



# **Hälsopolitiskt program för Åland 2010-2020**

## Innehållsförteckning

Förord.....	3
1. Inledning .....	4
2. Varför behövs ett hälsopolitiskt program för Åland .....	5
3. Utgångspunkter .....	6
Ottawadeklarationen .....	6
Hälsofrämjande inriktning .....	6
Livscykeln har en nyckelposition .....	6
Tvärsektoriell verksamhet och delaktighet .....	7
Hälsa i all politik .....	7
Värdegrund.....	7
Hälsans bestämningsfaktorer (determinanter) .....	7
Styrdokument.....	8
Internationella .....	8
Nationella.....	9
Åländska.....	9
4. Hälsoläget på Åland.....	10
Ett jämförande nordiskt perspektiv .....	10
Hälsoläget enligt åldersgrupp.....	12
Barn och ungdomar .....	12
Situationen på Åland och i resten av landet.....	14
Den arbetsföra och äldre befolkningen .....	16
5. Hälsomålen för Åland .....	19
Delmål.....	19
Gemensamt mål för hela befolkningen .....	19
Barn och unga .....	19
Den arbetsföra befolkningen .....	20
De äldre.....	20
Uppföljning och utvärdering .....	21
6. Hur ska programmet genomföras? .....	22
7. Exempel på insatser och arbetssätt.....	24
Barn och unga .....	24
Den arbetsföra befolkningen.....	24
Den äldre befolkningen.....	25
Referenser .....	26
Bilagor.....	29
Bilaga 1: Ordlista .....	29
Bilaga 2: WHO:s hälsopolitiska strategi - Hälsa 21 .....	31
Bilaga 3: Målen i Hälsa 2015.....	33
Bilaga 4: Förslag på mätbara indikatorer för målen .....	34

## **Förord**

Uppgörandet av ett hälsopolitiskt program ingår i landskapsregeringens handlingsprogram under den löpande mandatperioden. För arbetets utförande, insamling och bearbetning av fakta, anställdes på projektbasis PD Fredrica Nyqvist från samhälls- och vårdvetenskapliga fakulteten vid Åbo Akademi. En referensgrupp bestående av landskapsregeringsledamot Katrin Sjögren, hälsovårdsinspektör Eivor Nikander och landskapsläkare Birger Ch Sandell har bistått utredaren. Det föreliggande förslaget till ett hälsopolitiskt program för landskapet Åland kommer att sändas ut på remiss till aktörer inom ett brett spektrum. Avsikten är att programmet skall utgöra en grund för åtgärder och vidare utredningar en förbättrad folkhälsa till fromma.

## 1. Inledning

År 1989 gav landskapsstyrelsen en hälsopolitisk redogörelse till Ålands landsting. Avsikten var att "på basen av det föreliggande materialet och utgående från den allmänpolitiska debatten i Ålands landsting utarbeta ett hälsovårdspolitiskt program för landskapet, där målsättningarna är politiskt förankrade, planering och budgetering är resultatnriktade och där uppföljning och utvärdering av vissa nyckelresultat skall redovisas för kommande planering". Fokus i dokumentet var riktat på hälso- och sjukvårdssektorn trots att man relativt omfattande redovisade WHO:s projekt Hälsa för alla år 2000 och dess regionala och nationella målsättningar omsatta i ett åländskt perspektiv.

De följande årens hälsopolitiska debatt kom också av naturliga skäl koncentreras på den sedermera genomförda organisationsreformen som år 1994 resulterade i dagens Ålands hälso- och sjukvård. Sedan dess har olika aspekter av den åländska folkhälsan belysts i många utredningar och rapporter och en viss hälsovårdspolitisk diskussion har återspeglats i de årliga hälso- och sjukvårdsplanerna.

Det föreliggande förslaget till ett hälsopolitiskt program är det första i sitt slag. Det sätter inte hälso- sjukvårdssektorn i centrum utan strävar att främja befolkningens hälsa genom att via tillgängliga fakta föreslå och motivera insatser och åtgärder som på ett eller annat sätt berör alla samhällssektorer.

## 2. Varför behövs ett hälsopolitiskt program för Åland

Hälsotillståndet hos den åländska befolkningen är förhållandevis gott. Medellivslängden är hög och hälsoläget hos den arbetsföra befolkningen är relativt gott jämfört med resten av landet (1). Den nationella forskningen visar emellertid att ohälsan har ökat speciellt bland de yngre och att hälsan är ojämnt fördelad mellan olika befolkningsgrupper såsom mellan män och kvinnor, lågutbildade och högutbildade (2).

Det finns brister på specifikt åländsk hälsodata och resultat från undersökningar i riket kan inte automatiskt appliceras på den åländska befolkningen. Undersökningarna *Hälsa i skolan 2009* samt *Hälsa i skolan i yrkesläroanstalter 2009* visar emellertid att många åländska skolungdomar lider av psykosomatiska symptom, dricker alkohol och motionerar för lite enligt hälsorekommendationerna (3, 4). Arbetsoförmåga som beror på psykisk ohälsa har ökat starkt i hela landet och tendensen är densamma på Åland (5). Dessa exempel antyder att hälsan på Åland fördelar sig ojämnt och att det finns möjligheter att förbättra hälsan för olika grupper i samhället.

Det är en grundläggande rättighet för varje människa att uppnå högsta möjliga hälsa efter sina egna individuella förutsättningar (6). Hälsa utgör en av de viktigaste resurserna för att människan ska kunna uppnå sina livsmål och utgör en central del av livskvaliteten och välbefinnandet. En frisk befolkning är dessutom en viktig förutsättning för ekonomisk, social och mänsklig utveckling och att satsa på hälsan är därigenom en god investering för framtiden. Hur hälsan fördelar sig hos befolkningen påverkas av en rad olika bestämningsfaktorer (7). En del är mycket svåra att göra något åt såsom ärftliga faktorer medan andra kan påverkas genom kollektiva beslut såsom exempelvis arbetsmiljö och trafikmiljö.

Det hälsopolitiska programmet för Åland fokuserar i första hand på att främja hälsan hos den åländska befolkningen framom hälso- och sjukvård och hälsoskydd. Målet är att skapa förutsättningar för god hälsa för hela befolkningen. Det är även viktigt att utveckla det förebyggande arbetet. Att främja hälsa och förebygga ohälsa är en kostnadseffektiv verksamhet jämfört med att behandla och vårda sjuka människor. Att främja hälsa och förebygga ohälsa är ett arbete som berör många olika sektorer och det krävs samarbete för att uppnå goda resultat. I det hälsopolitiska programmet för Åland dras linjerna upp för hälsopolitiken i ett perspektiv på 10 år (2010-2020).

Programmet svarar på följande frågor:

- Vilka är de centrala utgångspunkterna för det åländska hälsopolitiska programmet?
- Hur är hälsoläget på Åland?
- Vilka är hälsomålen för Åland och vilka är prioriteringarna?
- Hur ska programmet genomföras?
- Hur ska delmålen mätas?

I slutet av dokumentet finns kortfattade exempel på insatser och arbetssätt för programmets målsättningar.

### 3. Utgångspunkter

#### *Ottawadeklarationen*

Världshälsoorganisationen (WHO) beskriver i policydokumentet Ottawadeklarationen från år 1986 att hälsa ska ”betraktas som en resurs i det dagliga livet, inte som livets mål. Hälsa är ett positivt begrepp som betonar sociala och personliga resurser såväl som fysisk kapacitet” (8). Hälsa ses med andra ord som en resurs för en handlande människa och en förutsättning för mänskligt liv och social utveckling. I Ottawadeklarationen dras även riktlinjerna upp för det internationella hälsofrämjande arbetet. Det hälsofrämjande arbetet definieras som en verksamhet inriktad på att stärka människans kontroll över sin egen hälsa. Hälsofrämjande strategier bör vara inriktade på att stärka grupper i befolkningen, skapa stödjande miljöer och förmedla kunskap och information i hälsofrågor.

#### *Hälsofrämjande inriktning*

Det åländska hälsopolitiska programmet inriktar sig särskilt på främjande av hälsa och inte i lika hög grad på hälso- och sjukvårdstjänsterna. Ohälsa, motsatsen till hälsa, skulle kunna definieras som då personen mår så dåligt att det påverkar funktionsförmågan och övrig livssituation, oavsett om man ”objektivt” sett är sjuk eller inte. Förebyggande åtgärder är inriktade på att förebygga ohälsa och att hindra eller motverka sjukdom. Det förebyggande folkhälsoarbetet utgår ofta från riskbeteende, riskgrupper och riskfaktorer. Båda aspekterna, att främja hälsa och att förebygga ohälsa innebär långsiktigt arbete. Såväl den nationella som internationella hälsopolitiken lyfter i allt större utsträckning fram den hälsofrämjande inriktningen. Det hälsofrämjande arbetet ska stärka det friska och stödjande faktorer som bidrar till att bibehålla och utveckla hälsan. Målet för det hälsofrämjande arbetet är att individen ska välja en hälsosam livsstil genom exempelvis kunskap och insikt.

En hälsofrämjande inriktning innebär att programmet fokuserar på:

- hälsa snarare än sjukdom och ohälsa
- egenmakt (empowerment): hjälpa människor att tillägna sig de färdigheter och det självförtroende de behöver för att ta mer kontroll över sin egen hälsa
- hälsa som ett flerdimensionellt begrepp: att psykiska, sociala, emotionella, andliga och sexuella behov är lika viktiga som fysiska

#### *Livscykeln har en nyckelposition*

Det åländska programmet beaktar att hälsa är en resurs som skapas genom en ständigt skiftande process i vardagen och i samspelet mellan individen och omgivningen. Hälsan kan påverkas under hela livet vilket innebär att hela livscykeln beaktats i uppgörande av hälsomålen. Livet innehåller viktiga övergångsperioder (t.ex. från daghem till skola, från grundskola till högre utbildning, inträde i arbetslivet, familjebildning, pension) och dessa

förändringar kan påverka hälsan. I uppgörande av handlingsplaner för hälsomålen bör särskild uppmärksamhet läggas vid olika kritiska övergångsperioder i livet.

### ***Tvärsektoriell verksamhet och delaktighet***

Delaktighet och samverkan är en nyckelprocess för hälsa och välbefinnande. Samverkan mellan olika samhällssektorer är väsentligt för att uppnå hälsomålen och för utvecklingen av handlingsprogram. Det hälsofrämjande arbetet är förknippat med delaktighet och medverkan från allmänheten. Hälsofrämjande insatser måste vara relaterade till den åländska befolkningens uppfattningar och prioriteringar.

### ***Hälsa i all politik***

Med ”Hälsa i all politik” avses att man i allt beslutsfattande och verkställande borde fundera över hälsoeffekterna av dessa beslut och hur de påverkar olika människogrupperns möjligheter att leva hälsosamt (9). Hälspolitikens mål är att påverka medborgarnas hälsa. Men även andra sektorer inom politiken kan bidra till att främja hälsopolitikens målsättningar (t ex trafik, jordbruk, miljö). Hälsofrämjande verksamhet kräver politiskt stöd och samarbete över sektorgränserna.

### ***Värdegrund***

WHO fastslår i världshälsodeklarationen från år 1998 att åtnjutande av hälsa är en grundläggande rättighet för varje människa (6). Vidare konstateras att jämlikhet, solidaritet och ett genusperspektiv ska vägleda alla hälsostrategier. God hälsa är grundläggande för social och ekonomisk utveckling och i arbetet med att förbättra befolkningens hälsa bör fokus bör ligga på dem med de största behoven.

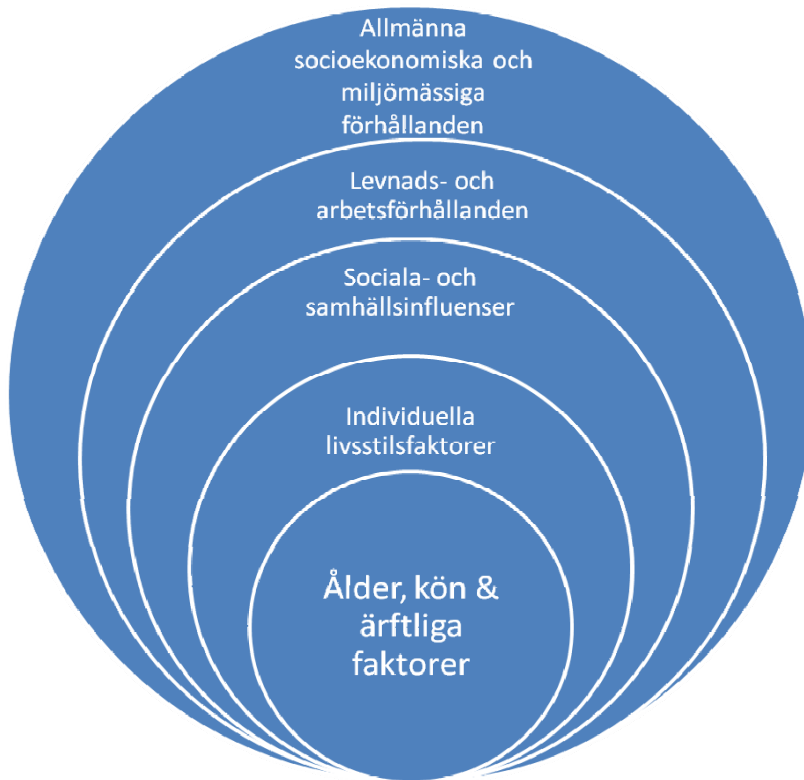
### ***Hälsans bestämningsfaktorer (determinanter)***

Hälsoskillnader och hälsoklyftor är ett resultat av skillnader i människors allmänna sociala och ekonomiska förutsättningar. Dessa förutsättningar kan definieras som socioekonomiska bestämningsfaktorer för hälsa. De viktigaste bestämningsfaktorerna för hälsa presenteras i figur 1 (7).

Figuren visar att människans hälsa påverkas grundläggande av ålder, kön och arv. Därefter är det livsstilsfaktorer såsom rökning, kostvanor, motion, alkohol och sexuella vanor som påverkar hälsan. Därpå är det individens familj och närmaste omgivning som kan stärka hälsan respektive ohälsa. Efter detta kommer levnadsvillkor och arbetsförhållanden. I den här gruppen ingår jordbruk och livsmedelsproduktion, utbildning, arbetsmiljö, arbetslöshet, vatten och avlopp, hälso- och sjukvård samt bostäder. Slutligen påverkas individen av generella socioekonomiska, kulturella och miljörelaterade faktorer. Den här gruppen innefattar exempelvis graden av jämlikhet i samhället, relationer mellan könen och graden av social stabilitet. Modellen är inte heltäckande, men åskådliggör att hälsans bestämningsfaktorer finns inom många verksamhetsområden och att hälsosektorn inte

ensam kan garantera en större jämlikhet i hälsa. För en mer jämlik hälsa krävs ett engagemang och samarbete mellan ett brett antal aktörer.

Bestämningsfaktorerna för hälsan skiftar och har olika betydelse genom livet. Barn och ungdomar, unga vuxna, den arbetsföra befolkningen och äldre har alla sina specifika problem och möjligheter.



Figur 1. Modell för bestämningsskikt för hälsa (7).

## ***Styrdokument***

### **Internationella**

*Hälsa 21* är WHO:s Europaregions strategi för Hälsa för alla på 2000-talet (se bilaga 2) (10). I programmet presenteras 21 områden som bör stå i fokus för det nationella och internationella folkhälsoarbetet. Områdena är indelade i sex olika block:

- säkerställa jämlikhet i hälsa genom solidariskt handlande (mål 1-2)
- bättre hälsa för alla i Europaregionen (mål 3-5)
- förebygga och kontrollera sjukdom och skador (mål 6-9)
- multisektoriella strategier för att skapa en hållbar folkhälsa (mål 10-14)



- en hälsosektor som producerar hälsa (mål 15-18)
- politik och mekanismer för att genomföra förändringar (mål 19-21)

EU:s strategi *Tillsammans för hälsa*, antagen 2007, fokuserar på fyra grundläggande principer (11):

- gemensamma värderingar, t.ex. allmängiltighet, hög grad av medborgerligt deltagande samt minskad ojämlikhet
- sambandet mellan god folkhälsa, ekonomisk produktivitet och välstånd
- hälsofrågor bör integreras i alla politikområden
- EU bör lägga större vikt vid det globala samarbetet för hälsa

## Nationella

Linjerna för den finska nationella hälsopolitiken dras upp i folkhälsoprogrammet *Hälsa 2015* (12). *Hälsa 2015* är ett samarbetsprogram som strävar efter att stöda och främja hälsa inom alla samhällets sektorer och inte enbart via hälso- och sjukvårdstjänsterna. I programmet läggs större vikt vid främjande av hälsan jämfört med tidigare program. I programmet har man ställt upp åtta omfattande och konkreta mål för folkhälsoarbetet (se bilaga 3). Det finska programmet baseras på WHO:s internationella program Hälsa för alla.

De övergripande målen för Finlands regerings *politikprogram för hälsofrämjande* är ett bättre hälsotillstånd för befolkningen och minskade hälsoskillnader mellan olika befolkningsgrupper (13). Det fyra år långa programmet, som inleddes år 2007, vill förstärka och komplettera det utvecklingsarbetet som utförs över sektorgränserna. Tankesättet ”hälsa i alla politikområden” styr programmet.

Den nationella planen för *mentalvårds- och missbruksarbete* ger uttryck för de centrala framtida prioriteringarna och principerna för mentalvårds- och missbruksarbetet till år 2015 (14). Planen består av 18 riktlinjer på hur arbetet för psykisk hälsa och mot missbruk kan utvecklas. Utgångspunkten är att psykiska problem och missbruk har stor betydelse för folkhälsan. I planen strävar man efter att stärka mental- och missbrukarklientens ställning, att främja psykisk hälsa och att förebygga missbruk av alkohol och andra droger samt att förebygga skadeverkningar. Man lyfter speciellt fram öppenvård och basservice i utvecklingen av vården.

## Åländska

Mål och strategier som påverkar hälsan finns i åländska planer och politiska program. Till aktuella och pågående programarbeten hör: planen för socialvården 2009-2013, alkohol- och narkotikapolitiskt program år 2007-2011, målprogram jämte handlingsplan för handikappolitiken i landskapet Åland, handlingsplan för det åländska jämställdhetsarbetet 2008 med konkreta åtgärder, aktiviteter och projekt, den årliga planen för hälso- och sjukvården samt regeringens handlingsprogram (15-20). De olika dokumenten ska komplettera varandra. Det innebär även att vissa viktiga målområden sett ur ett hälsoperspektiv återfinns i andra program där de behandlas mera ingående.

## 4. Hälsoläget på Åland

Kunskap om befolkningens hälsa är en väsentlig del av hälsopolitiken. På Åland har tre folkhälsorapporter om den åländska folkhälsan publicerats (1, 21, 22). Förutom folkhälsorapporterna har det bland annat i Åländsk utredningsserie och i Institutets för hälsa och välfärds regi (tidigare Stakes) publicerats artiklar och rapporter med folkhälsoanknytning (t ex 3, 4, 23-26). Åsub ger årligen ut Statistisk årsbok för Åland som innehåller folkhälsorelaterad information (27). Nordisk Medicinalstatistisk Komitténs, NOMESKO, publikationer om hälsostatistik i de nordiska länderna möjliggör en jämförelse av hälsoläget mellan de nordiska länderna (28).

### *Ett jämförande nordiskt perspektiv*

Tabell 1. Variabler med folkhälsoanknytning - en jämförelse mellan Åland, Finland, Sverige, Norge, Danmark och Island\*.

	Åland	Finland	Sverige	Norge	Danmark	Island
Förväntad medellivslängd i år vid födsel, män 2007	78,1	75,8	78,9	78,2	75,9	79,4
Förväntad medellivslängd i år vid födsel, kvinnor 2007	83,7	82,8	83	82,7	80,5	82,9
Daglig rökning 2007, män (%)	-	26	13	22	28	21
Daglig rökning 2007, kvinnor (%)	-	17	15	22	23	18
Övervikt (BMI>30) män och kvinnor (över 15 år)	-	14,9	10,2	9	11,4	20,1
<b>Dödsfall per 100 000 invånare</b>						
Alkoholrelaterad dödlighet, män	28,9	65,1	9,7	11,7	46,7	6,3
Alkoholrelaterad dödlighet, kvinnor	7,4	17,1	3	3,5	15,8	0,0
Själv mord, män	18,2	28,9	17,6	16,8	17,5	18,9
Själv mord, kvinnor	5,9	9	7,1	6	6,5	4,6
Trafikolyckor, män	15,2	11,5	8,1	7,3	8,6	10,7
Trafikolyckor, kvinnor	3	4,1	2,9	3	3,4	0,7
Olycksfall, män	56,2	78,9	39,3	51,7	36,5	25,8
Olycksfall, kvinnor	22,2	34,5	19	25,6	29,7	11,1
<b>Antal nya cancerfall per 1 000 000 invånare, åldersstandardiserat</b>						
Prostatacancer, män	3189**	1990	1822	2094	1224	1888
Tjocktarm, ändtarm, män	605**	565	643	797	880	698
Tjocktarm, ändtarm, kvinnor	520**	379	522	654	668	472
Lung, män	588**	700	341	703	847	623
Lung kvinnor	244**	202	288	431	628	536
Bröst, kvinnor	1 251**	1 367	1 360	1 130	1 382	1436

\*Uppgifterna i huvudsak för år 2007, men årtalen varierar något mellan länderna. För Ålands del uträknas vanligen ett medeltal för de senaste 5 åren (2003-2007). Se rapporten för närmare beskrivning av indikatorerna.

\*\*medeltal för åren 2002-2006.

Referens: NOMESKO, 2009

Statistiken visar att medellivslängden på Åland är högst i Norden bland kvinnor. Medellivslängden för åländska män är högre jämfört med Finland och Danmark men lägre än i Sverige, Norge och på Island. Tabellen visar även på brister på specifikt åländsk data relaterade till folkhälsa. Det saknas aktuella uppgifter om hälsoriskfaktorer såsom rökning och övervikt hos den vuxna befolkningen. Den vanligaste dödsorsaken bland finska män och kvinnor i arbetsför ålder är alkoholrelaterad. I jämförelse med resten av Finland har Åland det minsta antalet dödsfall orsakade av alkoholrelaterade sjukdomar (29). Dödsfall på grund av olycksfall bland män är rätt hög i ett jämförande nordiskt perspektiv. Dödsfall pga. av trafikolyckor och självmord tenderar att vara könsbunden och på Åland, liksom i resten av Norden, är det männen som har högre dödlighet.

Tabell 1 visar att förekomsten av cancer (prostata, tjocktarm, ändtarm, lung, bröst) är vanligare på Åland jämfört med hela landet. Ett undantag utgör lungcancer för män där antalet nya fall på Åland är lägre jämfört med hela landet. Tabell 2 visar att dödligheten i cancer för män är generellt sett högre på Åland (ett undantag är t ex lungcancer). Den vanligaste cancerformen som drabbar män är prostatacancer där Åland har det klart högsta antalet nya fall i ett nordiskt jämförande perspektiv. Antalet nya fall som upptäcks har ett starkt samband med omfattningen av PSA-test som diagnostik.

Statistiken för män i tabell 2 visar att dödligheten i prostatacancer är högre på Åland jämfört med hela landet. I medeltal dör årligen åtta män i prostatacancer på Åland. Bröstcancer är den vanligaste formen av cancer hos kvinnor och Åland toppar statistiken marginellt jämfört med övriga nordiska länder när det gäller nya cancerfall (Tabell 1). Tabell 3 visar att dödligheten i bröstcancer är lägre på Åland jämfört med hela landet och årligen dör i medeltal fyra kvinnor i bröstcancer. Antal nya cancerfall i tjock- och ändtarmen är flera på Åland jämfört med Finland, men lägre jämfört med de nordiska grannländerna. Dödligheten när det gäller cancer i tjock- och ändtarmen är likaså något högre på Åland både för män och kvinnor. Patienter med lungcancer har hög dödlighet och tabellerna 2 och 3 visar att dödligheten i lungcancer är klart högre för män jämfört med kvinnor, vilket avspeglar rökvanorna i samhället: män röker mer än kvinnor.

Tabell 2. Dödlighet i cancer 2003-2007, per 100 000, enligt primärlokalisering, män.

	Åland	Hela landet
Alla cancerformer (C00-96)	140	118
Prostata (C61)	22,5	15,1
Tjocktarm, ändtarm (C18-21)	11,1	10,9
Lunga, luftstrupe (C33-34)	25,4	29,7

Källa: Finlands Cancerregister

Tabell 3. Dödlighet i cancer 2003-2007, per 100 000, enligt primärlokalisering, kvinnor.

	Åland	Hela landet
Alla cancerformer (C00-96)	80,7	77,3
Bröst (C50)	9,3	14,7
Tjocktarm, ändtarm (C18-21)	8,7	7,2
Lunga, luftstrupe (C33-34)	12,8	8,5

Källa: Finlands Cancerregister

Antalet nya cancerfall har fördubblats de senaste 40 åren medan dödligheten i cancer har sjunkit (30). Ökningen beror på faktorer som ökad befolkning, ökat antal äldre personer samt förbättrade möjligheter att ställa diagnos. Att dödligheten har sjunkit hör bland annat ihop med att vården har förbättrat möjligheterna till tidig diagnos. De effektivaste sätten att minska antalet som insjuknar i cancer är en förbättring av kostvanor samt en minskning av övervikt och fetma. När det gäller förekomsten av prostata- och bröstcancer har hormonella faktorer dessutom en betydelse. Eftersom rökning är den helt dominerande riskfaktorn för att insjukna i lungcancer är det klart effektivaste sättet att minska antalet personer som insjuknar att få färre att börja röka och fler att sluta röka.

## ***Hälsoläget enligt åldersgrupp***

### ***Barn och ungdomar***

Med rapporten *Barns och ungdomars hälsa på Åland* (2010) sammanfattar man tidigare forskning och ger en helhetsbild om hälsosituationen för barn och ungdomar på Åland (31). I rapporten lyfter man fram folkhälsoriskerna såsom rökning, alkoholkonsumtion, drogbruk, kost- och motionsvanor. I beskrivningen av sjukdomsbilden på Åland lyfter man särskilt fram psykiska problem, aborter och könssjukdomar. I rapporten konstateras att antalet ungdomsaborter på Åland är något högre än i hela landet men betydligt lägre än i Sverige. År 2008 var antalet ungdomsaborter i åldern 15-19 år på Åland 18,1, i Finland 12,7 och i Sverige 24,4 per 1000 kvinnor i motsvarande ålder. Mellan åren 2004-2006 ökade antalet klamydiafall på Åland men har minskat de senaste åren. År 2008 rapporterades sammanlagt 11 fall jämfört med 32 år 2005 i åldersgruppen 15-19 år.

Statistiken gällande hälsoriskfaktorerna och psykiska problem baseras på enkätundersökningen *Hälsa i skolan* (3,4). Undersökningen har genomförts av Stakes/ Institutet för hälsa och välfärd (THL) under åren 2001, 2003, 2005, 2007 och 2009 i årskurserna 8 och 9. Ålands lyceum har deltagit i undersökningarna åren 2003, 2005, 2007 och 2009. År 2009 genomfördes undersökningen för första gången även vid yrkesläroanstalter på Åland. Undersökningen i årskurserna 8 och 9 samt i Ålands lyceum visar på flera positiva trender och resultat:

Hos grundskoleeleverna:

- rökning bland föräldrarna minskade
- skolans fysiska arbetsförhållanden förbättrades
- eleverna upplevde att de blir bättre hörda i skolan
- mobbingen i skolan minskade

- den dagliga tröttheten minskade
- rökningen minskade

Hos gymnasieeleverna:

- rökning bland föräldrarna minskade
- problemen i skolans arbetsklimat minskade
- bristen på hjälp i skolgången och studierna minskade
- ingen av eleverna mobbades i skolan
- inte en enda uppgav att de inte alls tyckte om att gå i skolan
- symtom (t ex smärtor i nacke/axlar, ont i magen, spänning eller nervositet, irritation) varje dag och varje vecka minskade
- det blev vanligare att eleverna motionerade tillräckligt
- rökningen minskade
- berusningsdrickandet minskade
- prövning av droger minskade
- kunskap om sexuell hälsa förbättrades
- det blev lättare att få tid till skolhälsovårdarens mottagning

Trots flera positiva förändringar visar rapporten även på ett antal områden med negativ utveckling:

Hos grundskoleeleverna:

- föräldrarna visste sämre var barnen tillbringar veckoslutskvällarna
- olycksfallen i skolan ökade
- smärtor i nacke och axlar samt huvudvärk varje vecka ökade fortsättningsvis något (vanligare bland flickor)
- depression blev vanligare (vanligare bland flickor)
- skoltrötthet blev vanligare (vanligare bland flickor)
- att vara uppe sent under skolkvällar blev vanligare
- hälsokunskapens teman intresserade något färre än tidigare (vanligare bland pojkar)
- möjligheten att få tid hos skolhälsovårdaren och skolläkaren blev något svårare (vanligare bland flickor)
- missnöjet med skolhälsovården ökade (vanligare bland flickor)

Hos gymnasieeleverna:

- föräldrarna visste sämre var barnen tillbringar veckoslutskvällarna
- skolans fysiska arbetsförhållanden har försämrats de senaste två åren (vanligare bland pojkar)
- övervikten har ökat under de senaste två åren
- depressionen blev vanligare (vanligare bland flickorna)
- det har blivit vanligare att försumma tandborstningen under de senaste två åren (vanligare bland pojkar)

Resultaten från enkäten *Hälsa i skolan* vid yrkesläroanstalter på Åland visar att hälsan, levnadsförhållanden, hälsovanor och hälsokunskapen hos elever i yrkesläroanstalter på Åland är sämre jämfört med jämnåriga gymnasieelever. Detta antyder att större uppmärksamhet borde läggas på främjandet av de yrkesstuderandenas hälsa och välfärd.

Generellt sett är det vanligare på Åland jämfört med genomsnittet i landet att eleverna upplever sin hälsa som medelmåttig eller dålig, att man har samtalssvårigheter med föräldrarna, studiesvårigheter (undantag flickor i gymnasiet), att inte motionera tillräckligt samt att sova för lite. Däremot är det mera sällsynt på Åland än genomsnittet att föräldrarna är arbetslösa, att det finns brister i läroanstaltens fysiska arbetsförhållanden samt att skolka från skolan.

## Situationen på Åland och i resten av landet

SOTKANet databasen som upprätthålls av Institutet för hälsa och välfärd innehåller statistik, register- och enkätuppgifter om bland annat utnyttjande av hälso- och sjukvård och befolkningens hälsovanor. Uppgifterna produceras av exempelvis Folkpensionsanstalten och Statistikcentralen. I följande tabell redovisas ett urval av indikatorer från SOTKANet databasen om barn och ungas hälsa och välfärd på Åland och i hela landet. Uppgifterna för åren 2008 och 2007 jämförs med situationen år 1998 för att se eventuella förändringar över en längre tid.

Tabell 4. Några välfärdsindikatorer på Åland och i hela landet bland barn och unga åren 1998, 2007 och 2008.

			1998	2007	2008
Trångbodda bostadshushåll med barn, % av alla bostadshushåll med barn	Åland	Totalt	30,9	26,4	26,6
	Hela landet	Totalt	38,2	30	29,3
Familjer med bara en förälder, % av barnfamiljerna	Åland	Totalt	18	20	19,7
	Hela landet	Totalt	18,7	20	20
Arbetslösa ungdomar, % av arbetskraften i åldrarna 15-24 år	Åland	Totalt	5,9	5,1	4,2
	Hela landet	Totalt	18,2	9	8,9
18-24-åriga mottagare av utkomststöd, % av befolkningen i samma ålder	Åland	Totalt	6	6	
		Pojkar	5,9	5,7	
		Flickor	6,1	6,3	
	Hela landet	Totalt	20,7	12,4	
		Flickor	21,5	13,2	

Källa: SOTKANet

Tabellen visar att åländska barn och unga har det bättre eller lika bra jämfört med resten av landet gällande de välfärdsindikatorer som redovisas här. Trångboddheten (om det i bostaden bor fler personer än en per rum), arbetslösheten och mottagare av utkomststöd är lägre på Åland.

I tabell 5 framgår att det är något lägre procentuell andel på Åland – särskilt i den yngre åldersgruppen – som lider av någon sjukdom som kräver långvarig medicinering

Tabell 5. Rätt till specialersättningsgilla mediciner på Åland och i hela landet i åldersgruppen 0-15-år samt 16-24 åren 1998, 2007 och 2008.

			1998	2007	2008
0-15-åringar med rätt till specialersättningsgilla läkemedel, % av befolkningen i samma åldrar	Åland	Totalt	3,2	3	2,9
		Pojkar	3,5	3,4	3,4
		Flickor	2,9	2,6	2,2
	Hela landet	Totalt	3,9	3,8	4,2
		Pojkar	4,5	4,4	4,8
		Flickor	3,2	3,2	3,6
16-24-åringar med rätt till specialersättningsgilla läkemedel, % av befolkningen i samma åldrar	Åland	Totalt	4,9	4,3	4,6
		Pojkar	3,7	4,8	5
		Flickor	6,3	3,8	4,1
	Hela landet	Totalt	4,6	5,4	5,5
		Pojkar	4,4	5,3	5,4
		Flickor	4,9	5,5	5,7

Källa: SOTKANet

I tabell 6 ser vi att det är fler unga patienter på Åland som vårdats på sjukhus på grund av skador och förgiftningar, berusningsmedel samt för psykiska störningar jämfört med resten av landet. Huruvida det faktiskt är relativt fler barn och unga som är i behov av sjukhusvård på Åland eller om det handlar om olika vårdpraxis och resurser mellan Åland och resten av landet går inte att uttolka av de data som finns tillgängliga.

Tabell 6. Antal patienter i åldersgruppen 0-24 år som vårdats på sjukhus på Åland och i hela landet åren 1998, 2007 och 2008.

			1998	2007	2008
Patienter i åldrarna 0-15 år som vårdats på sjukhus på grund av skador och förgiftningar/ 1000 i samma åldrar					
Åland	Totalt		11,4	12,7	9,6
	Pojkar		11,3	12,9	10,5
	Flickor		11,6	12,4	8,7
Hela landet	Totalt		7,2	7,9	8
	Pojkar		8,8	9,5	9,6
	Flickor		5,6	6,3	6,3
Patienter i åldrarna 16-24 år som vårdats på sjukhus på grund av skador och förgiftningar/ 1000 i samma åldrar					
Åland	Totalt		18,7	17,1	15,5
	Pojkar		23,5	23,1	22,1
	Flickor		13,2	10,4	8
Hela landet	Totalt		14	13,4	13,2
	Pojkar		20,6	18,3	17,9
	Flickor		7,1	8,4	8,3
18-24-åringar som vårdats på sjukhus för psykiska störningar / 1000 i samma åldrar					
Åland	Totalt		2,5	15	18
	Pojkar		1	15,9	13,6
	Flickor		4,3	14,1	22,9
Hela landet	Totalt		9,1	8,3	8,5
	Pojkar		12,5	7,5	7,9
	Flickor		5,6	9,1	9,2
15-24-åringar som vårdats på sjukhus på grund av berusningsmedel / 1000 i samma åldrar					
Åland	Totalt		2,4	7,7	5,3
	Pojkar		1,3	8,9	5,7
	Flickor		3,7	6,4	4,9
Hela landet	Totalt		2,1	2,6	2,8
	Pojkar		2,5	2,7	2,7
	Flickor		1,7	2,5	2,8

Källa: SOTKANet

### ***Den arbetsföra och äldre befolkningen***

Motsvarande återkommande vetenskapliga studier som Institutet för hälsa och välfärd (THL) har utfört bland barn och ungdomar i grundskolan och gymnasiet på Åland saknas bland den arbetsföra och äldre befolkningen. Den självskattade hälsan, dvs. hur man



upplever sin egen hälsa studerades senast åren 1996-1998 bland 40-70-åriga ålänningar i tre åländska kommuner (32). Resultatet från den studien visade att ålänningarna i hög utsträckning upplever sig att ha en bra hälsa. Löntagare och egenföretagare upplevde sig ha en god hälsa medan arbetslösa i högre utsträckning upplevde hälsan som dålig. Ålänningarna rapporterade även låg förekomsten av depression. Depressionssymptomen ökade signifikant med ålder.

Hälsoriskfaktorer såsom tobaksrökning, alkohol- och narkotikabruk har undersökts tre gånger under de senaste 15-åren: 1996, 2001 och 2005 (26, 33, 34). De senaste undersökningarna har riktat sig till ålänningar i åldern 18-69 år. En positiv trend är att andelen regelbundna rökare och snusare har minskat. År 1996 var antalet 29 procent och år 2005 22 procent. Däremot fanns tendenser för en ökad alkoholkonsumtion och år 2005 uppskattade man att ålänningarna konsumerade totalt ca 8 liter ren alkohol per person. 5 procent uppgav att de använt cannabis någon gång vilket var något lägre jämfört med år 2001.

Eftersom Åland exkluderas i de regelbundna nationella hälsoundersökningarna måste man förlita sig på registeruppgifter från SOTKANet för att få en uppfattning om den vuxna befolkningens hälsa. Tre indikatorer används här för att beskriva hälsoläget hos den arbetsföra befolkningen: antal personer med rätt till specialersättningsgilla läkemedel, sjukdagpenning och invalidpension. Rätt till specialersättningsgilla läkemedel betyder att personen i fråga har någon allvarlig sjukdom som kräver långvarig medicinering och utgör en rätt så bra indikator för långvarig sjukdom. Sjukdagpenning betalas inte ut för frånvaro under tio dagar och indikatorn kan användas för nedsatt arbetsförmåga som blivit långvarig. Invalidpension indikerar långvarig eller permanent arbetsförmögenhet. De vanligaste sjukdomarna till invalidpension är depression och ryggsjukdomar. I tabellen redovisas även andelen som haft rätt till specialersättningsgilla mediciner för åldersgruppen 65 år och äldre.

Tabell 7. Hälsoläget på Åland bland den vuxna och äldre befolkningen år 1998, 2007 och 2008 enligt tre indikatorer.

		1998	2007	2008
Rätt till specialersättningsgilla mediciner (25-64 år) % av befolkningen i samma åldersgrupp	totalt	15,6	17,3	17,4
	män	14,1	15,6	16,0
	kvinnor	17,0	18,9	18,9
Rätt till specialersättningsgilla mediciner (65+) % av befolkningen i samma åldersgrupp	totalt	55,2	55,5	56,0
	män	53,5	55,6	56,1
	kvinnor	56,4	55,6	55,9
Mottagare av sjukdagpenning (25-64 år) per 1000 i samma åldersgrupp	totalt	111,8	117,4	114,7
	män	85,9	94,1	85,8
	kvinnor	137,9	140,6	143,4
Invalidpensionstagare (25-64 år) per % av befolkningen i samma åldersgrupp	totalt	6,0	5,5	5,4
	män	6,1	5,6	5,5
	kvinnor	5,9	5,3	5,3

Källa: SOTKANet

Tabellen visar att andelen invalidpensionstagare varit rätt konstant sedan 1998. Det finns tendenser för en svag neråtgående trend. Det finns inga stora skillnader mellan könen. Andelen invalidpensionstagare är lägre på Åland jämfört med övriga Finland där ca 9

procent av befolkningen i åldern 25-64 år fick invalidpension år 2008 jämfört med 5 procent på Åland.

Andelen personer med rätt till specialersättningsgilla mediciner har ökat något för både män och kvinnor i åldersgruppen 25-64 år. Här bör man notera att kvinnornas andel är högre jämfört med män. Samma tendenser mellan könen finns i övriga Finland men skillnaderna är inte lika markanta. Åland uppvisar även för denna indikator lägre siffror jämfört med övriga Finland vilket antyder att förekomsten av långvarig sjukdom är mindre på Åland. Tabellen visar att läkemedelskonsumtionen ökar med ålder och att skillnaderna mellan könen i åldersgruppen 65+ är små åtminstone beträffande statistiken för de senaste åren. De klart vanligaste läkemedlen som ger rätt till ersättning är antidepressiva läkemedel och skillnaderna mellan könen är stora. År 2008 beviljades 348 män i åldersgruppen 25-64 år ersättning för antidepressiva läkemedel. Motsvarande antal för kvinnor var 678.

Könsskillnaderna är markanta även när det gäller antalet mottagare av sjukdagpenning där andelen kvinnor är klart flera än män. Åland har haft högre andel mottagare av sjukdagpenning bland kvinnor för åren 2007 och 2008 jämfört med resten av landet. En vanlig orsak till sjukdagpenning är psykisk ohälsa. År 2008 mottog 108 män och 229 kvinnor sjukdagpenning på grund av psykisk ohälsa

#### **Sammanfattning:**

- enkäten *Hälsa i skolan* producerar viktig information om barns och ungas levnadssätt och vanor
- vissa centrala hälsouppgifter för den vuxna och äldre åländska befolkningen saknas
- medellivslängden är hög på Åland
- förekomsten av vissa cancerformer vanligare på Åland jämfört med de övriga nordiska länderna
- dödlighet i cancer för män högre på Åland jämfört med hela landet
- stora könsskillnader på Åland beträffande mottagare av sjukdagpenning och andelen som har rätt till specialersättningsgilla mediciner där kvinnor är klart fler än män

## 5. Hälsomålen för Åland

Det övergripande målet är att skapa förutsättningar för en god hälsa för hela befolkningen. Särskilt angeläget är det att hälsan förbättras för de grupper i samhället som är mest utsatta för ohälsa.

### *Delmål*

#### **Gemensamt mål för hela befolkningen**

##### *1. Skapa förutsättningar för hälsofrämjande levnadsvanor*

Goda levnadsvanor främjar hälsan. Med hälsofrämjande levnadsvanor menas här i första hand deltagande i kultur och social gemenskap, fysisk aktivitet, hälsosamma matvanor, minskat bruk av tobak, alkohol och narkotika, sunda spelvanor samt säker sexualitet. En hälsofrämjande livsstil stärker individens egenupplevda hälsa och förebygger flera sjukdomar såsom cancersjukdomar, kranskärslsjukdomar och psykisk ohälsa. Det är av stor vikt att det hälsofrämjande perspektivet lyfts i hälso- och sjukvårdens basarbete, inom t ex primärvården, barn- och mödrarådgivningen, tandvården, skolhälsovården, och företagshälsovården. Aktörer för arbete med levnadsvanor finns delvis utanför landskapsregeringens verksamhetsområde. Samarbete med föreningar och det privata näringslivet är därför en förutsättning för att nå framgång.

Prioriterade områden:

Rådgivningsbyråer, skolor, hälsocentraler och företagshälsovård får stöd för att främja sunda levnadsvanor hos individen  
Samverkan med tredje sektorn, föreningar och privata näringslivet för bättre levnadsvanor

#### **Barn och unga**

##### *2. Trygga barns och ungas hälsa och välfärd*

Det lönar sig att satsa på främjande av hälsa bland barn och unga eftersom grunden för hälsa och social välfärd skapas i barn- och ungdomsåren. Ett hälsofrämjande perspektiv hos barn och unga utgår från att stärka barn och ungdomar så att de kan hantera riskerna i livet och själva göra hälsosamma val. Föräldrarna är de viktigaste personerna i barnens liv och barnens hälsa och välfärd beror i första hand på föräldrarnas livssituation. Därför är det viktigt att föräldrarna får tillräckligt med tid och stöd för uppfostran och vård. En oroande utveckling är att besvär som oro och nedstämdhet, sömnbesvär och trötthet har ökat bland ungdomar i skolåldern och en satsning på att främja den psykiska hälsan hos barn och unga prioriteras. Barnkonventionen betonar att barns och ungdomars rätt till lek, utbildning,

information, inflytande och delaktighet är en förutsättning för deras hälsa och välbefinnande. Barn och ungdomar skall få komma till tals och få sina åsikter beaktade. Möjligheten till inflytande skall finnas såväl när det gäller egna personliga frågor som när det gäller något i samhället som berör dem.

Prioriterade områden:

Stödja föräldraskapet  
Främja barns psykiska hälsa – detta arbete ska i första hand ske i barnens och de ungas vardagsmiljö, såsom i hemmet, dagvården eller skolan.

## Den arbetsföra befolkningen

### 3. Främja välbefinnandet i arbetslivet

Arbetslivet berör i stort sett alla under en stor del av livet och har en central betydelse för hälsan. Arbetet är bland annat viktigt för människornas självbild och identitet och har därigenom positiva hälsomässiga konsekvenser. Det finns även negativa aspekter av arbetsmiljön som kan leda till olyckor och psykisk och fysisk ohälsa. En bra arbetsmiljö med väl fungerande arbetsvillkor minskar den arbetsrelaterade ohälsan och bidrar till en förbättrad folkhälsa. En god ledning och möjligheter att påverka sitt eget arbete främjar välbefinnandet i arbetet. Utgångspunkten är att kraven i arbetslivet måste balansera mot människors möjligheter att kunna fungera och må bra under ett helt arbetsliv. Arbetsliv skall kunna förenas med familjeliv och fritid på ett hälsofrämjande sätt. Psykiska problem och psykisk ohälsa är en betydande orsak till sjukfrånvaro på arbetsplatserna. För att främja välbefinnande i arbetslivet bör det finnas ett tydligt och fungerande arbetsmiljöarbete på alla nivåer där främjande av psykisk hälsa ingår som en naturlig del.

Prioriterade områden:

Utveckla användningen av arbetsmetoder som stärker gemenskapen och människors möjligheter till inflytande  
Skapa en trygg arbetsmiljö

## De äldre

### 4. Upprätthålla funktionsförmågan

En åldrande befolkning utgör en utmaning för det åländska samhället. Medellivslängden har ökat och de äldres andel (65+) av den åländska befolkningen ökar kraftigt fram till år 2030. År 2010 utgör denna grupp ca 18 procent av befolkningen och år 2030 ca 29 procent (27). Målet är att 90 procent av den åländska befolkningen som fyllt 75 år skall kunna bo kvar och leva självständigt i sitt hem och invanda boendemiljö (24). Det blir därigenom allt

viktigare att förebygga sjukdomar och främja funktionsförmågan samt rehabilitera äldre personer och stödja förutsättningarna för ett självständigt liv.

Det finns fyra områden som är särskilt viktiga för att upprätthålla de äldres hälsa och funktionsförmåga: röra på sig, äta bra mat, ha sociala kontakter samt känna sig behövd och ha meningsfull sysselsättning (35). Vid planering av aktiviteter och verksamhet riktat mot de äldre bör man komma ihåg att de äldre som grupp är heterogen och att det finns stora skillnader i psykisk och fysisk hälsa mellan olika åldersgrupper. De hälsofrämjande insatserna för dem i den så kallade tredje åldern – den relativt friska och aktiva tiden som ålderspensionär – ter sig annorlunda jämfört med dem som befinner sig i den s.k. fjärde åldern när man blivit beroende av andras hjälp för sitt dagliga liv. De äldres delaktighet och inflytande är viktiga grundprinciper i det hälsofrämjande arbetet och bör genomsyra verksamheten.

Prioriterade områden:

Utöka den rehabiliterande verksamheten Underlätta och stimulera äldres möjligheter till ett aktivt fysiskt, socialt och intellektuellt liv
---

## Uppföljning och utvärdering

*5. Att följa upp hälsa och välfärd bland ålämningarna samt åtgärder för att främja dessa*

Programmet följs upp genom mätbara mål och delmål. Vissa mål mäts rutinmässigt varje år, andra kräver särskilda undersökningar och mäts under programperioden. Vid uppföljning av resultat analyseras könsspecifik data. Hälsoskillnader mellan grupper med olika utbildningsnivå och högre och lägre inkomst analyseras när sådana data finns tillgängliga. Den nationella undersökningen *Hälsa i skolan* bidrar med omfattande kunskap om hälsoläget hos de åländska skoleleverna. Ett motsvarande nationellt samarbete bör inledas när det gäller kunskapsinsamling om den vuxna och äldre befolkningens hälsa.

Prioriterade områden:

Utveckla systematisk kunskapsinsamling och rapportering av hälsoläget på Åland Öka det nationella samarbetet Utvärdera hälsofrämjande åtgärder under programperioden
--

## 6. Hur ska programmet genomföras?

Att främja hälsan bygger på ett gemensamt ansvarstagande och samverkan mellan den offentliga sektorn, näringslivet och olika medborgarorganisationer samt den enskilda individen. **Delaktighet, medverkan** och **inflytande** är förknippat med det hälsofrämjande perspektivet och gäller oavsett kön, etnisk bakgrund, funktionsnedsättning, sexuell läggning eller ålder. Att vara delaktig och ha inflytande i samhället främjar känslan av att vara del av ett sammanhang vilket har visat sig ha en positiv betydelse för att klara av olika påfrestningar i livet (36). Delaktighet och medverkan ger stöd till individens eget val för att påverka den egna livssituationen och aktivitet i samhället. Ifall samhället skapar möjlighet för individerna att vara delaktiga och ha inflytande kan alla på ett positivt sätt bidra till utvecklingen av samhället. En särskild utmaning för det åländska samhället är att beakta det stadigt växande antalet invånare på Åland som är födda utanför landskapet. Olika insatser för att underlätta för invandrare att komma in i det åländska samhället är av stor betydelse.

**Landskapsregeringen** har till uppgift att erbjuda befolkningen jämlika möjligheter till välfärd och ett hälsosamt liv. En central strategi bakom det åländska hälsopolitiska programmet är att hälsa berör all politik. För att förbättra hälsan hos befolkningen krävs riktade åtgärder av olika slag och inom olika sektorer. Detta innebär man är medveten om att hälsan påverkas av beslut i andra sektorer än hälso- och sjukvården. Ett framgångsrikt samarbete mellan olika sektorer kräver en överrensommelse om arbetsfördelning och samordning av uppgifter. Hälsa i all politik kräver en värdering av hälsoeffekterna av olika förslag och beslut så att hälsa kontinuerligt beaktas vid utformningen av politik. Inom beslutsfattande och vid förverkligande av planer görs hälsoaspekterna synliga och arbetet med bedömningen av konsekvenser för människan utvecklas. Kunskapspridning, uppföljning och utvärdering är förutsättningar för att nå resultat.

Landskapsregeringens uppgift:

- Driva på och stödja genomförandet av det hälsopolitiska programmet
- Bygga upp tydliga strategier för det hälsofrämjande arbetet dvs. tydliggöra ansvarsfördelningen, samordningen och arbetsfördelningen för det hälsopolitiska programmet
- Kartlägga och rapportera om hälsotillståndet och hälsoutvecklingen
- Erbjuder hälsofrämjande kunskap genom konferenser, seminarier och utbildningar
- Bjuder in olika organisationer, föreningar, näringsliv och andra representanter till samverkan för olika former
- Öka medborgarnas möjligheter till inflytande över beslut som rör dem själva
- Utöka det nationella samarbetet särskilt när det gäller kunskapsinsamling om hälsa
- Utarbeta handlingsplaner för att uppnå de hälsopolitiska målen
- Följa upp och utvärdera programmets målsättningar

**Företag, näringsliv, föreningar och organisationer** spelar en viktig roll när det gäller att ge stöd, stärka gemenskapen och att utveckla nya verksamhetsformer för att främja hälsan (37). Det hälsopolitiska programmet är ett hjälpmedel vid planering och utformningen av den egna verksamheten.

**För de enskilda ålänningarna** lyfter programmet fram viktiga hälsofrågor och förhållanden som påverkar den egna hälsoutvecklingen och kan tjäna som en inspiration för vardagslivet. Att ta kontroll över den egna hälsan och förbättra den är centralt för att uppnå programmets målsättningar. Samhället stödjer och underlättar möjligheten för individen att göra hälsofrämjande val. Både samhället och individen har stort ansvar för hälsan.

## 7. Exempel på insatser och arbetssätt

( från Kvalitetsrekommendationer för främjande av hälsa (38))

### Barn och unga

- uppgörande, uppdatering och tillgodogörande av barn- och ungdomspolitiskt program
- ansvara för att kunskapen, resurserna och övriga verksamhetsförutsättningar bland personal som arbetar med barn, ungdomar och familjeenheter, är i enlighet med riksomfattande rekommendationer
- överenskomma om målsättningar och verksamhetspraxis för samarbete mellan dem som arbetar med barnfamiljer
- stärka den psykiska hälsan hos barn och ungdom samt barnens möjligheter att delta i olika beslut som rör dem; stöda interaktion i ett tidigt skede; speciell uppmärksamhet fästs vid barn till föräldrar med mentala problem
- stöda föräldraskap och parrelationer
- ta i bruk metoder för ingripande i ett tidigt skede; ansvar för kompletteringsutbildning för personalen inom social- och hälsovården
- ta i bruk metoder för främjande av hälsa (t ex. hembesök och förstärkning av resurser)
- strukturella faktorer som främjar hälsan, t.ex. trygga trafikarrangemang, rökfria platser där barn och unga vistas som på daghem, skolor och motionsplatser
- ett fungerande samarbete över sektorgränserna
- utvecklande av service för barn, unga och barnfamiljer i enlighet med riksomfattande direktiv: rekommendationer om mödravård (1999), linjedragningar för förskoleverksamhet (2002), barnrådgivningsguide (2005), guide för skolhälsovården (2004) och för studerandehälsovården (2006) (39-43)
- utvecklande av hälsokunskap som ett läroämne så att det stöder ungdomars kännedom om hälsa, förmågan att fatta beslut som främjar hälsa; ansvar för färdigheterna hos de lärare som undervisar i hälsokunskap att de har grundläggande kännedom om frågor som berör de ungas hälsa och främjandet av hälsa
- samarbete mellan primärhälsovården och specialistsjukvården samt överenskommelser om gemensamma vårdprinciper och program

### Den arbetsföra befolkningen

- i en hälsofrämjande arbetsmiljö är tydliga mål, dialogbaserat ledarskap med återkoppling till medarbetare, flexibla arbetstidslösningar och uppmärksamhet på risker för stress och överbelastning viktiga inslag
- planen för hälsovården täcker även åtgärderna för främjandet av arbetsplatshälsovården
- en satsning sker på utvecklandet av psykosociala arbetsförhållanden: man förebygger arbetsplatsmobbing och orättvisor på arbetsplatserna, man anpassar kraven i arbetet, utvecklar arbetstagarnas kompetens och organiseringen av arbetet
- främjar arbetshälsan genom att klarlägga målsättningarna i arbetet och genom att utveckla ledarskapet och förmansarbetet
- utvecklar arbetstagarnas kunskaper via utbildning
- utvecklar arbetsmiljön genom att förbättra ergonomin, arbetstryggheten, arbetsutrymmen och arbetsredskapen samt genom att avvärja hotet om fysiskt och psykiskt våld



- främjar invånarnas hälsa och funktionsförmåga genom att upprätthålla idrottsplatser genom att stöda arbetsplatsmotion, genom att ta i bruk motionsrecept vid företagshälsovården och hälsocentralerna och genom att ansvara för professionell rehabilitering
- stöder rökfria arbetsplatser

## **Den äldre befolkningen**

- uppgörande, uppdatering och tillgodogörande av ett äldrepolitiskt program
- minska fallskador hos de äldre genom åtgärder i hem och bostadsmiljöer, studiecirklar och fysisk träning i samverkan med pensionärsorganisationer samt genom översyn av mediciner
- med hjälp av förebyggande hembesök stöder och bedömer yrkesutbildade inom social- och hälsovården hur de äldre personerna klarar sig självständigt hemma, informerar om tjänster samt förutser behovet av individuell service
- öka kunskapen om hur man förebygger ohälsa och vårdbehov bland äldre
- öka hälsokompetensen hos personalen inom social- och hälsovården, beslutsfattarna och de äldre
- förmedla kunskap om att det aldrig är för sent att förbättra äldres hälsa
- involvera de äldre i det hälsofrämjande arbetet för att få deras synpunkter

## Referenser

1. Ålands landskapsstyrelse (2001). Åland: folkhälsorapport 2000. Åländsk utredningsserie 2001: 8.
2. Palosuo, H., Koskinen, S., Lahelma, E., Prättälä, R., m fl. (red.) (2007). Ojämlig hälsa i Finland. Förändringar i de socioekonomiska hälsoskillnaderna 1980-2005. Social- och hälsovårdsministeriets publikationer, 2007:23.
3. Luopa, P., Vilkki, S., Kinnunen, T., Jokela, J., Harju, H., Puusniekka, R., & Pietikäinen, M. (2009). Hälsa i skolan 2009: Situationen på Åland. Helsingfors: Institutet för hälsa och välfärd.
4. Luopa, P., Puusniekka, R., Harju, H., Kinnunen, T., Jokela, J., & Pietikäinen, M. (2009). Hälsa i yrkesläroanstalter 2009: Situationen på Åland. Helsingfors: Institutet för hälsa och välfärd.
5. Pirkkola, S., & Sohlman, B. (red.) (2005). Psykisk hälsa i Finland. Nyckeltal från Finland. Helsingfors: Stakes.
6. WHO, Världshälsodeklarationen 1998.
7. Dahlgren, G. & Whitehead, M (1991). Policies and strategies to promote social equity in health. Stockholm: Institute of Futures Studies.
8. WHO (1986). Ottawa Charter for Health Promotion. Köpenhamn: WHO.
9. Ståhl, T., Wismar, M., Ollila, E., Lahtinen, E., & Leppo, K. (eds.). 2006. Health in All Policies. Prospects and Potentials. Ministry of Social Affairs and Health, Finland.
10. WHO (1998). Hälsa 21- hälsa för alla på 2000-talet. En introduktion. Stockholm: Statens folkhälsoinstitut.
11. Vitbok. Tillsammans för hälsa: Strategi för EU: 2008-2013. {SEK(2007)1374} {SEK(2007) 1375} {SEK(2007) 1376}/\* KOM/2007/0630 slutlig \*/.
12. Social- och hälsovårdsministeriet 2001:5. Statsrådets principbeslut om folkhälsoprogrammet hälsa 2015. Helsingfors: Edita Abp.
13. Politikprogrammet för hälsofrämjande (2007). Regeringens politikprogram.
14. Social- och hälsovårdsministeriet, 2009:20. Plan för mentalvårds- och missbruksarbete. Helsingfors: Social- och hälsovårdsministeriet.
15. Ålands landskapsregering. Plan för socialvården 2009-2013.
16. Ålands landskapsregering. Alkohol- och narkotikapolitiskt program år 2007-2011 för landskapet Åland.
17. Målprogram jämte handlingsplan för handikappolitiken i landskapet Åland. Mariehamn 2005.

18. Ålands landskapsregering. Handlingsplan för det åländska jämställdhetsarbetet 2008 med konkreta åtgärder, aktiviteter och projekt.
19. Ålands hälso- och sjukvård. Plan för hälso- och sjukvården 2008.
20. Ålands lagting. Handlingsprogram för landskapsregeringen. Ledd av lantrådet Viveka Eriksson från 26.11.2007.
21. Rundberg-Mattsson, M., & Sandell, B. C. (1995). Åländsk folkhälsorapport 1995. Mariehamn: Ålands landskapsstyrelse.
22. Kroll, C. (1989). Hälsotillståndet på Åland: en utredning på basen av förefintlig statistik. Ålands landskapsstyrelse, social- och hälsovårdsavdelningen.
23. Ålands landskapsregering (2004). Kvinnohälsa på Åland. Åländsk utredningsserie 2004:3. Mariehamn: Ålands landskapsregering, social- och miljöavdelningen.
24. Ålands landskapsregering. (2005). Äldrevården på Åland. Åländsk utredningsserie 2005:4. Mariehamn: Ålands landskapsregering, social- och miljöavdelningen.
25. Palmqvist, S. (2005). Alkohol- och drogskadeförebyggande arbete inom Ålands hälso- och sjukvård. Åländsk utredningsserie 2005:2.
26. Lilja, J. & Jordas, S. (2006). Undersökning om ålänningarnas alkohol- och narkotikabruk 2005. Åländsk utredningsserie 2006:1.
27. ÅSUB (2008). Statistisk årsbok för Åland, 2008. Ålands statistik- och utredningsbyrå. Mariehamn.
28. NOMESCO (2009). Health statistics in the Nordic countries 2007. København: Nordisk Medicinalstatistisk Komité.
29. Ruuth, P., Virtanen, A., Virtanen, S., & Wahlfors, L. (2008). Alkohol och narkotika regionvis 2006. Helsinki: Stakes.
30. Pukkala, E., Sankila, R., & Rautalahti, M. (2006). Syöpä Suomessa. Suomen Syöpäyhdistyksen julkaisuja nro 71. Helsinki: Suomen syöpäyhdistys.
31. Ålands landskapsregering. (2010). Barns och ungdomars hälsa på Åland: en lägesrapport. Mariehamn: Social- och miljöavdelningen.
32. Lilja, J., Eriksson, M. & Bauer, M. (2000). Upplevd hälsa och depressionssymptom i tre åländska kommuner. Mariehamn: Ålands högskola.
33. Karlsson, T. (1995). Alkoholvanor på Åland. Åländsk utredningsserie 1995:16.
34. Jordas, S., & Lilja, J. (2002). Utvärdering av alkohol- och narkotikapolitiskt program för landskapet Åland 1996-2000. Åländsk utredningsserie 2002:1.
35. Nilsson, E., Nilsson, S., Räftegård Färggren, T., & Åkeson N. (2009). Det är aldrig försent! Förbättra äldres hälsa med möten, mat och aktivitet. Östersund: Statens folkhälsoinstitut.

36. Eriksson, M. (2007). Unravelling the Mystery of Salutogenesis. The Evidence Base of Salutogenic Research as Measured by Antonovsky's Sense of Coherence Scale. Helsinki: Folkhälsan research centre.
37. Nyqvist, F. (2009). Social capital and Health. Variations, Associations and Challenges. Åbo: Åbo Akademi.
38. Social- och hälsovårdsministeriet, 2008:16. Kvalitetsrekommendationer för främjande av hälsa. Helsingfors.
39. Stakes, 1999:34. Screening om samarbete inom mödravården. Helsingfors.
40. Social- och hälsovårdsministeriet, 2002:10. Statsrådets principbeslut om riksomfattande linjedragningar för förskoleverksamheten. Helsingfors.
41. Social- och hälsovårdsministeriet, 2005:12. Barnrådgivningen som stöd för barnfamiljer. Handbok för personalen. Helsingfors.
42. Social- och hälsovårdsministeriet, 2004:9. Kvalitetsrekommendationer för skolhälsovården. Helsingfors.
43. Social och hälsovårdsministeriet, 2006:13. Handbok för studerandehälsovården. Helsingfors.
44. Janlert, U. (2000). Folkhälsovetenskapligt lexikon. Stockholm: Natur och kultur.

Statistiska källor:

Finlands cancerregister. Hämtad från <http://www.cancerregistry.fi/sve/>

SOTKANet. Hämtad från <http://uusi.sotkanet.fi/portal/page/portal/etusivu>

# Bilagor

## Bilaga 1: Ordlista

Definitioner markerade med \* är hämtade från Folkhälsovetenskapligt lexikon (44).

*Bedömning av konsekvenser för människan:* innebär en förhandsbedömning av hurdana konsekvenser planer, program eller beslut kommer att ha på människornas hälsa och välmåga. Bedömningen av konsekvenser för människan innehåller såväl en bedömning av de sociala effekterna (SKB) som hälsoeffekterna (HKB). Vid bedömningen granskas olika verksamhets- och lösningsalternativ och deras eventuella positiva och negativa effekter. (<http://info.stakes.fi/iva/SV/index.htm>)

*Folkhälsa:* uttryck för befolkningens hälsotillstånd, som tar hänsyn till såväl nivå som fördelning av hälsan. En god folkhälsa handlar således inte bara om att hälsan bör vara så bra som möjligt, den bör också vara så jämnt fördelad som möjligt.\*

*Hälsa enligt WHO:s definition (1948):* ”hälsa ett tillstånd av fullständigt fysiskt, psykiskt och socialt välbefinnande och inte enbart frånvaro av sjukdom eller svaghet”.

*Hälsofrämjande enligt WHO:s definition (1998):* hälsofrämjande arbete (health promotion) är en process som ger människor möjligheten att öka kontrollen över och förbättra sin hälsa. Hälsofrämjande arbete är en omfattande social och politisk process som inte endast omfattar handlingar för att stärka enskilda individers färdigheter och förmåga, men som också omfattar handlingar för att förändra sociala, miljömässiga och ekonomiska villkor för att avvärja verkan på befolkningens och enskilda individers hälsa. Hälsofrämjande arbete är den process som ger människor möjlighet att öka kontrollen över bestämningsfaktorerna för hälsa för att därigenom förbättra sin hälsa.

*Hälsoindikator:* mätbar variabel som på något sätt ger uttryck för hälsotillståndet i en population. Hälsoindikatorer kan mäta såväl sjukdom och ohälsa som positiva aspekter på hälsan (t.ex. livskvalitet). En hälsoindikator kan vara beståndsdel i ett hälsoindex.\*

*Jämlig hälsa:* förhållandet att alla skall ha en rättvis möjlighet att uppnå sin fulla hälsopotential, och – mer pragmatiskt – att ingen skall missgynnas från att nå detta mål om det kan undvikas.\*

*Egenmakt/ maktmobilisering (empowerment):* arbete för att öka svaga grupperns möjligheter att påverka sitt eget liv (och därigenom sina hälsovillkor), vilket vanligen utmanar redan etablerade maktrelationer. I WHO:s dokument Ottawamanifestet beskrivs hälsofrämjande arbete som insatser för att förbättra hälsan genom att öka människors färdigheter för sundare levnadsvanor, men också för att skaffa sig inflytande över de livsvillkor som är avgörande betydelse för hälsan.

Man brukar skilja mellan maktmobilisering på individuell och samhällelig nivå. Maktmobilisering hos individen innebär att öka den enskilda individens möjligheter att fatta beslut och ta kontroll över sitt eget liv. På samhällsnivå handlar det om att människor

skall få ett större inflytande över hälsans bestämningsfaktorer och livskvaliteten i lokalsamhället.\*

*Ojämlig hälsa:* skillnader i hälsotillstånd mellan grupper och individer som är onödiga, möjliga att undvika och som dessutom anses orättvisa.\*

*Socioekonomisk grupp:* individer som på grund av vissa sociala (t.ex. yrke) och ekonomiska (t.ex. inkomst) förhållanden sammanförs i en kategori.\*

*Välfärd:* tillstånd av materiell och social trygghet, vanligen avses en särskild grupp av individer (t.ex. handikappade eller äldre) eller ett helt land.\*

## Bilaga 2: WHO:s hälsopolitiska strategi - Hälsa 21

### Mål 1

Till år 2020 skall de befintliga skillnaderna i hälsotillstånd mellan medlemsstaterna i europaregionen minska med minst en tredjedel.

### Mål 2

Till år 2020 skall hälsoklyftorna mellan olika socioekonomiska grupper inom respektive medlemsland minska med minst en fjärdedel genom att missgynnade gruppers hälsa förbättras.

### Mål 3

Till år 2020 skall alla nyfödda, småbarn och förskolebarn i europaregionen ha en bättre hälsa som garanterar dem en hälsosam start i livet.

### Mål 4

Till år 2020 skall ungdomar i europaregionen ha en bättre hälsa och vara bättre utrustade för att kunna fullgöra sina uppgifter i samhället.

### Mål 5

Till år 2020 skall människor över 65 år ha fortsatta möjligheter att kunna njuta av en god hälsa och delta aktivt i samhällslivet.

### Mål 6

Till år 2020 skall människors psykosociala välbefinnande förbättras och ett väl utbyggt och mångsidigt vårdssystem finnas tillgängligt och åtkomligt för dem som har psykiska hälsoproblem.

### Mål 7

Till år 2020 skall smittsamma sjukdomars skadeverkningar på hälsan minska betydligt genom en systematisk tillämpning av program för att utrota, eliminera eller kontrollera sådana infektionssjukdomar, som har betydelse för folkhälsan.

### Mål 8

Till år 2020 skall sjuklighet, funktionsnedsättning och för tidig död till följd av större kroniska sjukdomar minskas till lägsta möjliga nivå inom europaregionen.

### Mål 9

Till år 2020 skall det ha skett en påtaglig och bestående minskning av antalet skador, funktionsnedsättningar och dödsfall till följd av olycksfall och våld i europaregionen.

### Mål 10

Till år 2015 skall europaregionen ha uppnått en säkrare och tryggare fysisk miljö och människor skall inte utsättas för nivåer av hälsofarliga miljöfaktorer som överstiger internationellt överenskomna värden.

### Mål 11

Till år 2015 skall människor i hela samhället ha tillägnat sig en hälsosam livsstil.

### Mål 12

Till år 2015 skall skadeverkningar från beroendeframkallande substanser som tobak, alkohol och andra psykoaktiva droger ha minskat påtagligt i alla medlemsstater.

#### Mål 13

Till år 2015 skall europaregionens invånare ha fått ökade möjligheter att bo och verka i en hälsofrämjande miljö, såväl fysisk som social, i hem, i skolor, på arbetsplatser och i lokalsamhället.

#### Mål 14

Till år 2020 skall alla samhällssektorer ha erkänt och åtagit sig ett sektoransvar för hälsan.

#### Mål 15

Till år 2010 skall människor i europaregionen ha betydligt bättre tillgång till familje- och samhällsorienterad primärvård, stödd av flexibelt och engagerat sjukhussystem.

#### Mål 16

Till år 2010 skall medlemsstaterna garantera att styrningen av hälso- och sjukvårdssektorn – från befolkningsbaserade hälsoprogram till klinisk vård av enskilda patienter – är inriktad mot mätbara resultat med avseende på hälsa.

#### Mål 17

Till år 2010 skall medlemsstaterna ha hållbara system för finansiering och fördelning av resurser inom hälso- och sjukvården, baserade på principer för lika tillgång till vård, kostnadseffektivitet, solidaritet och optimal kvalitet.

#### Mål 18

Till år 2010 skall alla medlemsstater ha försäkrat sig om att yrkesverksamma inom hälso- och sjukvården och andra sektorer har fått tillräckliga kunskaper om och tillägnat sig ett positivt förhållningssätt till hälsoarbete samt utvecklat färdigheter i att skydda och främja hälsa.

#### Mål 19

Till år 2005 skall alla medlemsländer ha tillgång till forskning om hälsa samt informationssystem som underlättar framtagning, effektiv användning och spridning av kunskap till stöd för ”Hälsa för alla”.

#### Mål 20

Till år 2005 skall genomförandet av programmet ”Hälsa för alla” engagera individer, grupper och organisationer såväl i den offentliga som i den privata sektorn och i civilsamhället genom allianser och andra samarbetsformer kring hälsa.

#### Mål 21

Till år 2010 skall samtliga medlemsländer ha antagit och börjat genomföra program för ”Hälsa för alla” på nationell, regional och lokal nivå med stöd från vederbörliga institutionella infrastrukturer och styrprocesser samt innovativt ledarskap.



### Bilaga 3: Målen i Hälsa 2015

1. Barnens välbefinnande ökar och deras hälsa blir bättre, medan symptom och sjukdomar som hör ihop med otrygghet minskar märkbart
2. Rökning bland ungdomar minskar, så att mindre än 15% av 16-18 åringar röker. Alkohol- och narkotikarelaterade hälsoproblem kan skötas på ett sakkunnigt sätt och dessa problem är inte vanligare än i början av 1990-talet
3. Dödsfall till följd av olycksfall och våld bland unga män minskar med en tredjedel från nivån under slutet av 1990-talet
4. Den arbetsföra befolkningens arbets- och funktionsförmåga samt förhållandena i arbetslivet utvecklas, för att människor skall orka längre i arbetslivet och utträdet ur arbetslivet skall se ca 3 år senare än år 2000
5. Den genomsnittliga förbättringen av funktionsförmågan för personer över 75 år fortsätter i samma riktning som under de senaste 20 åren
6. Finländarna kan förväntas leva frisk i medeltal två år längre än år 2000.
7. Då det gäller tillgången på hälso- och sjukvårdstjänster och hur tjänsterna fungerar samt upplevelsen av det egna hälsotillståndet och erfarenheterna av hur omgivningen påverkar den egna hälsan är finländarna minst lika nöjda som idag
8. För att uppnå de uppställda målen skall man även arbeta för mindre ojämlikhet samt förbättra välfärd och relativ ställning för de minst gynnade befolkningsgrupperna. Målet är då att skillnaderna i dödlighet mellan könen, grupper med olika utbildning och olika yrkesgrupper minskar med en femtedel.

## Bilaga 4: Förslag på mätbara indikatorer för målen

Mål	Indikatorer
<b>Mål 1</b> Skapa förutsättningar för hälsofrämjande levnadsvanor	<ul style="list-style-type: none"> <li>-andelen överviktiga</li> <li>-andelen dagligrökare</li> <li>-andelen som dricker för att bli berusade</li> <li>-andelen som motionerar på fritiden minst 2ggr/vecka</li> <li>-förhöjt blodtryck eller blodtryckssjukdom</li> <li>-förhöjt kolesterol</li> <li>-andelen som dagligen äter färska grönsaker</li> <li>-andelen som vanligen använder vegetabilisk olja i matlagning</li> <li>-andelen spelberoende</li> <li>-andelen som deltar i sociala och kulturella aktiviteter</li> </ul>
<b>Mål 2</b> Trygga barns och ungas hälsa och välfärd	<p>Indikatorer som finns med i undersökningen <i>Hälsa i skolan</i>:</p> <p>T ex:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>-andelen som upplever sitt hälsotillstånd som medelmåttigt eller dåligt</li> <li>-andelen elever med långvarig sjukdom</li> <li>-andelen som inte har någon vän</li> <li>-utbredning av depression</li> <li>-nattsömnens längd</li> </ul>
<b>Mål 3</b> Främja välbefinnandet i arbetslivet	<ul style="list-style-type: none"> <li>-mottagare av sjukdagpenning</li> <li>-invalidpensionstagare</li> <li>-rätt till specialersättningsgilla mediciner</li> <li>-arbetsplatsolycksfall</li> </ul>
<b>Mål 4</b> Upprätthålla funktionsförmågan	<ul style="list-style-type: none"> <li>-andelen personer som bor hemma, 75-84-åringar, 85+</li> <li>-andelens om fått ersättning för depressionsmedicin</li> <li>-andelen som fått utkomststöd</li> <li>-andelen som kan röra sig ensamma utomhus</li> </ul>
<b>Mål 5</b> Att följa upp hälsa och välfärd bland ålänningarna samt åtgärder för att främja dessa	<p>med hjälp av bl a SOTKANet ÅSUB, enkäten Hälsa i skolan</p>