteras som oddskvoter. En oddskvot är kvoten mellan två odds. Ett odds är i sin tur kvoten mellan sannolikheten för att en händelse skall inträffa/tillstånd och sannolikheten för att den inte skall inträffa/ej tillstånd.

Ett exempel; Låt oss säga 20 individer, 10 män och 10 kvinnor tillfrågas om de har god hälsa där 0 = inte god hälsa och 1 = god hälsa. För män är det 3 individer som inte har god hälsa och 7 som har god hälsa. Bland kvinnor är det 7 individer som inte har god hälsa och 3 som har god hälsa. Då blir sannolikheten för män p(god hälsa) = 7/10 = 0,70 och q(inte god hälsa) = 3/10 = 0,3. Motsvarande för kvinnor blir p(god hälsa) = 3/10 = 0,3 och q(inte inte god hälsa) = 7/10 = 0,7. Odds för att männen skall ha god hälsa är förhållandet mellan sannolikheterna = 0,7/ 0,3 = 2,3333. Motsvarande odds för kvinnor är 0,3/ 0,7 = 0,4286. Odds för att ha god hälsa är för män jämfört med kvinnor 2,3333 /0,4286 = 5,4444 (Oddskvoten). Odds att män har god hälsa är 5,4444 gånger större än för kvinnor.

NORRBOTTENS FOLHÄLSOPOLITISKA RÅD
20 DECEMBER 2017

Regioner, Fyrkanten ref.grupp						
Malmfälten	,062es	1,064	,132***	1,141	-,093***	,912
Östra Norrbotten	,616***	1,851	-,158***	,854	-,163***	,850
Inlandskommuner	,179**	1,196	-,018es	,982	-,050es	,952
Kön, Man ref.gr	,187***	1,205	,173**	1,189	-,077**	,926
Social kategori, Ej klassificerbara ref.grupp						
Arbetare, ej yrkesutbildad	,609***	1,839	-,283***	,753	-,337***	,714
Arbetare yrkesutbildade+lägre tjänstepersoner	,430***	1,537	-,049es	,952	-,073*	,929
Tjänstepersoner på mellannivå	1,105***	3,020	,023es	1,023	,031es	1,031
Högre tjänstepersoner	1,375***	3,956	,332***	1,394	,412***	1,510
Kontantmarginal, har ej marginal ref.grupp	,427***	1,533	,934***	2,544	,469***	1,598
Tillit till institutioner, låg/ingen tillit ref.grupp	,162***	1,176	-,074es	,929	,309***	1,362
Tillit till andra människor, saknar tillit ref.grupp	,022es	1,022	,100***	1,105	,032es	1,033
Närhet till annan, saknar ref.grupp	,889***	2,432	,308***	1,360	,337***	1,400
Socialt stöd, saknar ref.grupp	1,119***	3,063	,730***	2,075	,744***	2,105
Röker ej tobak daglig rökning ref.gr	,613***	1,845	-,001es	,999	,005es	1,005
Alkohol, sällan/aldrig berusad berusad minst en gång/månad ref.gr	,291***	1,338	,026es	1,026	-,004es	,996
Intag frukt och grönsaker sällan/aldrig ref.gr.						
Dagligt intag	,097*	1,102	,394***	1,483	,306***	1,359
Flera ggr/vecka	-,074es	,929	,171***	1,186	,181***	1,199
Motion på fritiden stillasittande fritid ref.gr						
Måttlig	,438***	1,550	,351***	1,421	1,329***	3,776
Måttlig och regelbunden	1,056***	2,876	1,061***	2,890	1,801***	6,059
Regelbunden	1,033***	2,809	1,698***	5,462	2,408***	11,116
Konstant	-1,266		-1,800		-2,906	
Nagelgerke, pseudo r ²	,213		,206		,208	
N=201798						

P= *,05 / **,01 / ***,001 es=ej signifikant

När det gäller åldersgruppen 18-29 år så framgår att personer som inte har svensk bakgrund i mindre utsträckning anger att de har en god självuppskattad hälsa, oddset är ca 28 procent mindre för dem jämfört med de som har svensk bakgrund. Detta mönster finns också i åldersgruppen 30-64 år medan skillnaderna avseende hälsa och medborgerlig bakgrund inte finns i den äldsta åldersgruppen. Den sammanlagda bilden visar dock att personer med utländsk bakgrund upplever sig ha sämre hälsa. Kontrollerar man detta utfall mot faktiska hälsoproblem som nämnts ovan framgår att personer med utländsk bakgrund oftare anger hälsoproblem.

Det finns också regionala skillnader där personer i östra Norrbotten och Inlandskommuner oftare skattar sin hälsa som god jämfört med personer i Fyrkanten och Malmfälten i den yngre (18-29 år) åldersgruppen. Detta mönster är dock annorlunda i de äldre åldersgrupperna där personer i åldersintervallet 30-64 år i Fyrkanten och Malmfälten har en större

sannolikhet att betrakta sin hälsa som god jämfört med Inlandskommuner och i Östra Norrbotten. I den äldsta åldersgruppen är sannolikheten störst att personer i Fyrkanten bedömer sin hälsa som god. Det mönster som framträder är således att ju äldre personer blir i Norrbotten desto sannolikare är det att man upplever sin hälsa som god inom fyrkantenområdet jämfört med övriga länet. Möjligen beror detta på att åldersstrukturen inom respektive åldersgrupp är olika i respektive geografiskt område, dvs i fyrkantenområdet är de allra äldstas andel mindre i den äldsta åldersgruppen jämfört med andra geografiska områdena. Kontrollerar man för ålder i respektive åldersgrupp framgår att ålder har en stor betydelse för hur man bedömer sin hälsa, särskilt i den äldsta åldersgruppen.

När det gäller män och kvinnor så är sannolikheten större att män i det två yngre åldersgrupperna bedömer sin hälsa som god. Detta mönster är dock annorlunda i den äldsta åldersgruppen där kvinnor har en större sannolikhet att bedöma sin hälsa som god. Sannolikt motsvarar detta mönster resultat som framkommit i flera vetenskapliga studier där kvinnor oftare har en sämre hälsa som relaterar till levnadsomständigheter som inbegriper både yrkesliv, karriär och ett föräldraskap där man tar ett större ansvar än sin partner.

Socioekonomisk grupp har ett distinkt mönster där högre tjänstepersoner har störst sannolikhet att bedöma sin hälsa som god i samtliga åldersgrupper. I den yngsta ålderskategorin (18-29 år) har samtliga kategorier en större sannolikhet att ange en god hälsa jämfört med referenskategorin som består av de som inte hade ett yrke (ffa studerande, arbetslösa), eller inte besvarat frågan och därför inte kunde kategoriseras. I de äldre åldersgrupperna har detta förändrats så att personer med arbetaryrken har mindre sannolikhet att bedöma sin hälsa som god. Möjligen avspeglar detta hur olika levnadsomständigheter med avseende på påfrestningar i ett livslång arbetsliv, ekonomiska resurser och möjligheter till återhämtning långsiktigt påverkar hälsan. Kontrollerar man detta utfall för självskattad hälsa med de tidigare nämnda fysiska och psykiska hälsoindexen så anger personer med arbetaryrken i de bägge äldre åldersgrupperna fler hälsobesvär jämfört med personer i högre tjänstemannayrken.

Att ha en kontantmarginal ökar sannolikheten att man bedömer sin hälsa som god i samtliga åldersgrupper, den har störst betydelse i åldersgruppen 30-63 år. Detta kan tolkas som att ha rimliga ekonomiska resurser är en hälsostärkande faktor och avspeglar betydelsen av att inte behöva vända på varje krona för att klara sin ekonomi. I olika studier av ekonomisk ojämlikhet har man konstaterat att knappa ekonomiska villkor leder till både psykisk och fysisk ohälsa. Kontantmarginalen har störst effekt i åldersgruppen 30-64 år vilket är en period i livet där en stor andel av befolkningen också har ett försörjningsansvar för andra än sig själva, exempelvis hushåll med barn. Möjligen kan det vara så att ett försörjningsansvar förstärker betydelsen av tillgång till en kontantmarginal.

Då vi riktar uppmärksamheten på de faktorer som kan sägas spegla befolkningens sociala kapital eller resurser framgår att tillit till andra människor endast har marginella effekter i åldersgruppen 30-64 år, medan tillit till myndigheter ökar sannolikheten för att bedöma sin hälsa som god i den yngsta och äldsta åldersgruppen. Att tilliten till andra människor inte har någon statistiskt signifikant betydelse för den självskattade hälsan kan uppfattas som uppseendeväckande eftersom man i olika databaser finner stöd för att tillit till andra människor leder till god hälsa. I Norrbotten anger

72 procent av de som anger att man kan lita på folk i allmänhet anger också att de har god hälsa, motsvarande andel bland dem som anger att de inte litar på folk är 59 procent. Det ”bivariata” sambandet är tydligt, men då vi tar hänsyn till effekten av andra faktorer som prövats i modellen ovan försvinner den effekten eftersom andra faktorer är viktigare.

Detta leder över till de faktorer som anknyter till människors sociala nätverk, närhet och socialt stöd. Bägge faktorerna har en signifikant och påtaglig betydelse för sannolikheten att bedöma sin hälsa som god. Detta innebär att nära relationer och möjligheter att få stöd och hjälp av andra är viktigare som friskfaktorer jämfört med att lita på folk i allmänhet. En tolkning är att socialt kapital byggs i nära relationer med familj, släkt och vänner vilket i sin förlängning också bygger tillit till andra människor. Socialt stöd och närhet betyder mest i den yngsta och äldsta åldersgruppen vilket sannolikt speglar livsfaser när man har ett större behov av olika stöd.

Vänder man uppmärksamheten till de faktorer som motsvarar levnadsvanor framgår att användning av alkohol och tobak har signifikanta effekter i åldersgruppen 18-29 år. De som sällan dricker sig berusade har större sannolikhet att bedöma sin hälsa som god jämfört med de som dricker sig berusade minst en gång per månad. Tobaksrökning visar på ett likartat mönster där de som inte röker säger sig ha en bättre hälsa än de som röker dagligen. Det kan tyckas vara uppseendeväckande att dessa faktorer inte har någon effekt i de äldre åldersgrupperna eftersom att användningen av alkohol och tobak bevisligen leder till sämre hälsa, exempelvis högt blodtryck, hjärt- och kärlsjukdomar, fetma etc. Detta beror sannolikt på flera omständigheter. Skillnaderna i upplevd hälsa är mindre mellan rökare och icke-rökare i de äldre åldersgrupperna. Kontrollerar man detta mot faktiska hälsobesvär (fysiskt hälsoindex, se ovan) i dessa åldersgrupper för rökning så framgår att de som röker har fler fysiska hälsobesvär. Resultatet är ovan beror delvis på att i den äldre åldersgruppen finns en större andel som bedömer sin hälsa som god trots att man har ”objektiva” hälsoproblem. I kombination av att andra faktorer som har större effekt så försvinner effekten av rökning.

Kost och motion påverkar den självupplevda hälsan i alla åldersgrupper framförallt i de två äldre. Dagligt intag av frukt och grönt ökar sannolikheten att bedöma sin hälsa som god och ju mer fysiskt aktiv man är desto större sannolikhet för att bedöma sin hälsa som god. I åldersgruppen med personer som är äldre än 64 år är motion den faktor som har absolut störst effekt i hela analysen avseende att bedöma sin hälsa god. Möjligen har det med adaptiva preferenser att göra vilket innebär att man bedömer sin hälsa utifrån olika referensgrupper som man jämför sig med. I detta fall andra äldre personer som inte har samma fysiska förmåga vilket i sin tur stärker den egna självbilden som relativt frisk. Kontrollerar man utfallet i den äldsta åldersgruppen mot fysiskt hälsoindex framgår att de som rör sig regelbundet har färre hälsobesvär. Utan tvekan så är fysisk aktivitet en friskfaktor som i synnerhet i den äldsta åldersgruppen stärker en självupplevd hälsa.

Bäst och sämst självupplevd hälsa

I tablan nedan redovisas exempel utfall från analysen ovan när vi tar hänsyn till samtliga faktorer i modellen. Detta görs genom att beräkna

NORRBOTTENS FOLHÄLSOPOLITISKA RÅD
20 DECEMBER 2017

sannolikheten¹⁰⁰ för att bedöma sin hälsa som god. Beräkningarna görs där faktorer (olika egenskaper i respektive faktor) som leder till minst respektive högst sannolikhet att uppfatta sin hälsa som god.

Sannolikhet att uppfatta sin hälsa som god:

Åldersgrupp	Faktorer
18-29 år <u>Minst</u> sannolikhet att ange sin hälsa som god	Utländsk bakgrund/Fyrkanten/Kvinna/Inget yrke/ingen kontantmarginal/ej tillit andra/ej tillit myndigheter/ej närhet/ej socialt stöd/daglig rökning/berusad minst en gång i månaden/stillasittande fritid/äter sällan frukt och grönt. Sannolikhet: 17 procent
18-29 år <u>Störst</u> sannolikhet att ange sin hälsa som god	Svensk bakgrund/Östra Norrbotten/Man/Högre tjänsteman/har kontantmarginal/har tillit till andra/har tillit till myndigheter/har stöd/har närhet/ej rökare/sällan aldrig berusad/dagligt intag frukt och grönt/regelbunden motion Sannolikhet: 87 procent
30-64 år <u>Minst</u> sannolikhet att ange sin hälsa som god	Utländsk bakgrund/Östra Norrbotten/Kvinna/Ej yrkesutbildad arbetare/ingen kontantmarginal/ ej tillit andra/ej tillit myndigheter/ej närhet/ej socialt stöd/daglig rökning/berusad minst en gång i månaden/stillasittande fritid/äter sällan frukt och grönt. Sannolikhet: 12 procent
30-64 år <u>Störst</u> sannolikhet att ange sin hälsa som god	Svensk bakgrund/Malmfälten/Man/Högre tjänsteman/har kontantmarginal/har tillit till andra/har tillit till myndigheter/har stöd/har närhet/ej rökare/sällan aldrig berusad/dagligt intag frukt och grönt/regelbunden motion. Sannolikhet: 92 procent
65 år och äldre <u>Minst</u> sannolikhet att ange sin hälsa som god	Medborgerlig bakgrund ej signifikant/Östra Norrbotten/Man/Ej yrkesutbildad arbetare/ingen kontantmarginal/ ej tillit andra/ej tillit myndigheter/ej närhet/ej socialt stöd/daglig rökning/berusad minst en gång i månaden/stillasittande fritid/äter sällan frukt och grönt. Sannolikhet: 4 procent
65 år och äldre <u>Störst</u> sannolikhet att ange sin hälsa som god	Medborgerlig bakgrund ej signifikant/Fyrkanten/Kvinna/Högre tjänsteman/ har kontantmarginal/har tillit till andra/har tillit till myndigheter/har stöd/har närhet/ej rökare/sällan aldrig berusad/dagligt intag frukt och grönt/regelbunden motion Sannolikhet: 89 procent

Av tablan framgår ytterligheterna i respektive åldersgrupp med avseende på att bedöma sin hälsa som god när hänsyn tas till samtliga faktorer i modellen. Störst sannolikhet att bedöma sin hälsa som god finns i åldersgruppen 30-64 år och minst sannolikhet i den äldsta åldersgruppen. Enskilda faktorer kan påverka sannolikheten ganska ordentligt, exempelvis i åldersgruppen 30-64 år och vi istället tar en person som har en stillasittande fritid så minskar sannolikheten att bedöma sin hälsa som god med 13 procent. I samtliga åldersgrupper går det således att beräkna sannolikheten med hänsyn till vilka egenskaper vi väljer att ge individerna i respektive faktor och i sin förlängning vilka frisk eller riskgrupper vi kan identifiera i befolkningen.

¹⁰⁰ Ekvationen för att beräkna ”logiten” – och för att sen få fram den faktiska sannolikheten är enligt följande:

I tabellen ovan framgår att koefficienterna i den första kolumnen för respektive åldersgrupp som anger det logaritmerade värdet av oddsets förändring. Själva logiten ($\ln p/1-p$) redovisas alltså inte, vad tabellen visar är hur de oberoende variablerna (risk/friskfaktorerna) påverkar logaritmerade odds. Logiten (z) beräknas enligt formeln; $z = \ln(\text{oddsutfall}) = \ln(\text{sannolikhet utfall/sannolikhet motsatt utfall}) = \ln(\text{sannolikhet utfall}/[1 + \text{sannolikhet utfall}]) = b_0 + b_1X_1 + b_2X_2 + \dots + b_kX_k$.

Sammanfattande diskussion

Syftet med denna analys har varit att belysa hur olika faktorer i befolkningen i Norrbotten påverka den självskattade hälsan. Man kan givetvis diskutera i vilken mån som självskattad hälsa mäter faktisk hälsa eftersom den inte har en perfekt korrelation till vilka faktiska hälsobesvär som anges av respondenterna i undersökningen. Sannolikt mäts också någon form av välbefinnande som inte direkt anknyter till fysisk och psykisk hälsa. En tolkning kan vara att ett sådant välbefinnande kompenserar för faktiska hälsobesvär som därför inte upplevs som särskilt problematiska i och med att man betraktar sin hälsa som god. Att arbeta med insatser som leder till ökat välbefinnande i befolkningen skulle i så fall kunna beskrivas som att stärka friskfaktorer bland invånare i Norrbotten.

Några faktorer visade sig ha större betydelse än andra för den självuppskattade hälsan. Dessa var medborgerlig bakgrund, socioekonomisk grupp, genus, tillgång till socialt stöd och nära relationer samt i vilken mån man är fysiskt aktiv. Detta kan tolkas som att såväl människors sociala position och de livsvillkor som kan knytas till den är av betydelse för hälsan. Människors olika sociala nätverk har också en stor betydelse för den självupplevda hälsan likväl som deras levnadsvanor. Om man skall relatera resultaten till en folkhälsost strategi så innebär det att man måste skapa förutsättningar för att arbeta med breda insatser på en samhällelig nivå men också kanske mer riktade insatser mot särskilt sårbara grupper. En av förutsättningarna för att kunna göra detta är fortsatt datainsamling med olika hälsoindikatorer och fördjupade och uppföljande analyser.

Bilaga 3.
**Rapport: Hälsa, levnadsvanor och social miljö i
Norrbotten**

En rapport om hälsa, levnadsvanor och social miljön i Norrbotten ur ett jämlikhetsperspektiv (2016). [Här hittar du rapporten.](#) Rapporten kan också hittas via hemsidan www.norrbotten.se/fhs

Bilaga 4. Regionala strategier, program och planer

I denna sammanställning finns strategier, program och planer från olika sakområden som bidrar till en bättre och mer jämlik och jämställd folkhälsa i Norrbotten.

Översikten är tänkt som en hjälp i arbetet med att se över vilka insatser som en kommun eller organisation kan satsa på och som svarar mot ett sakområde, samtidigt som den bidrar till en positiv utveckling av folkhälsan.

Agenda 2030

Bostadsanalys – och uppdrag att främja tillgång på bostäder

Digitaliseringsstrategi

Handlingsplan för jämställd regional tillväxt

Handlingsplaner för CEMR-arbetet

Idrott hela livet – idrottens plan för folkhälsoarbetet i Norrbotten

Klimat- och energistrategi för Norrbottens län

Kulturplan

Länstransportplan

Minoritetspolitisk strategi

Nationell strategi för ett utvecklat föräldrastöd – En vinst för alla

Nationell strategi för hållbar regional tillväxt

Nationell strategi för integrering av romer

Nationell strategi för skolans digitalisering

Nationell strategi mot mäns våld mot kvinnor och hedersrelaterat våld och förtryck

Nationell strategi mot våldsbejakande extremism

Nationell strategi om framtidens idrott 2025

Nationella planen för transportsystemet

Norrbottens kulturmiljöprogram

Nära mat – Norrbottens livsmedelsstrategi

Plan för Norrbottens kompetensförsörjning

Regeringens tio mål för friluftslivspolitik

Regeringens strategi för det nationella arbetet med mänskliga rättigheter

Regional handlingsplan för integration och tillväxt

Regional handlingsplan för landsbygdsprogrammet

Regional utvecklingsstrategi för Norrbotten (RUS:en)

Smart industri – ny industrialiseringsstrategi för Sverige

Strategi för jämställdhet i Norrbotten 2018-2023

Strategi för kulturmiljöbidragets användning

Strategi för psykisk hälsa

Tillsammans mot brott – ett nationellt brottsförebyggande program

Bilaga 5. Sakgranskning

De organisationer och aktörer som NFR har haft dialog med i framtagningen av strategin erbjöds möjlighet att lämna synpunkter på innehållet under sakgranskningsrundan 2 okt- 30 nov 2017.

Arjeplogs kommun	Sverigefinska riksförbundet
Arvidsjaurs kommun	Met Nuoret
Älvsbyn kommun	STR-T
Bodens kommun	Tillgänglighetsrådet Norrbotten
Gällivare kommun	Rättighetscentrum Norrbotten, SENSUS
Haparanda kommun	Afghanska kulturföreningen i Norr
Jokkmokks kommun	Piteå Noor
Kalix kommun	Arbetsförmedlingen, Norrbotten
Kiruna kommun	Försäkringskassan, Norrbotten
Luleå kommun	Migrationsverket, Norrbotten
Pajala kommun	Skatteverket, Norrbotten
Piteå kommun	Kronofogden, Norrbotten
Övertorneå kommun	Lantmäteriet, Norrbotten
Överkalix kommun	Skogsstyrelsen, Norrbotten
Region Norrbotten	Trafikverket, Norrbotten
Norrbottens Kommuner	Bergsstaten, Norrbotten
Länsstyrelsen i Norrbottens län	Försvaret, Norrbotten
Luleå tekniska universitet	Kriminalvården, Norrbotten
Social ekonomi övre Norrland (SEÖN)	Kustbevakningen, Norrbotten
Företagarna Norrbotten	Polisen, Norrbotten
SSAB	Tillväxtverket, Norrbotten
LKAB	Åklagarmyndigheten, Norrbotten
Teknikföretagen, region Norr	Swedavia, Norrbotten
SPF Seniorerna, Norrbotten	Migrationsverket, Norrbotten
PRO Norrbotten	Tullverket, Norrbotten
Saminuorra	Pensionsmyndigheten, Norrbotten
SSR	
RFSL, Norrbotten	
Sametinget	
Romanikvinnans rätt i samhället	

Bilaga 6. Gästskribenter

Norrbottnens folkhälsopolitiska råd vill tacka följande personer för deras medverkan med att faktagranska och/eller bistå med textunderlag.

Anita Lindfors, utvecklingsstrateg regional utveckling, Norrbottens Kommuner

Annica Henriksson, samverkansledare utbildning och arbetsmarknad, Norrbottens Kommuner

Annika Nordstrand, enhetschef folkhälsocentrum, Region Norrbotten

Barbro Müller, folkhälsosstrateg, Luleå kommun

Catharina Gustafsson, folkhälsosstrateg, Gällivare kommun

Cecilia Björklund, lektor fil.dr arbetsterapi, Luleå tekniska universitet

Erik Nilsson, folkhälsosamordnare, Övertorneå kommun

Kristina Nilsson, professor arkitektur, Luleå tekniska universitet

Lars Sandström, samverkansledare arbetsmarknad, Norrbottens Kommuner

Lena Abrahamsson, professor arbetsvetenskap, Luleå tekniska universitet

Linda Moestam, sakkunnig jämställdhet, Region Norrbotten

Lisa Lindström, utvecklingsledare Vård i nära relation, Länsstyrelsen i Norrbottens län

Malin Stenman, handläggare jämställdhet, Länsstyrelsen i Norrbottens län

Margareta Eriksson, Folkhälsosstrateg, med dr fysioterapi, Region Norrbotten

Marja-Leena Komulainen, samordnare e-hälsa, Norrbottens Kommuner

Mats Jakobsson, universitetslektor arbetsvetenskap, Luleå tekniska universitet

Mats Lindell, strateg regional utveckling, Länsstyrelsen i Norrbottens län

Peter Waara, kommunalråd Haparanda samt professor i utbildningsvetenskap, Uppsala universitet

Sarianne Wiklund, lektor fil.dr fysioterapi, Luleå tekniska universitet

Sofia Reinholdt, analytiker, Region Norrbotten

Ulrika Larsson, koordinator jämställdhetsintegrering, Norrbottens Kommuner

Victoria Bystedt, samordnare för Norrbottens friluftsliv, Länsstyrelsen i Norrbottens län

Ylva Löwenborg, ordförande SEÖN

Åsa Rosendahl, statistiker folkhälsocentrum, Region Norrbotten