

# Barnhälsorapport 2012

Kartläggning av barns och ungas hälsa i Västerbottens län



REGION  
VÄSTERBOTTEN

# Förord

Alla barn och unga har rätt till en god fysisk och psykisk hälsa, en trygg tillvaro och bra utbildning! En god folkhälsa hos våra barn och unga är en förutsättning för att de ska kunna förverkliga sina drömmar och förväntningar och för att få ett bra vuxenliv. Vår uppgift är att tillsammans ta tillvara kraften, energin och livsglädjen hos det nyfödda barnet och skapa en livsmiljö som främjar en trygg, hälsosam, stimulerande och utvecklande uppväxt.

I Sverige har vi det övergripande målet att skapa samhällseliga förutsättningar för en god hälsa på lika villkor för hela befolkningen. Med denna målsättning som utgångspunkt har vuxenvärlden och berörda instanser inom kommuner och landsting ett stort ansvar för att skapa en bra och stödjande livsmiljö för barn och unga i samverkan.

Barn och unga har olika förutsättningar och behov av stöd under sin uppväxt och därför är det viktigt att vi får kunskap om hur folkhälsan bland barn och unga faktiskt ser ut. När vi vet detta kan vi använda våra resurser och kompetenser för riktade insatser som leder till en god kvalitet.

Med "Barnhälsorapport 2012.- Kartläggning av folkhälsan hos barn och unga med hjälp av barnhälsoindex", sätter vi fokus på barns och ungas folkhälsa i Västerbotten och får ett gemensamt underlag för analys, reflektion och förbättringsarbete.

Användandet av ett barnhälsoindex möjliggör "benchmarking", dels mellan Västerbotten och riket och dels mellan Västerbottens kommuner. Barnhälsoindex identifierar även vilka hälsoområden som behöver prioriteras för Västerbotten som helhet och för olika kommuner. Upprepade mätningar skapar också förutsättningar för att följa utvecklingen och utvärdera effekterna av insatta åtgärder.

Behovet av att ta fram en barnhälsorapport som underlag för att förbättra barns och ungas hälsa har varit en prioriterad uppgift i Länsgrupp barn och unga. Syftet med Länsgrupp barn och unga är att identifiera förbättringsområden, stärka och bygga upp en strukturerad samverkan där olika aktörers roller och uppdrag är tydliga, samt att sprida kunskap om barns och ungas hälsa och uppväxtvillkor. Länsgrupp Barn och unga ersatte Robust- gruppen i januari 2011 och AC Konsensus är dess uppdragsgivare. ROBUST- gruppen, "Regional Omtanke Barn och Unga i Samverkan och Tillit", bildades 2007 för att underlätta, stödja och utveckla samverkan mellan kommuner i Västerbotten och Västerbottens läns landsting..

Se till att Barnhälsorapporten blir ett levande dokument för analys och riktade insatser. Lyckas vi med att få friska och välmående barn blir de även friska och välmående vuxna!

Jag vill särskilt uppmärksamma och tacka Erik Bergström, professor/överläkare pediatrik, Umeå universitet, Sven-Arne Silfverdahl, barnhälsovårdsöverläkare, Barn- och ungdomscentrum, NUS, Peter Högstadius, tf skoldirektör för- och grundskola, Umeå kommun och Ulf Norberg, socialchef, Vännäs kommun, vilka ingått i den expertgrupp som utarbetat underlaget till Barnhälsorapporten. Ett varmt tack även till Katarina Sjöström, strateg Utbildning och kompetensförsörjning som hållit samman arbetsgruppen och Anna Norin, regional utvecklingsplanering, som sammanställt och uppdaterat kunskapsunderlaget, båda vid Region Västerbotten.

## Elisabeth Zachrisson

Ordförande i Länsgrupp Barn och unga under 2011

Skoldirektör för- och grundskolan i Umeå kommun från 2002 till februari 2012

Producerad av: Region Västerbotten

Redaktör: Anna Norin, Region Västerbotten

Grafisk form: Tanja Smedh, Region Västerbotten

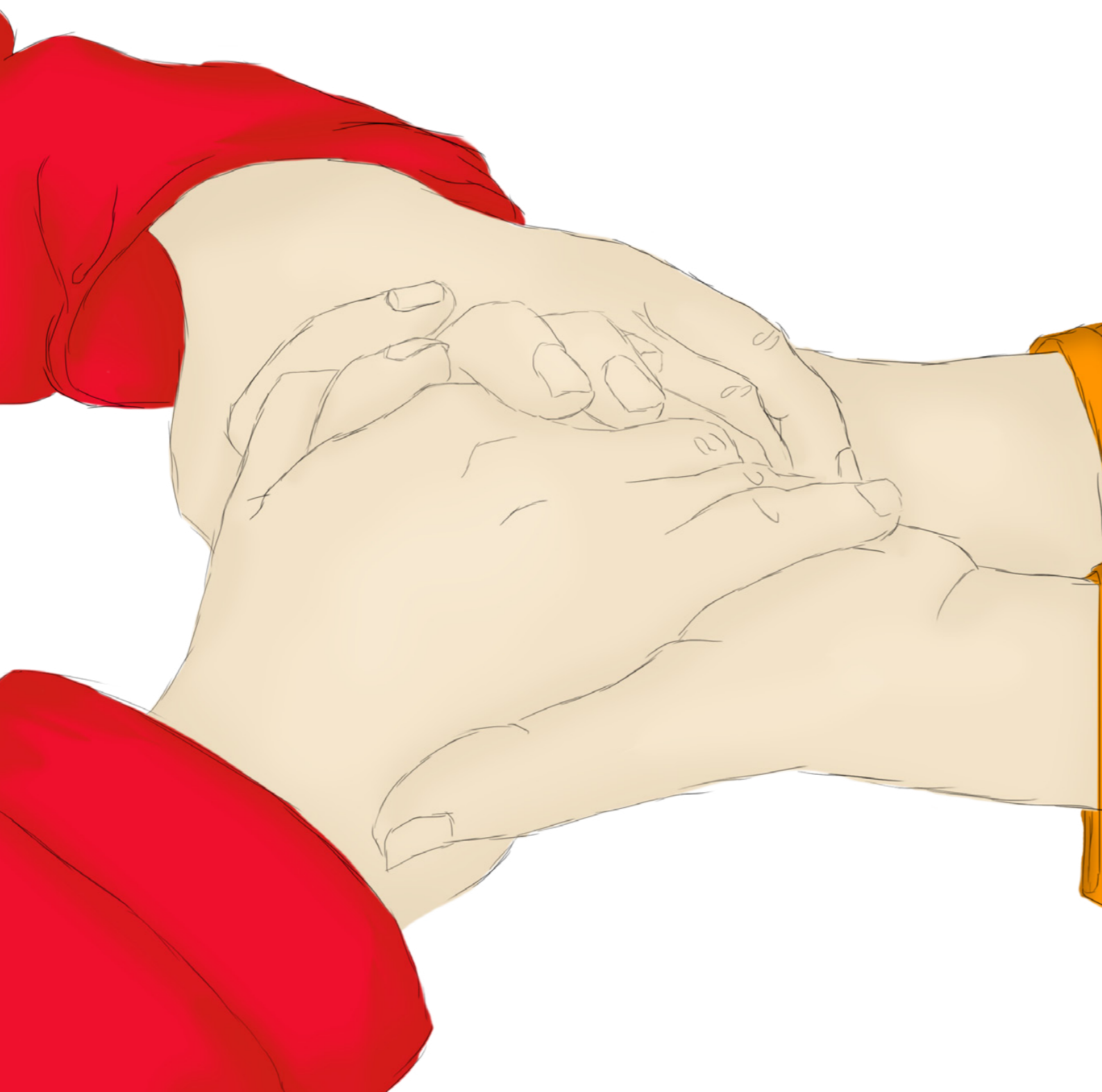
Text och illustration: Johanna Zola, Region Västerbotten

Fotograf omslag: *Henrik Olofsson*

Tryck: Umeå, Landstingets tryckeri, 2012

Upplaga: 500 ex.

ISBN: 978-91-979678-3-9



## Innehållsförteckning

Barnhälsorapport 2012	7
Barnhälsoindex	8
Hälsoläget för barn och unga i Västerbottens län	9
<b>Målområde 1: Delaktighet</b>	13
<b>Målområde 2: Ekonomiska och sociala förutsättningar</b>	15
<b>Målområde 3: Barns och ungas uppväxtvillkor</b>	19
<b>Målområde 5: Miljöer och produkter</b>	23
<b>Målområde 6: Hälsofrämjande hälso- och sjukvård</b>	25
<b>Målområde 7: Skydd mot smittspridning</b>	27
<b>Målområde 8: Sexualitet och reproduktiv hälsa</b>	29
<b>Målområde 9: Fysisk aktivitet</b>	30
<b>Målområde 10: Matvanor och livsmedel</b>	31
<b>Målområde 11: Alkohol, narkotika, dopning, tobak och spel</b>	33
Referenser	36

# Barnhälsorapport 2012

## Kartläggning av barns och ungas hälsa i Västerbottens län

En uppväxande generation som trivs och mår bra har betydelse för hela samhället. Hälsan hos barn och unga är betydelsefull för barnen idag men även för barnen när de blir vuxna. En väl-mående befolkning med god folkhälsa är en viktig aspekt för att åstadkomma en socialt hållbar utveckling. Samtidigt som en god folkhälsa även kan innebära positiva effekter på den ekonomiska och demografiska utvecklingen.

Barnhälsorapport 2012 är framtagen för att ge en samlad beskrivning av hur barn och unga i Västerbotten mår. Rapporten är tänkt att fungera som ett underlag för diskussion om mål och prioriteringar i de verksamheter som möter barn och unga i sitt arbete. För att göra en sammanfattande beskrivning av hälsoläget hos barn och unga i länets kommuner har ett barnhälsoindex utformats av Erik Bergström, professor/överläkare, Umeå universitet, Sven- Arne Silfverdahl, barnhälsovårdsöverläkare, Barn- och ungdomscentrum, Norrlands universitetssjukhus, Peter Högstadius, tf skoldirektör för- och grundskola, Umeå kommun och Ulf Norberg, socialchef, Vännäs kommun. Barnhälsoindex har utformats med utgångspunkt i tidigare arbete av Lennart Köhler (2004, 2010). Genom att skapa ett barnhälsoindex på kommunnivå finns ett verktyg för att belysa utmaningar och för att ge ett samlat mått på utvecklingen för barns och ungas psykiska och fysiska hälsa. För varje kommun finns det en sammanställning över barnhälsoindexet i figurer\*.

I barnhälsoindexet ingår sexton indikatorer som speglar olika aspekter av hälsoläget hos barn och unga i befolkningen. Indikatorerna med definitioner finns presenterade på sidan x. Indikatorerna representerar dels direkta mått på den psykiska och fysiska hälsan och dels risk- och friskfaktorer för hälsan. Indikatorerna är utvalda efter ett antal kriterier: tillgänglighet på kommunnivå, tillförlitlighet samt vetenskapligt samband med psykisk respektive fysisk ohälsa.

Indikatorerna är kopplade mot de nationella folkhälsomålen. De nationella folkhälsomålen syftar till att ge struktur åt arbetet för en friskare befolkning eftersom folkhälsoarbetet berör många olika aktörer. Arbetet berör myndigheter på olika nivåer, verksamheter som möter barn och unga samt ideella organisationer. Samtidigt som hälsan i förlängningen bestäms av de beslut som varje enskild medborgare fattar. Vissa folkhälsomål är representerade av fler än en indikator medan andra folkhälsomål saknar tillgängliga indikatorer på kommunal nivå. Viktning mellan olika indikatorer och folkhälsomål görs inte i indexet utan lämnas för en efterföljande diskussion. Alla data finns i en

Excel-fil\* för att ge möjligheten för varje användare att prioritera bland indikatorerna och bestämma lämpliga verksamhetsmål.

### De olika målområde för folkhälsan som beskrivs i Barnhälsorapport 2012 och som berör barn och unga är:

**Målområde 1:** Delaktighet

**Målområde 2:** Ekonomiska och sociala förutsättningar

**Målområde 3:** Barns och ungas uppväxtvillkor

**Målområde 5:** Miljöer och produkter

**Målområde 6:** Hälsöfrämjande hälso- och sjukvård

**Målområde 7:** Skydd mot smittspridning

**Målområde 8:** Sexualitet och reproduktiv hälsa

**Målområde 9:** Fysisk aktivitet

**Målområde 10:** Matvanor och livsmedel

**Målområde 11:** Alkohol, tobak, narkotika, dopning och spel

*I rapporten inkluderas de målområden som har koppling till barns och ungas hälsa. **Målområde 4: Hälsa i arbetslivet** inkluderas inte.*

Barnhälsorapport 2012 inleds med en beskrivning av hälsoläget hos barn och unga i Västerbotten följt av fördjupningar inom varje folkhälsomål. Fördjupningarna beskriver folkhälsomålet och relaterar det till nuläget i Västerbottens län kommuner.

\*Finns att ladda ner från [www.regionvasterbotten.se](http://www.regionvasterbotten.se).

## Barnhälsoindex

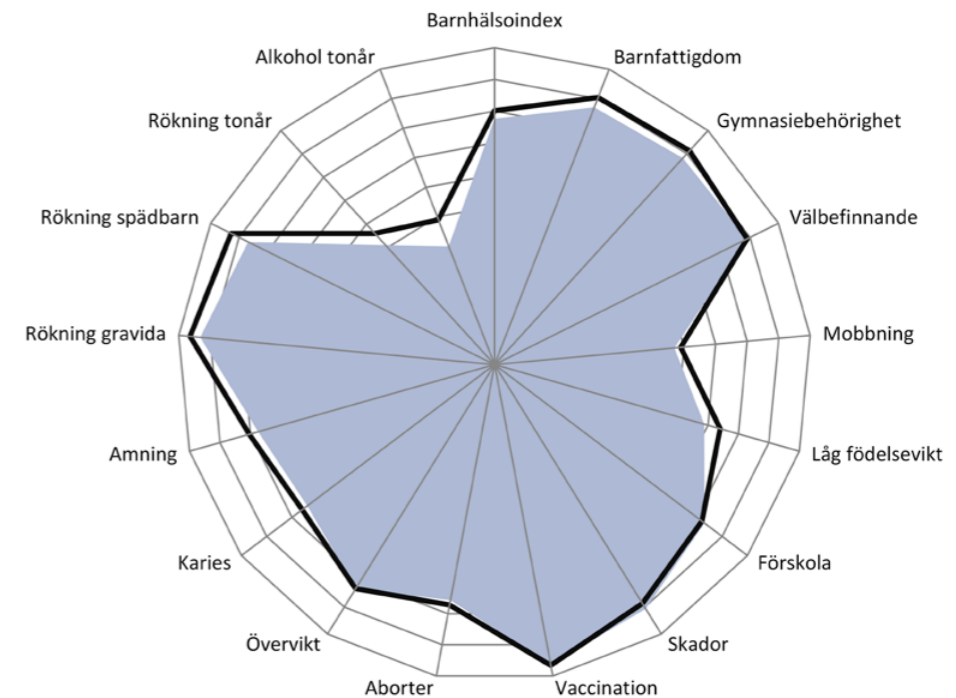
Indikator	Definition	Enhet	Tid	Källa	Folkhälsomål
Barnfattigdom	andel barn som inte bor i hushåll med låg inkomst eller socialbidrag	%	2009	SCB, FHI	2
Gymnasiebehörighet	andel elever som är behöriga till gymnasieskolan	%	2010	Skolverket, FHI	3
Välbefinnande	andel elever i årskurs 6 och 9 som svarat "Utmärkt, mycket bra eller bra" på enkätfrågan "Hur mår du rent allmänt?"	%	2009	FHI	3
Mobbning	andel elever som svarat nej på enkätfrågan "Finns det någon (några) i din klass du tycker är mobbade av andra?"	%	2009	FHI	3
Låg födelsevikt	andel nyföddafödelsevikt med födelsevikt >2500 g	‰	2007-09	SoS, FHI	3
Förskola	andel barn 1-5 år som är inskrivna i kommunala förskola	%	2009	Skolverket	3
Skador	andel barn som inte vårdats på sjukhus pga skador	‰	2010	SoS	5
Vaccination	andel spädbarn som vaccinerats mot mässling, påssjuka eller röda hund (MPR)	%	2011	FHI	7
Aborter	andel kvinnor 15-19 år som inte genomgått abort	‰	2005-09	FHI	7/8
Övervikt	andel 4-åriga barn utan övervikt eller fetma	%	2007-09	VLL	9/10
Karies	andel 6-åriga barn utan karies	%	207-08	VLL	10
Amning	andel spädbarn som ammas helt eller delvis vid 4 månader	%	2009	SoS, FHI	10
Rökning gravida	andel gravida som inte rökt under graviditeten	%	2005-09	SoS, FHI	3/11
Rökning spädbarn	andel spädbarn där ingen i hushållet röker när barnet är 0-4 veckor	%	2009	SoS, FHI	3/11
Rökning tonår	andel elever i årskurs 9 som svarat "Nej, röker inte" på enkätfråga "Röker du?"	%	2009	FHI	11
Alkohol tonår	andel elever i årskurs 9 som svarat "Nej, dricker inte" på enkätfrågan "Hur ofta händer det att du dricker mycket alkohol vid ett och samma tillfälle?"	%	2009	FHI	11

Indikatorerna beskriver andelen (procent/promille) som är fria från ett hälsoproblem/riskfaktor eller som har en viss riskfaktor. Indikatorerna presenteras på en skala mellan 0 och 100, där 100 är målvärdet. Barnhälsoindexet beräknas som ett medelvärde av de inkluderade indikatorerna.

FHI: Statens folkhälsoinstitut  
 SCB: Statistiska centralbyrån  
 SoS: Socialstyrelsen  
 VLL: Västerbottens läns landsting

\*Nationell kartläggning av barns och ungdomars psykiska hälsa

## Hälsoläget för barn och unga i Västerbottens län



Figur 1. Barnhälsoindex för Västerbotten 2012. Indikatorerna är andelar och målvärdet är yttersta cirkeln i diagrammet. Västerbotten har bättre värden än riket för många indikatorer men flera indikatorer har långt kvar till målvärdet.

En samlad bedömning av hälsoläget för barn och unga i Västerbottens län visar på både styrkor och utmaningar. Barnhälsoindexet för Västerbotten är något högre än barnhälsoindexet för riket\* men skillnaden är liten.

Barnhälsoindex tillsammans med de sexton indikatorer som ingår i indexet visas i figur 1. Indikatorerna är definierade som andelar där värden längre bort från centrum av diagrammet är bättre. Målvärdet för alla indikatorer är den yttersta cirkeln i figuren.

Västerbottens län som helhet ligger något bättre till än riket på flertalet enskilda indikatorer. Flera av de indikatorer som har koppling till barns och ungas uppväxtvillkor har något högre värden i Västerbotten. Dessa är barnfattigdom, gymnasiebehörighet, mobbning, låg födelsevikt samt rökning gravida och spädbarn. Västerbotten har även färre ungdomar som röker eller dricker jämfört med riket. Den enda indikator där Västerbotten ligger sämre till är för skador. I Västerbottens län är det fler barn som vårdas på sjukhus på grund av skador jämfört med riket.

Hälsoläget för barn och unga i Västerbotten är bra jämfört med

riket men det finns fortfarande stora utmaningar. Värdet för riket kan ge en indikation för hälsoläget hos barn och unga i Västerbotten men det är alltid den yttersta cirkeln som är målet för indikatorerna. För vissa indikatorer är det långt kvar till målvärdet medan andra har kommit betydligt längre.

Det är långt kvar till målvärdet att inga barn och ungdomar ska dricka alkohol när de fortfarande går i grundskolan. Nära hälften av eleverna i årskurs 9 röker och/ eller dricker alkohol i Västerbotten. Mobbning är en annan utmaning där nära hälften av eleverna i årskurs 6 och 9 upplever att det finns mobbning i klassen.

Andra indikatorer är närmare målvärdet. Nästan alla spädbarn blir vaccinerade och få gravida röker.

Skillnader i hälsoläge mellan olika kommuner och grupper i samhället innebär skiftande utmaningar. I en samlad bedömning är det viktigt att belysa skillnade mellan flickor och pojkar och mellan människor med olika bakgrund.

\*Det saknas data på övervikt för riket. Riket har blivit tilldelat medelvärde för Västerbotten.

Hälsoläget hos barn och unga har stor betydelse för den ekonomiska och demografiska utvecklingen i kommunerna. Barn och unga utgör 22,6 procent av befolkningen i Västerbotten, vilket är något lägre andel än i riket (23,2 procent). Det motsvarar nära 60 000 barn och unga i åldern 0–19 år.

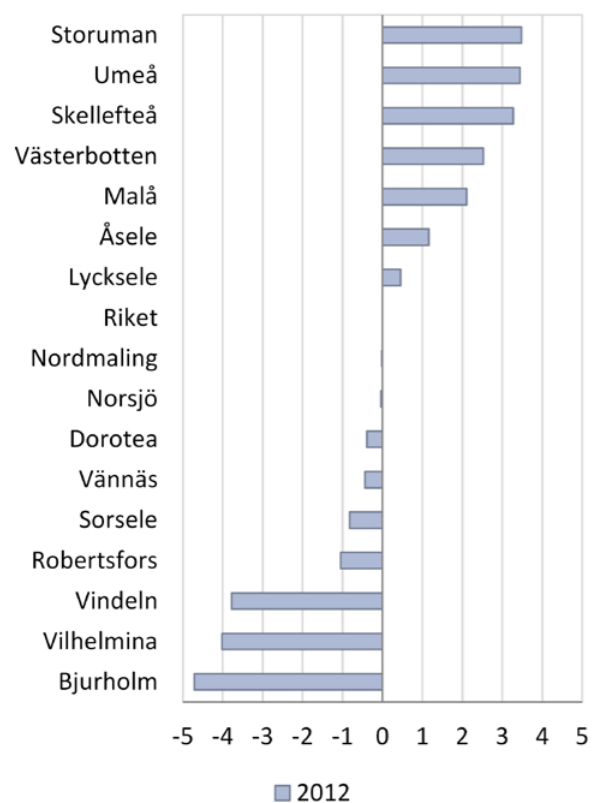
Hur barnen mår och vilka möjligheter som finns till god skolmiljö och en rik fritid påverkar föräldrarnas val av bostadsort och eventuella flyttbeslut. Det handlar även om beslutet att återvända till sin uppväxtort efter avslutad utbildning på annan ort. Det innebär att ett väl utfört kommunalt grunduppdrag även kan ge ekonomisk tillväxt i kommunen. Ett förebyggande arbete som gör att barn och ungdomar mår bra innebär dessutom minskade kostnader i ett samhällsekonomiskt perspektiv. Samverkan mellan sektorer innebär att de totala kostnaderna kan minskas. De satsningar och insatser som görs idag i diverse sektorer kan ha betydelse för flertalet andra sektorer i framtiden.

Barnhälsoindex varierar i Västerbottens kommuner mellan 73 i Vindeln och 81 i de tre som ligger i topp (Skellefteå, Umeå och

Storuman). Figur 2 visar barnhälsoindex i de olika kommunerna. Skellefteå, Umeå och Storuman ligger tydligt över rikets genomsnitt. Sju av länets kommuner ligger nära genomsnittet för riket medan resterande fyra kommuner har ett tydligt lägre värde på barnhälsoindex.

Det är stor spridning i värden på enskilda indikatorer mellan kommunerna. Det är ingen kommun som genomgående har höga värden på alla indikatorer.

Figur 2. Kommunernas barnhälsoindex relativt riket. Riket=78.



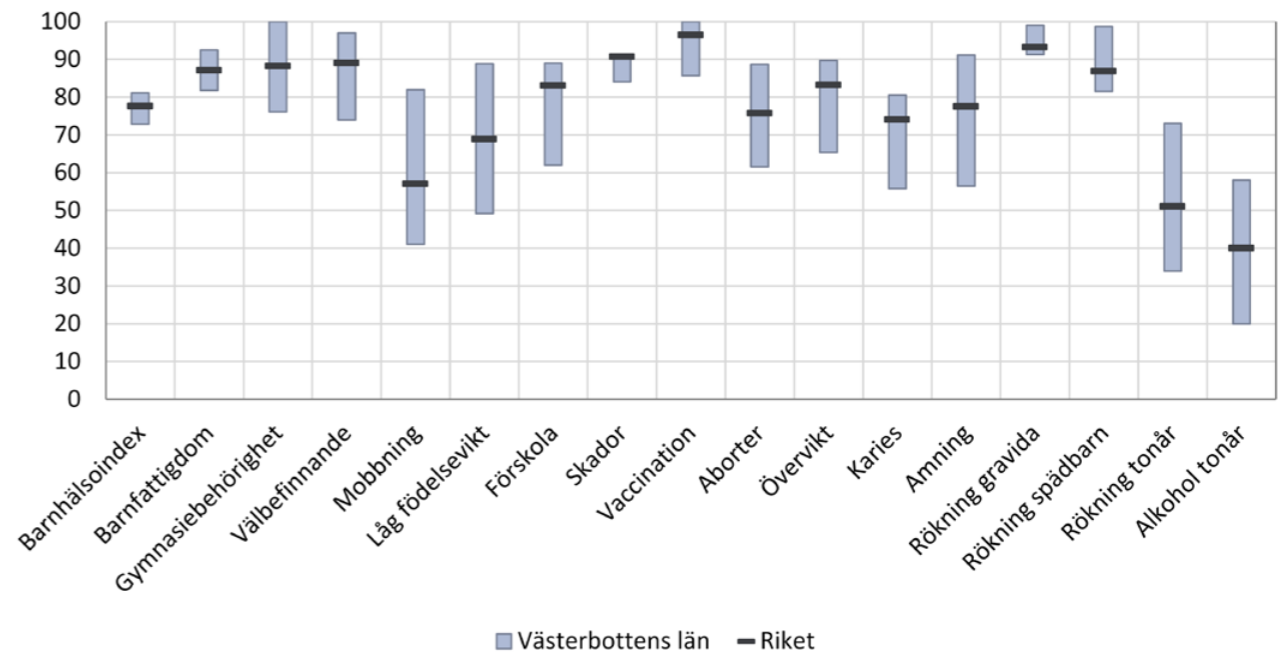
Kommunerna har både högre och lägre värden än riket på barnhälsoindex.

**Ranking barnhälsoindex 2012**

Storuman	81
Umeå	81
Skellefteå	81
Västerbotten	80
Malå	80
Åsele	79
Lycksele	78
Riket	78
Nordmaling	78
Norsjö	78
*Dorotea	77
Vännäs	77
Sorsele	77
Robertsfors	77
Vindeln	74
Vilhelmina	74
Bjurholm	73

\*Dorotea saknar värde på vissa indikatorer. De värden som saknas har angetts så att Dorotea behåller sin placering i rangordningen.

Figur 3. Spridningen för indikatorerna i barnhälsoindex relativt riket.



Det är stora skillnader i värden mellan kommunerna för enskilda indikatorer.

Det är stor spridning i värden mellan kommunerna för många av de ingående indikatorerna (färgade rutorna i figur 3). Kommunernas värden är både högre och lägre än genomsnittet för riket (svarta strecken i figur 3). Skillnaderna i värden visar att det finns olika styrkor och utmaningar i kommunerna. Det här öppnar för samverkan och lärande mellan olika aktörer i regionen.

Flera av indikatorerna är kopplade till barns uppväxtvillkor och deras ekonomiska och sociala förutsättningar. De har både direkta och indirekta effekter på den psykiska såväl som på den fysiska hälsan. Andra indikatorer speglar vanor och attityder som får betydelse för barns och ungas välmående både under barndomen och senare i livet.

Effekten av enskilda indikatorer måste bedömas med hänsyn både till övriga indikatorer och det aktuella sammanhanget. Bedömningen av insatser och satsningar sker både i jämförelse mellan förväntade hälsoeffekter och i prioritering med andra satsningar.

I bedömningen av insatser är det viktigt att ta hänsyn till skillnader mellan flickor och pojkar. Skilda förutsättningar för flickor och pojkar under barndomen lägger grunden för ekonomiska och sociala skillnader i vuxenlivet. Hälsoeffekterna av enskilda indikatorer beskrivs under aktuellt målområde i nationella folkhälsostategin (rutan till höger).

Barnfattigdom är kopplat till målområde 2: Ekonomiska och sociala förutsättningar (sid. 15).

Gymnasiebehörighet, välbefinnande, mobbning, låg födelsevikt samt barn i förskola är kopplade till målområde 3: Barns och ungas uppväxtvillkor (sid. 19).

Skador är kopplat till målområde 5: Miljöer och produkter (sid. 23).

Vaccination är kopplat till målområde 7: Skydd mot smittspridning (sid. 27).

Aborter är kopplat till målområde 7: Skydd mot smittspridning (sid. 27) och målområde 8: Sexualitet och reproduktiv hälsa (sid. 29).

Övervikt är kopplat till målområde 9: Fysisk aktivitet och målområde (sid. 30) och 10: Matvanor och livsmedel (sid. 31).

Karies samt amning är kopplat till målområde 10: Matvanor och livsmedel (sid. 31).

Rökning gravida och rökning spädbarn är kopplat till målområde 3: Barns och ungas uppväxtvillkor och målområde (sid. 19) 11: Alkohol, tobak, narkotika och dopning (sid. 33).

Rökning tonår samt alkohol tonår är kopplat till målområde 11: Alkohol, tobak, narkotika och dopning (sid. 33).



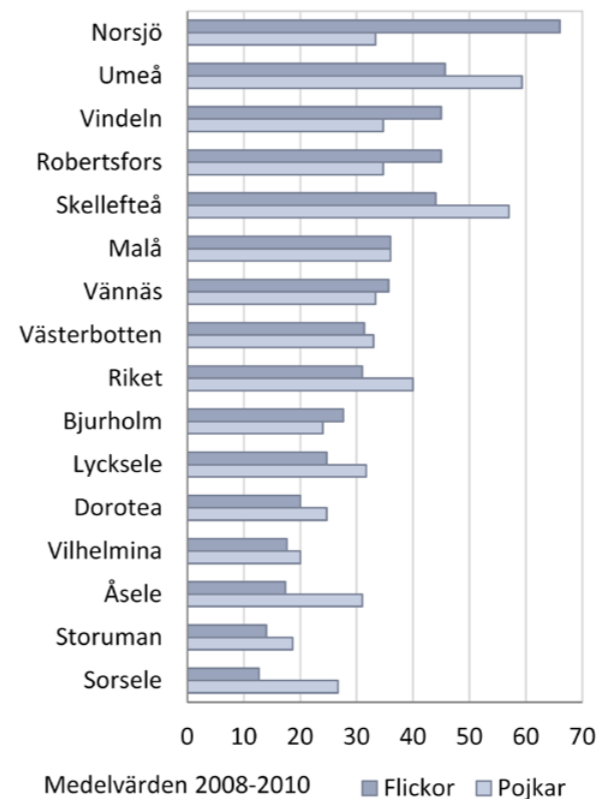
Foto: Andreas Skog

## Delaktighet

Det finns tydliga samband mellan hälsoläge och den delaktighet och det inflytande individer har i samhället. Många faktorer påverkar delaktigheten och inflytandet i samhälle till exempel tillgången till arbete och sysselsättning, utbildning, föreningsliv, kultur, sociala nätverk och information, ekonomisk standard och politiskt medinflytande i samhället.

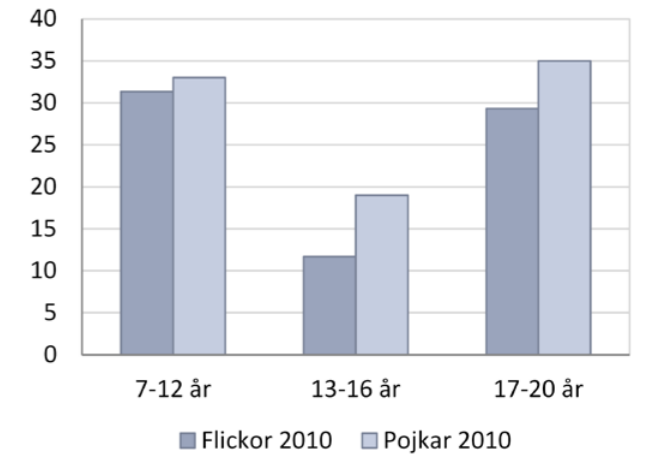
Föreningsaktivitet och deltagande i organiserade aktiviteter är viktigt för den sociala delaktigheten. Barns deltagande i idrottsförening finns tillgänglig på kommunnivå och för olika åldersgrupper. Barn i åldern 7-12 år har i Västerbotten något lägre deltagande än riket för pojkar och på samma nivå för flickor (figur 4). Flera kommuner har ett högre deltagande än genomsnittet för riket. Högsta deltagandet räknat som antal tillfällen per individ i åldersgruppen har flickor i Norsjö, med 67 tillfällen per flicka och år. Deltagandet varierar mellan kommunerna.

**Figur 4.** Antal deltagartillfällen per barn i idrottsförening 7-12 år. Kommuner. Flickor och pojkar. Data från Kolada.



*Norsjö har flest deltagartillfällen per flicka i Sverige när det gäller idrottsaktiviteter.*

**Figur 5.** Antal deltagartillfällen per barn i idrottsförening. Flickor och pojkar. Olika åldersgrupper. Data från Kolada.



*Barn i mellan- och högstadiet är mindre aktiva i idrottsföreningar och pojkar är mer aktiva än flickor i alla åldersgrupper.*

Det finns inga entydiga skillnader i deltagande mellan pojkar och flickor i Västerbotten som helhet utan det varierar mellan kommunerna. På riksnivå och i de större kommunerna dominerar deltagande bland pojkar medan flera mindre kommuner har ett högre deltagande bland flickor.

För länet som helhet varierar deltagandet mellan olika åldersgrupper (figur 5). Deltagandet är högt både för de yngre barnen och för gymnasieungdomar. Barn på mellanstadiet och högstadiet har ett betydligt lägre deltagande i idrottsföreningar.

Socialt stöd i allmänhet och sociala nätverk har visat sig ha samband med god hälsa men är svårare att mäta. Sociala nätverk för barn och unga finns i skolan, och i ökande grad på internet. För barn och unga är det viktigt med tillgängliga vuxna i de sociala nätverken. Lokalsamhällets/bostadsområdets betydelse för hälsan har fått allt mindre betydelse i och med att den tekniska utvecklingen har inneburit ökade kontakter med människor på andra platser.

Barn och unga har liten formell politisk delaktighet i samhället. Genom arbeten som ungdomsparlament pågår försök att öka möjligheten för ungdomar att delta i samhällsbeslut i högre grad.

En annan viktig aspekt av delaktigheten handlar om olika former av diskriminering. Det finns tydliga samband mellan diskriminering och psykisk ohälsa.

## Ekonomiska och sociala förutsättningar

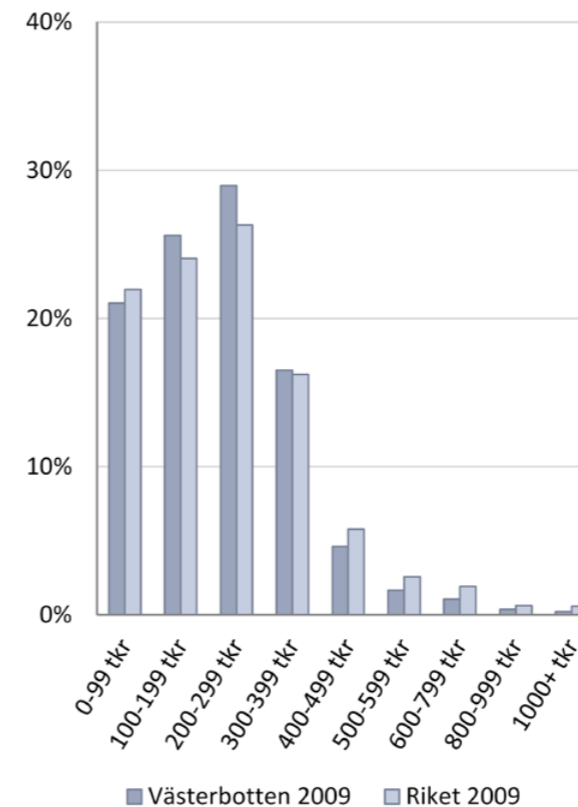
De ekonomiska och sociala förutsättningarna har samband med den psykiska och fysiska ohälsan. Sambandet är många gånger dubbelriktat där ekonomiskt utsatta grupper har sämre hälsa och där personer med sämre hälsa också hamnar i en sämre ekonomisk situation. Ohälsa förknippas ofta med arbetslöshet, låg utbildning och ökande inkomstspridning. Ungdomar eller unga vuxna är en grupp som i större utsträckning än andra grupper lever i ekonomisk utsatthet. En annan grupp är ensamstående med barn.

Hälsan ökar med stigande inkomst även om hälsoförbättringen av ökad inkomst (på marginalen) är större vid lägre inkomstnivåer. Det är inte bara den egna absoluta inkomstnivån som har betydelse för hälsan utan även inkomsten relativt andras inkomster. En ökad inkomstspridning leder till ökad ohälsa. Viss forskning har visat att den genomsnittliga hälsan är högre i regioner där inkomsterna är mer jämnt fördelade.

Västerbotten har mindre inkomstskillnader än riket (figur 6) Andelarna av befolkningen som finns bland de lägsta och högsta inkomstnivåerna är lägre än motsvarande andelar i riket. Däremot är andelarna större för årsinkomster mellan 100 000 och 399 000.

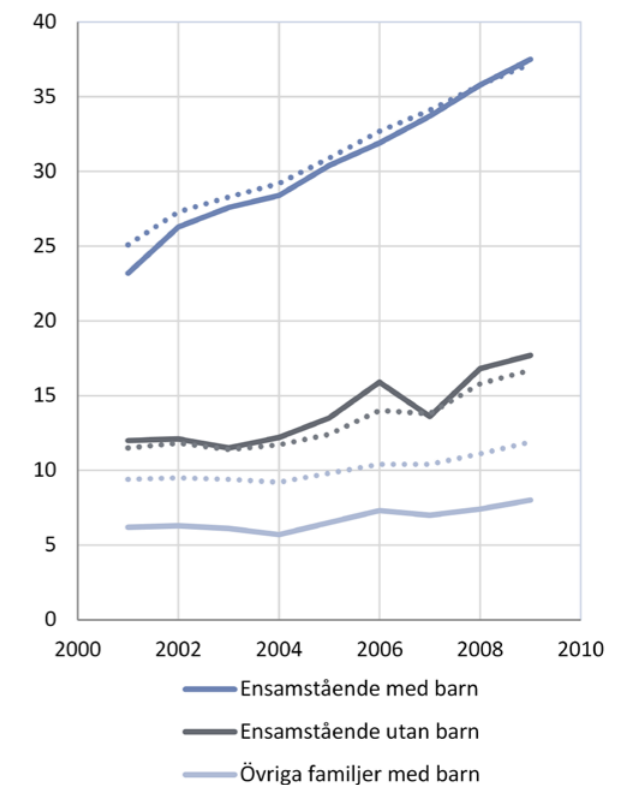
Utvecklingen av den relativa fattigdomen i Västerbottens län visar att den har ökat i vissa grupper. Relativ fattigdom innebär att inkomsten i gruppen jämförs med inkomsten i resten av befolkningen. Andelen som bedöms som relativt fattiga har ökat både i riket och Västerbotten sedan 2001 (figur 7). Störst har ökningen varit i gruppen ensamstående med barn som i Västerbotten har ökat från cirka 23 till cirka 37 procent. En fjärdedel av barnen i Sverige lever med en ensamstående förälder (oftast en mamma). För sammanboende med barn är andelen fattiga betydligt lägre än för ensamstående med barn och dessutom betydligt lägre än för motsvarande grupp i riket.

**Figur 6.** Andel av befolkningen i olika inkomstklasser. Västerbotten och riket. Data från SCB.



Västerbotten har mindre inkomstskillnader än riket.

**Figur 7.** Andel barn som lever i relativ fattigdom. Olika familjetyper. Västerbotten (heldragen linje) och riket (streckad linje). Data från SCB.



Andel som är fattiga har ökat kraftigt i gruppen ensamstående med barn sedan år 2001.

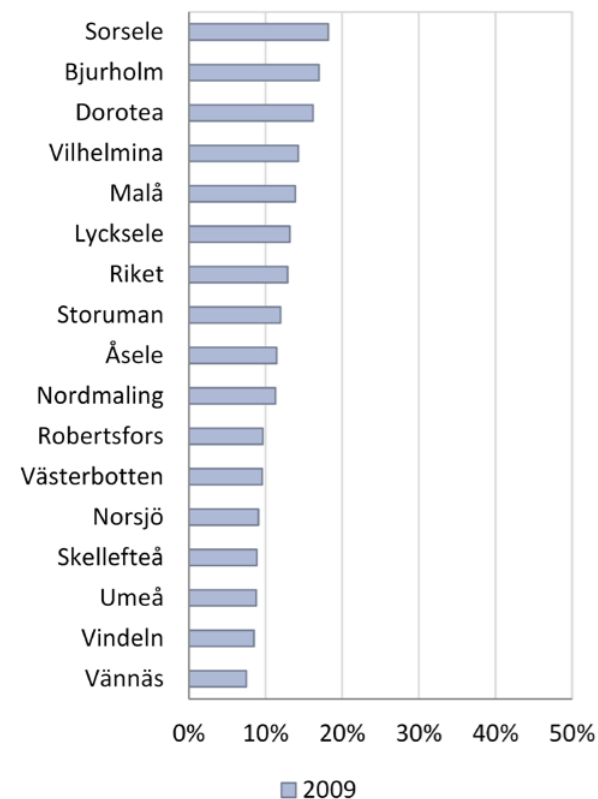
Barnfattigdom handlar om barn som lever i hushåll med låg absolut inkomst (figur 8). I Västerbotten är det mellan 8 och 18 procent som lever i barnfattigdom. Sorsele har den högsta andelen och Vännäs den lägsta. Många kommuner har lägre barnfattigdom än i riket vilket kan ha samband den lägre inkomstspridningen.

Hushåll kan vara fattiga under olika lång tid. I en undersökning var det fyra procent av alla hushåll med barn som hade låg ekonomisk standard i fem år medan nio procent hade låg ekonomisk standard i ett år.

Samtidigt är det betydligt högre barnfattigdom för barn med utländsk bakgrund. Det finns nästan 7 000 barn i Västerbotten med utländsk bakgrund. Av dessa lever 33 procent i barnfattigdom, vilket kan jämföras med att tio procent av alla barn oavsett bakgrund lever i fattigdom i Västerbotten.

Barnfattigdom beror i stor utsträckning på föräldrarnas sysselsättningsstatus. Utrikesfödda har generellt svårare att etablera sig på arbetsmarknaden.

**Figur 8.** Andel barn som lever i barnfattigdom. Kommuner. Data från FHI.

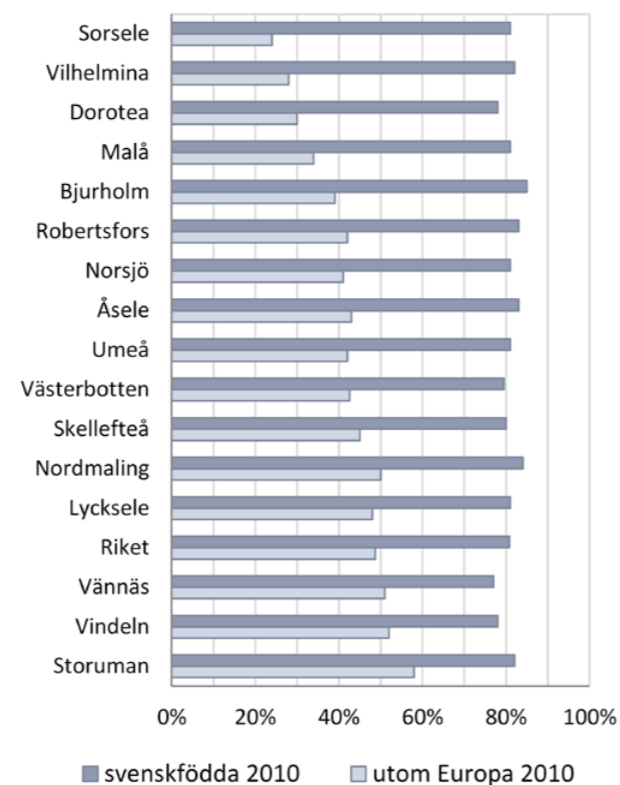


Var tionde barn i Västerbotten lever i fattigdom.

I Västerbotten är det skillnader i förvärvsfrekvens mellan de som är födda i Sverige och de som är födda utanför Europa. I figur 9 ses att Sorsele har störst skillnad i förvärvsfrekvens mellan grupperna och Storuman minst skillnad. En förklaring finns i storleken på de invandrargrupper som får uppehållstillstånd i respektive kommun. Sorsele har hälften så stor befolkning som Storuman och tar emot tio gånger fler flyktingar. Familjer med utrikesbakgrund är särskilt utsatta ekonomiskt och socialt vilket även påverkar deras barn. Föräldrarnas sysselsättningsstatus har betydelse för barn och ungas hälsa.

Möjligheterna på arbetsmarknaden har betydelse för barn och unga även när de som unga vuxna ska ut på arbetsmarknaden. Sysselsättning och yrkesval påverkar både individers psykiska välbefinnande samtidigt som det även påverkar deras ekonomiska förhållanden. Personer med sämre hälsa har samtidigt sämre möjligheter på arbetsmarknaden. På ett konkret plan kan yrkesvalet även ha direkta effekter på hälsan genom skadliga eller gynnsamma arbetsvillkor.

**Figur 9.** Förvärvsfrekvens 20-64 år. Svenskfödda och födda utom Europa. Kommuner. Data från SCB.



De som är födda utanför Europa arbetar i mycket mindre utsträckning än de som är födda i Sverige.

Skillnaden i förvärvsfrekvensen mellan åldersgrupperna 20-64 respektive 20-24 varierar mellan 1,5 procentenheter i Dorotea och 26,3 procentenheter i Umeå. Den stora skillnaden i Umeå beror på att många av 20-24 åringarna studerar. I Dorotea har unga vuxna högre förvärvsfrekvens än befolkningen i åldern 20-64.

Utbildningsnivån har betydelse för hälsan. Högre utbildning innebär ofta yrken med lägre hälsorisker samtidigt som det ofta innebär högre inkomster med positiv effekt på hälsan. Den grundläggande hälsan kan också ha betydelse för val av utbildning. Utbildning och utbildningsinriktning har stor betydelse för ungdomar när de ska ut på arbetsmarknaden. Ju högre utbildningsnivå desto större är möjligheterna att etablera sig på arbetsmarknaden.

## Barns och ungas uppväxtvillkor

Barns och ungas uppväxtvillkor påverkar deras hälsa under uppväxten och även senare i livet. Det handlar om trygga uppväxtvillkor i hemmet med föräldrar som kan möta deras behov. Det handlar också om miljön i förskolan och skolan som har ett tydligt samband med deras hälsa. Skolan har även en roll i att låta barn och unga utveckla sina färdigheter vilket därmed blir en bas för ett hälsosamt vuxenliv. Skolprestationer har betydelse för psykisk ohälsa och tvärtom. Förskola och skola har även en viktig roll där de kan kompensera för olikheter i barns och ungas förutsättningar beroende på till exempel socioekonomisk situation eller brister i hemmiljön.

Relationen till föräldrarna och miljön i hemmet har stor betydelse för att förebygga hälsoproblem och riskbeteenden hos barnen. Forskning visar att ungdomar som växer upp med föräldrar som är både kontrollerande och varma (auktoritative) presterar bättre i skolan, har mindre inätvända psykiska problem och mindre beteendeproblem. Barn och unga värdesätter föräldrar som avsätter tid, lyssnar och bryr sig om sina barn. Särskilt utsatta är barn vars föräldrar brister i omsorgen på grund av missbruk, kriminalitet eller psykisk ohälsa.

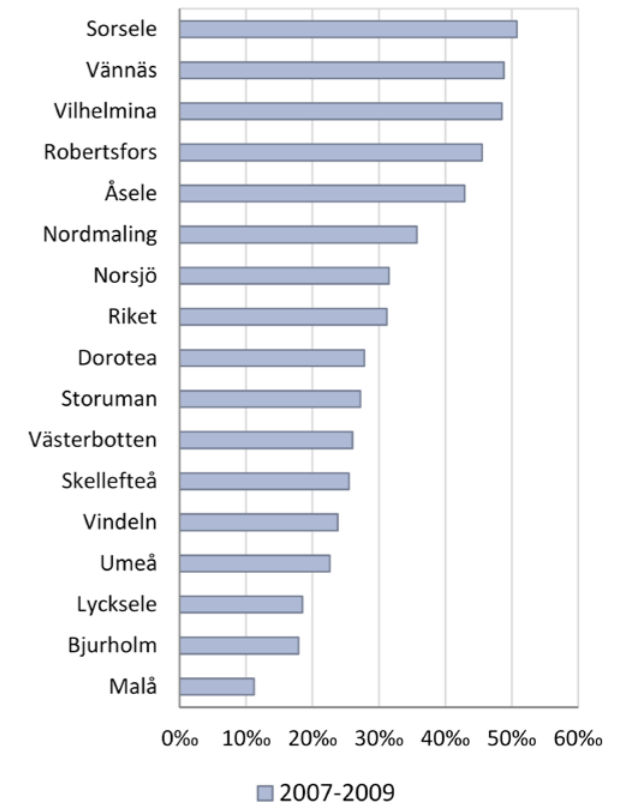
Undersökningar har visat att 90 procent av barnen säger sig ha en god kontakt med sin mamma och cirka 80 procent säger sig ha en god kontakt med sin pappa. Yngre barn kommer bättre överens med sina föräldrar jämfört med äldre barn.

Ensamstående med barn har oftast sämre ekonomiska förutsättningar vilket är kopplat till sämre hälsa. De flesta barn (cirka 90 procent) lever med båda sina föräldrar under de första levnadsåren. Vid 15 års ålder är det drygt 60 procent som lever i samma hushåll som båda föräldrar.

En viktig bestämningsfaktor för barns ohälsa är låg födelsevikt. Kvinnor som har sämre sociala och ekonomiska förutsättningar föder oftare barn med låg födelsevikt.

I Västerbotten är andelen barn som föds med låg födelsevikt högst i Sorsele och lägst Malå (figur 10). Kommunerna är jämnt fördelade relativt genomsnittet för riket.

**Figur 10.** Andel nyfödda med låg födelsevikt <2500g. Kommuner. Data från SoS, FHI.



Andelen spädbarn med låg födelsevikt varierar stort mellan kommunerna.

En förskola av god kvalitet främjar barns utveckling. Förskolan har betydelse för att kunna förebygga ohälsa och för att kompensera skillnader i föräldrarnas socioekonomiska förutsättningar.

I Västerbotten går lika stor andel av barnen i förskola som i riket som helhet men med tydliga skillnader mellan kommunerna (figur 11). I Skellefteå ligger andelen på drygt 85 procent medan andelen i Vindeln bara är drygt 60 procent.

Ett mått som kan användas för att beskriva kvalitet på förskoleverksamhet är andelen högskoleutbildad personal. Storuman har den högsta andelen av personalen som är högskoleutbildad. Sorsele och Vilhelmina har den lägsta. De kommuner som har en hög andel högskoleutbildad personal har även relativt större barngrupper.

En skolmiljö som är trygg och befriad från mobbning har betydelse för elevernas psykiska hälsa och för deras skolprestationer. Det allmänna välbefinnandet är en betydelsefull indikator

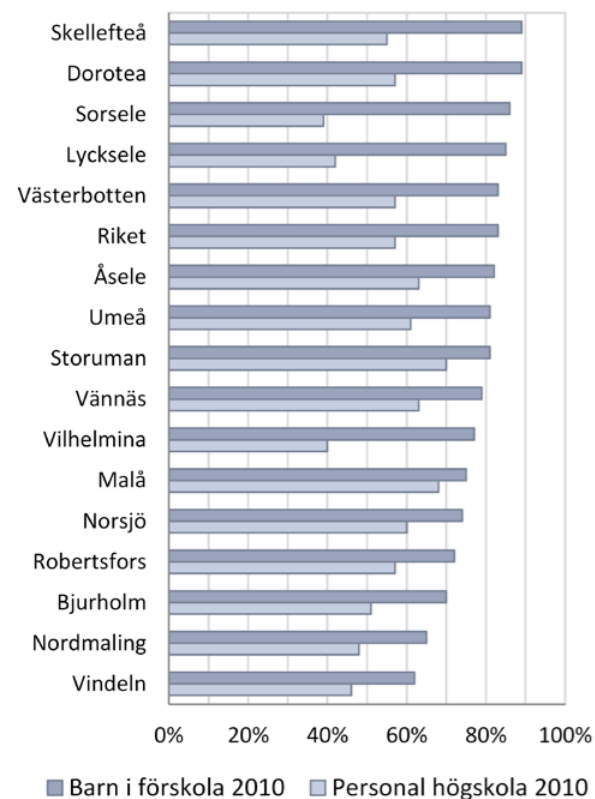
uppväxtvillkor som reflekterar både ungdomars hemförhållanden och deras skolmiljö.

I en enkät har elever i årskurs 6 och 9 fått svara på frågan om någon i klassen är utsatt för mobbning (figur 12). I Vindeln svarar 41 procent nej på den frågan. Minst mobbning är det i Åsele där 81 procent svarade nej på frågan.

Ungdomars allmänna välbefinnande varierar mellan kommunerna. I Sorsele angav 97 procent att de mår bra eller mycket bra medan motsvarande andel i Bjurholm är 74 procent. Eleverna i de flesta kommunerna rapporterar lägre välbefinnande än i riket som helhet. Välbefinnandet och mobbningen skiljer sig även mellan flickor och pojkar. Pojkar rapporterar i något högre utsträckning att de mår bra och inte har någon mobbning i klassen. Välbefinnandet är även högre bland elever i årskurs 9 jämfört med årskurs 6 trots att färre säger sig vara i en klass utan mobbning.

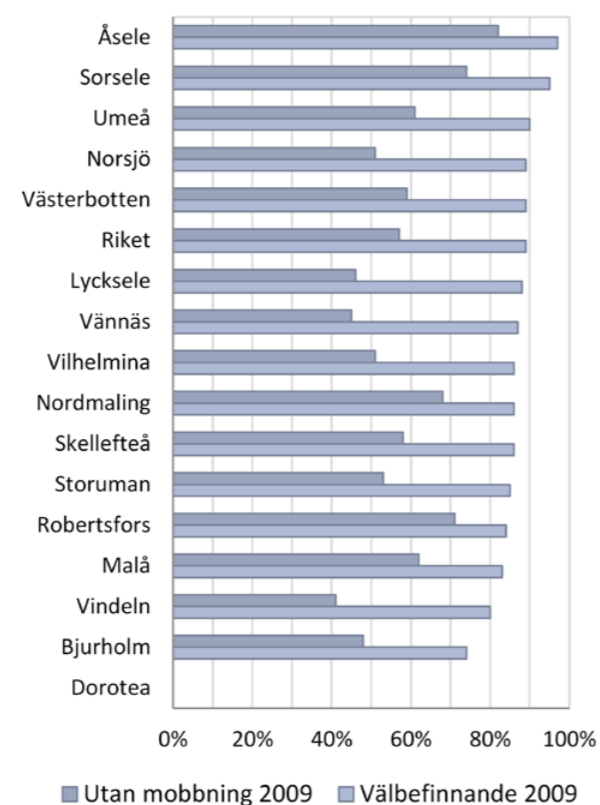
Skolprestationer har betydelse för ungdomars psykiska ohälsa

**Figur 11.** Andel barn som går i förskola 1-5 år. Andel personal i förskolan med högskoleutbildning. Kommuner. Data från Skolverket och Kolada.



Nästan två av tio barn går inte i förskola i Västerbotten. Storuman har högst andel högskolutbildad personal i förskolan.

**Figur 12.** Andel av eleverna i årskurs 6 och 9 som mår bra och utan mobbning i klassen. Kommuner. Data från FHI.



Nio av tio barn svarar att de mår bra i folkhälsoinstitutets enkät.

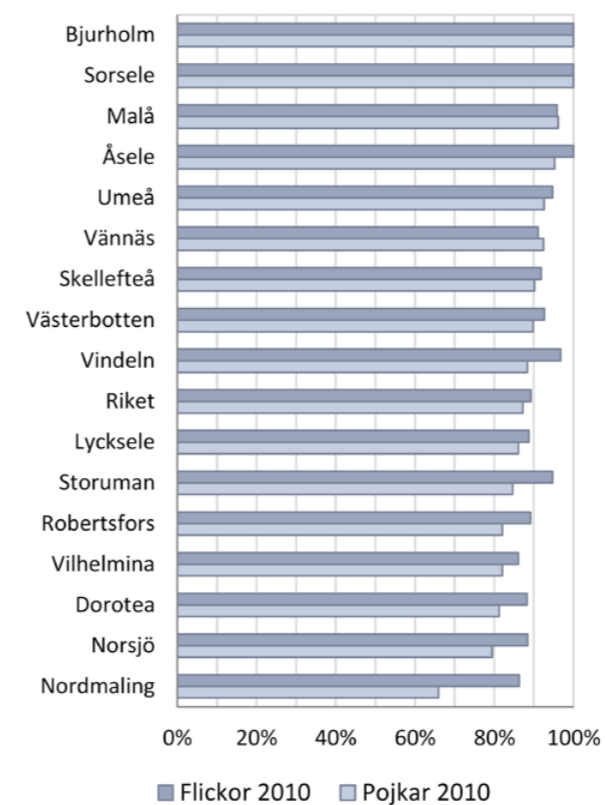
samtidigt som deras välbefinnande påverkar deras prestationer. Skolresultaten har även senare betydelse för ungas möjligheter på arbetsmarknaden. Ungdomar utan fullföljd skolgång har sämre möjligheter att etablera sig på arbetsmarknaden och med det följer de hälsorisker som är förknippat med sämre ekonomiska och sociala förhållanden.

Skolprestationer är även viktiga för den ekonomiska utvecklingen. Behoven av utbildad arbetskraft ökar och det ställer ökande krav på den grundläggande skolgången. En ökning av grupper som hamnar utanför arbetsmarknaden innebär dels ett hinder för framtida tillväxt samtidigt som grupper utanför arbetsmarknaden innebär samhällsekonomiska kostnader.

Ekonomisk utveckling och ekonomisk tillväxt är en viktig förutsättning för att öka de ekonomiska resurserna i samhället. De ökande resurserna kan sedan användas till satsningar på skola och hälsovård.

Behörighet till gymnasieskolan är därför en viktig indikator för

**Figur 13.** Andel elever med gymnasiebehörighet. Flickor och pojkar. Kommunala huvudmän. Data från Skolverket, FHI.



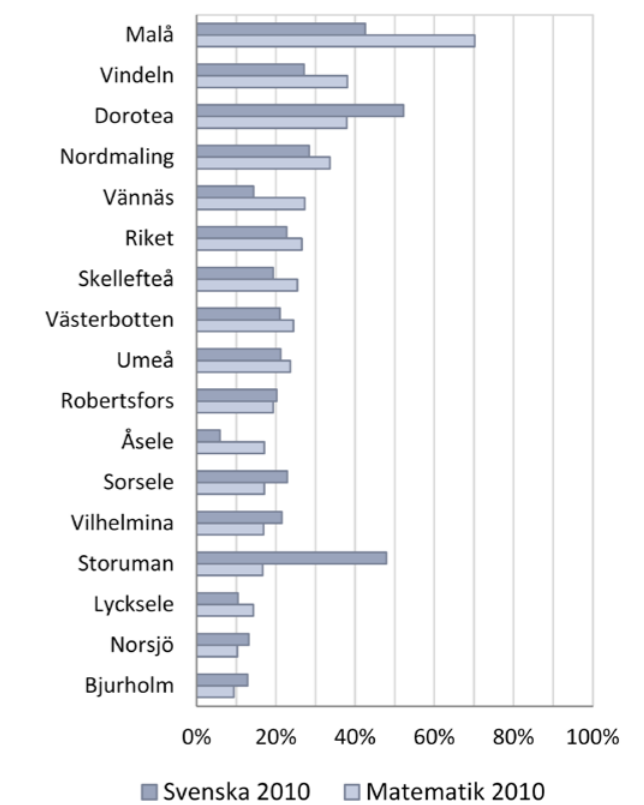
Låg gymnasiebehörighet för pojkar i flera av länets kommuner.

uppväxtvillkorens betydelse för hälsan under hela livet.

I Västerbottens län är det stora skillnader i gymnasiebehörighet mellan kommunerna (figur 13). I Bjurholm och Sorsele hade alla elever behörighet till gymnasiet år 2010 medan nästan fyra av tio pojkar i Nordmaling saknade behörighet (lägsta andelen behöriga i riket). I Robertsfors, Norsjö, Dorotea och Vilhelmina var det närmare 20 procent av pojkarna som saknar behörighet. I de flesta kommuner hade fler flickor än pojkar gymnasiebehörighet, undantaget är Malå och Vännäs.

Några av de kommuner som ligger bra till vad det gäller gymnasiebehörighet har en sämre överensstämmelse mellan slutbetyget i årskurs 9 och det betyg eleverna fick på de nationella proven (figur 14). Nära 70 procent av eleverna i Malå fick ett högre betyg i matematik än det som presterades på det nationella provet. Även Storuman, Dorotea och Vindeln hade höga andelar som fick höjt betyg i matematik eller svenska.

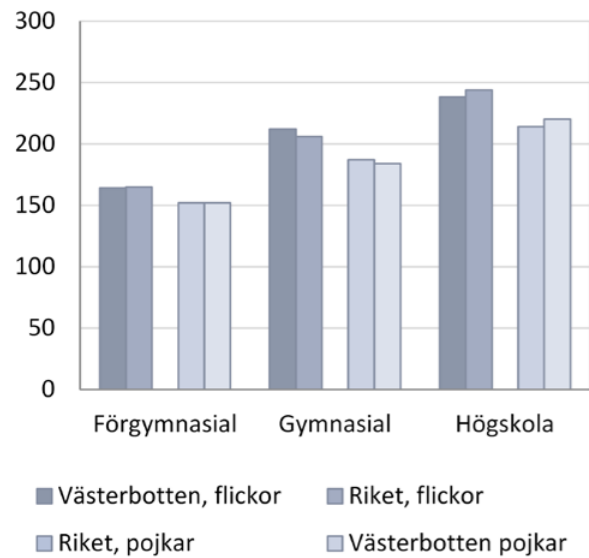
**Figur 14.** Andel elever med högre slutbetyg än betyget på nationella proven i årskurs 9. Matematik och svenska. Kommunala huvudmän. Data från Skolverket.



I flera kommuner gavs högre slutbetyg än vad som gavs på nationella proven i matematik och svenska.

Det är även tydliga skillnader i skolresultaten mellan pojkar och flickor (figur 15). Flickor har högre meritvärden än pojkar oavsett föräldrars utbildningsnivå. Det är även stora skillnader i meritvärden efter föräldrars utbildningsnivå. Barn där någon förälder har läst på högskolan har de högsta genomsnittliga meritvärdena. I Västerbotten har barn till föräldrar med gymnasial utbildning något högre meritvärden än i riket medan barn till föräldrar med högskoleutbildning har något lägre meritvärden än i riket.

**Figur 15.** Genomsnittliga meritvärden i årskurs 9. Flickor och pojkar. Föräldrars utbildningsnivå. Västerbotten och riket. Data från Skolverket.



Flickor har högre meritvärden än pojkar och meritvärdet ökar i genomsnitt med föräldrarnas utbildningsnivå.

## Miljöer och produkter

Miljöer och produkter är ett brett målområde som omfattar såväl hälsoeffekter av miljöfaktorer som skador av olika slag. Några miljöfaktorer som har betydande effekter på barn är luftföroreningar, kemiska ämnen, UV-strålning, buller och olika skadefaktorer.

Barn är en grupp som är särskilt känsliga för luftföroreningar (rapport folkhälsoinstitutet). I förhållande till sin vikt andas barn in större volymer jämfört med vuxna samtidigt som de har ett svagare immunförsvar. Luftföroreningar kan ge hjärt- och kärlsjukdomar, lungsjukdomar och astma. Förekomst av luftföroreningar kan även störa barns utveckling, till exempel utvecklingen av lungfunktionen.

Luftföroreningar kommer huvudsakligen från trafik, uppvärmning, långväga transporter och industri. Huvudsakliga luftföroreningar är kvävedioxid, ozon och partiklar. Partiklar är ett relativt större problem i mindre tätorter i de kallare delarna av landet där den småskaliga vedeldningen är en betydande källa till utsläpp. I de större tätorterna är däremot vägtrafiken den huvudsakliga källan till partikelutsläpp (RUS).

Den största källan till exponering av kemiska ämnen är via kosten och foster och spädbarn som ammas är särskilt känsliga grupper. Det kan bli störningar av fortplantningsförmågan och påverkan på barns utveckling även vid låga doser om de pågår under en längre tid och det finns belägg för hälsoeffekter som till exempel cancer. Det finns ca 30 000 kemiska ämnen på marknaden inom EU och färre än 1 500 av dessa har utvärderats med avseende på hälso- och miljöeffekter.

Det finns ett tydligt samband mellan UV-exponering och hudcancer. Barns hud är känsligare än vuxnas och solljus och brännskador är mer skadliga. Barn vistas också ofta i miljöer med direkt solljus.

Buller har flera effekter på hälsan. Buller kan orsaka hörselnedsättning och tinnitus. Buller försämrar även inlärningsförmågan. Barn är en extra utsatt grupp då de har kortare hörselgångar. Mätningar på förskolor visar att bullernivån kan vara hög.

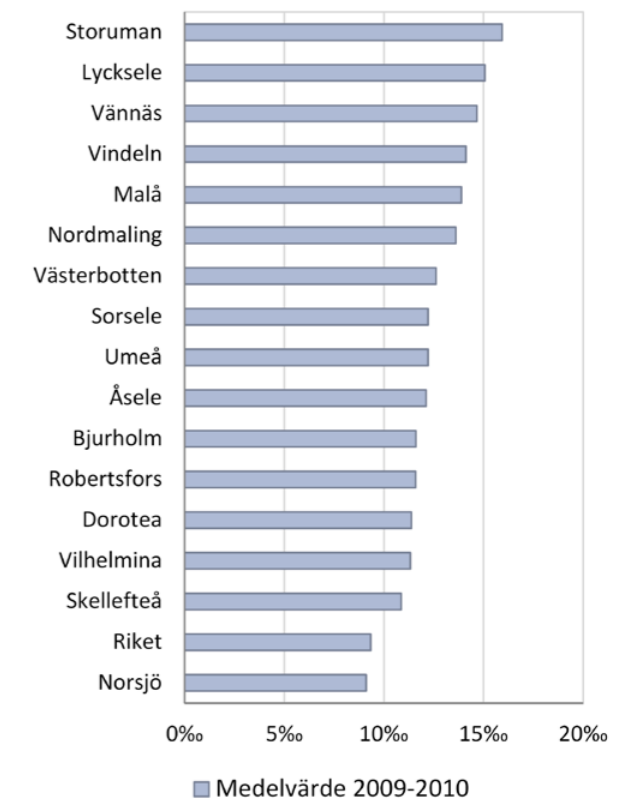
Skador är den vanligaste dödsorsaken bland barn och unga i riket. Den vanligaste miljöerna där skador uppkommer är hem, skola och fritidsmiljö (cirka 80 procent av alla skador). De flesta dödsolyckorna sker i trafiken. Barn som lever med föräldrar som är ensamstående, fattiga eller som har en låg utbildningsnivå löper större risk att råka ut för skador.

Av de svenska länen har Västerbotten den näst högsta skaderisken med 13 skador som kräver sjukhusvård per 1 000 barn (efter

Gotland). Övriga Norrlandslän ligger på drygt 10 skador per 1 000 barn. I länets kommuner är det sex kommuner som ligger högre än genomsnittet för länet som helhet (figur 16). Det är endast Norsjö som har en lägre skaderisk än rikets genomsnitt.

I Västerbotten vårdades i genomsnitt 69 per 100 000 barn i åldern 0-17 år för en avsiktlig självdestruktiv handling 2009-10. Det var något fler än i riket där motsvarande siffra var 61. Flickor var överrepresenterade (dubbelt så många som pojkarna).

**Figur 16.** Antal skador som kräver slutna sjukhusvård per 1 000 barn 0-19 år. Kommuner. Data från Socialstyrelsen.



Nästan alla kommuner i Västerbotten har en högre andel som drabbas av skador än riket.

## Hälsofrämjande hälso- och sjukvård

Det förebyggande hälsoarbetet är centralt för att befolkningen ska förbättra sin hälsa. Mycket av det förebyggande hälsoarbetet riktat till barn och unga förmedlas via mödravården och barnhälsovården, via ungdomsmottagningar, tandvården och skolhälsovården. För ett lyckat hälsofrämjande arbete är det betydelsefullt med samverkan kring insatser som fokuserar på barnens hela situation.

Barnhälsovården har en viktig roll för det hälsofrämjande arbetet. Barnens utveckling följs med olika metoder för att tidigt upptäcka sjukdomar. De vaccinationer som genomförs har en viktig roll för skydd mot smittspridning. Barnhälsovården har även möjlighet att tidigt upptäcka sociala missförhållanden.

I Västerbotten är det stora skillnader i antal barn per heltidstjänst på barnhälsovården (figur 17). I Malå och Vindeln är det fler än 100 barn per heltidstjänst medan Sorsele och Åsele har färre än 50 barn per heltidstjänst.

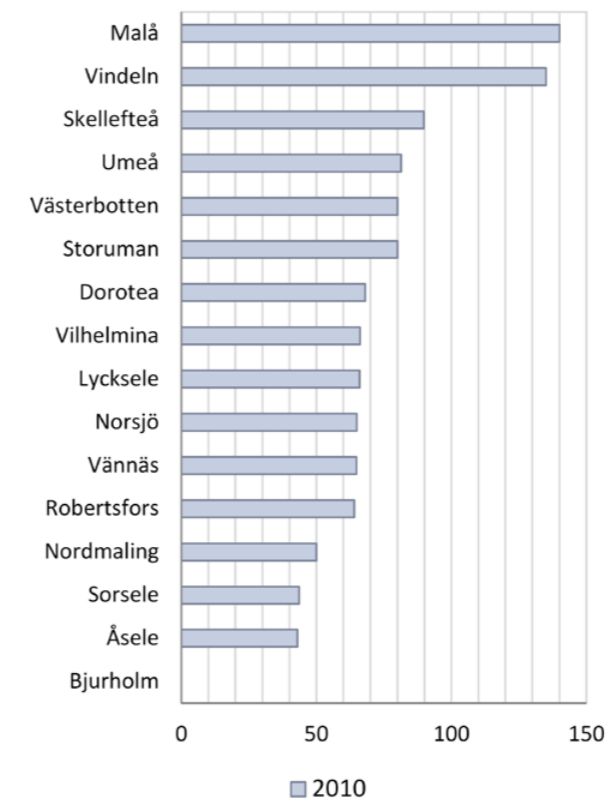
Ett förebyggande arbete som uppmuntrar sunda levnadsvanor bland barn och ungdomar har stor betydelse för deras framtida hälsa. Här kan barn- och skolhälsovården spela en viktig roll.

Prioritering när det gäller skolhälsovården skiljer sig också åt mellan kommunerna (figur 18). I Sorsele går drygt tre procent av grundskolans kostnader till elevvården medan motsvarande andel för Malå är en procent.

Ungdomsmottagningarna har en viktig roll för att förebygga smittspridning av sexuellt överförbara infektioner (STI) och för att minska förekomsten av tonårsgraviteter.

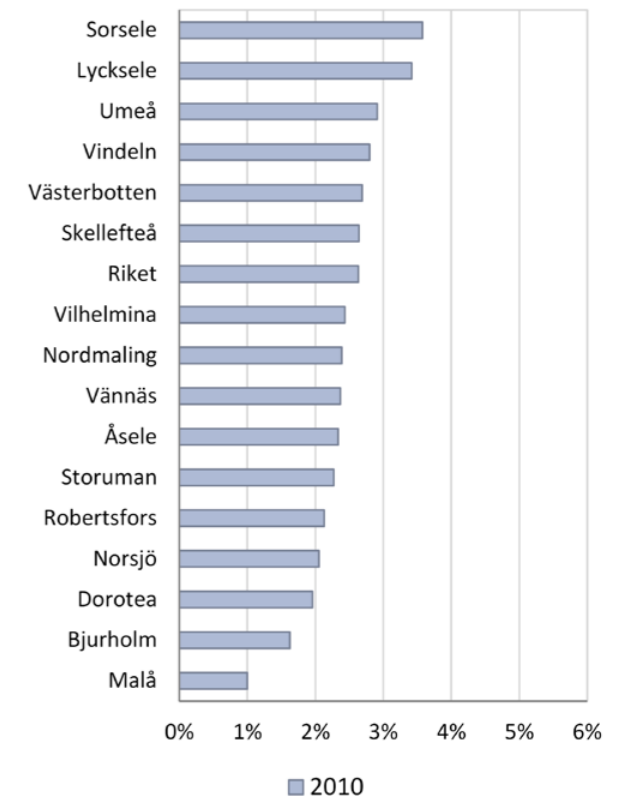
Tandvården har en viktig informerande roll när det gäller barns och ungdomars matvanor förutom sin behandlande roll av tandhälsan.

**Figur 17.** Antal nyfödda per heltidstjänst på BVC. Kommuner. Data från VLL.



Åsele och Sorsele har högst bemanning på BVC.

**Figur 18.** Andel av grundskolans kostnader som går till elevvård. Kommuner. Data från Skolverket.



Elevvårdens andel av skolans totala kostnader varierar från en procent till nästan fyra procent.

I det förebyggande hälsoarbetet är det viktigt med breda insatser som involverar olika aktörer i samhället. I Västerbotten finns flera satsningar för att samverka kring det förebyggande hälsoarbetet både på regional och på kommunal nivå.

Ett förebyggande arbete sker i Salut-satsningen. Västerbottens läns landsting har startat Salut-satsningen för att skapa hälsofrämjande insatser med barn och ungdomar i fokus där föräldrarna involveras redan under graviditeten. Utifrån de nationella folkhälsomålen prioriteras trygga och goda uppväxtvillkor, ökad fysisk aktivitet och goda matvanor. Salut-satsningen är indelad i moduler som baseras på barnets olika åldrar. Inom varje modul prioriteras de insatser som bedöms mest angelägna i just den åldern. Barnet passerar under uppväxten genom modulerna och möts av hälsofrämjande och sjukdomsförebyggande insatser på flera nivåer. Genom Salut-satsningen följer samverkan som en röd tråd.

Länsgrupp Barn och unga har bildats för att hålla samman strategiska samverkansfrågor om barns och ungas hälsa i Västerbottens län. Gruppen diskuterar barn och unga, strukturer, samverkan och resultat i ett helhetsperspektiv. Ambitionen är att underlätta och understödja konkret samverkan som förbättrar barns och ungas hälsa. Länsgrupp Barn och unga består av chefer från olika verksamhetsområden i länets kommuner och i landstinget och fungerar som beredande organ till AC Konsensus, vilket är det politiska samverkansorganet mellan kommuner och landsting.

Några kommuner i länet arbetar i samverkan mellan förvaltningar i kommunen och landsting för att åstadkomma effektiva former för hälsofrämjande insatser för första linjens vård och omsorg avseende barn och ungdomar med psykisk ohälsa och psykisk sjukdom. Erfarenheterna från deras utvecklingsarbeten sprids till andra kommuner genom årligen återkommande spridningsseminarier som Länsgrupp Barn och unga bjuder in till.

Det finns även en överenskommelse mellan kommuner och landsting att samverka vid misstanke och förekomst av psykiskt funktionshinder hos barn och unga. Överenskommelsen berör samverkan mellan skolan och BUP (barn och ungdomspsykiatriska kliniken). Det yttersta syftet är att utveckla samverkan så att barn och unga med psykiska funktionshinder ska få bästa möjliga bemötande och de mest adekvata insatserna så tidigt som möjligt.

Satsningar sker även i enskilda kommuner för att öka samverkan mellan olika kommunala verksamheter, landsting och andra aktörer i hälsoarbetet.

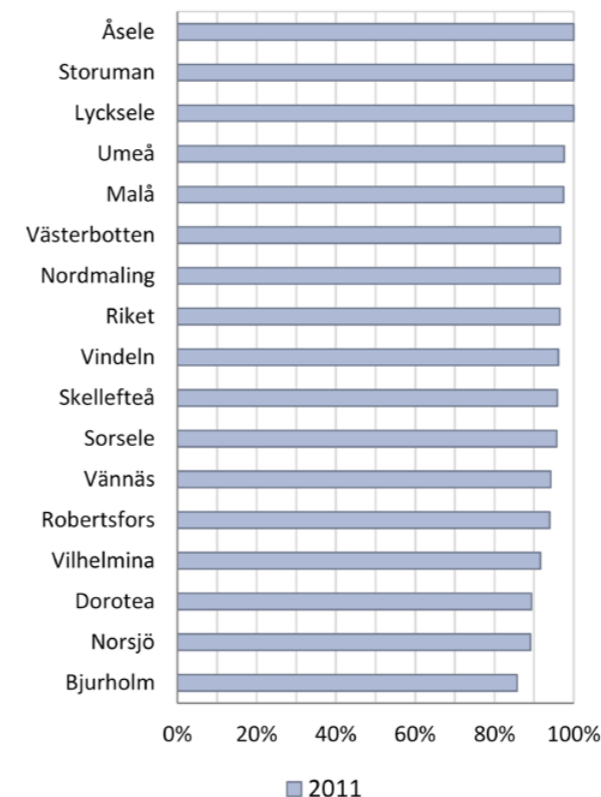
## Skydd mot smittspridning

Att förhindra smittspridning av sjukdomar är ett viktigt sätt att förebygga ohälsa. En av de mest effektiva åtgärderna är vaccination. Andra aspekter handlar om att förebygga antibiotikaresistens och minskad spridning av infektionssjukdomar. Infektionssjukdomar uppskattas vara orsak till en majoritet av dödsfallen i världen.

Sjukdomsfallen har nästan helt försvunnit för de sjukdomar som ingår i nationella vaccinationsprogrammet. Deltagande i programmet har ökat och ligger väl över gränsen för flockimmunitet. Hela befolkningen är då skyddad även om inte alla individer är vaccinerade.

I Västerbotten varierar vaccinationsdeltagandet för MPR (mässling, påssjuka, röda hund) mellan 86 och 100 procent mellan kommunerna (figur 19). Åsele, Storuman och Lycksele har 100-procentigt deltagande i MPRvaccinationen.

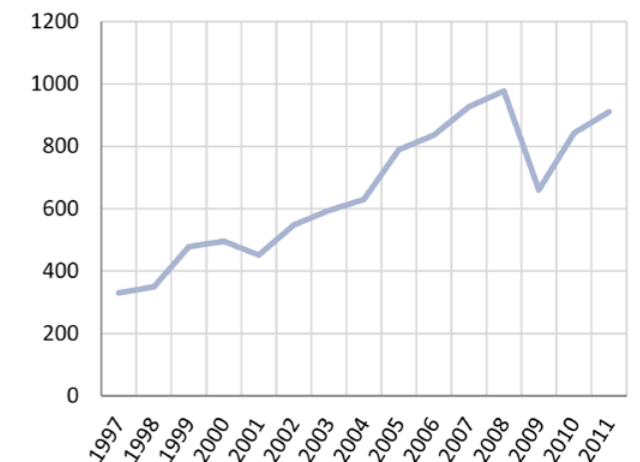
**Figur 19.** Andel spädbarn som vaccinerats mot mässling, påssjuka, röda hund (MPR). Kommuner. Data från Socialstyrelsen, FHI.



Högt deltagande i vaccinationsprogrammet för MPR (mässling, påssjuka, röda hund) i alla kommuner.

För referens klicka på målområdet högst upp på sidan eller se sid. 36.

**Figur 20.** Antal konstaterade fall av klamydia 1997-2011. Västerbotten. Data från Smittskyddsinstitutet.



Kraftig ökning av antalet konstaterade fall av klamydia i länet under de senaste 15 åren.

Ungdomar är en särskilt sårbar grupp för att smittas av sexuellt överförbara infektioner (STI) som klamydia och HIV. Klamydia kan ge komplikationer som kan påverka fortplantningsförmågan hos både pojkar och flickor. Många ungdomar dröjer med att testa sig vilket kan innebära många smittade om en infektion kommer in i ungdomsgruppen. Ändrade relationsmönster där den monogama relationen inte har samma betydelse innebär fler partners och större smittorisker.

Sexuellt överförbara sjukdomar som HIV och klamydia ökar generellt. I Västerbotten har antalet konstaterade fall av klamydia tredubblats sedan 1997 (figur 20).

Ett viktigt sätt att minska smittspridningen är att förlänga livslängden på befintlig antibiotika. En ökande antibiotikaresistens är ett viktigt problem som innebär ökad ohälsa i form av förlängd behandling och ökad dödlighet. Längre behandlingstider innebär även ökade sjukvårds- och sjukskrivningskostnader.

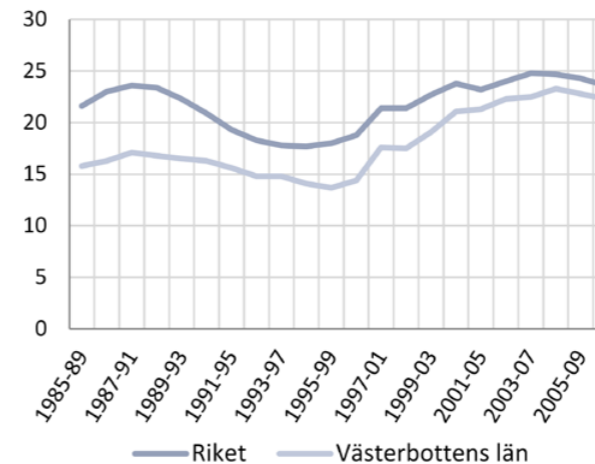
En del resistent bakterier har fått fäste och drabbar i allt större utsträckning barn och yngre vuxna som är fallet med MRSA.

## Sexualitet och reproduktiv hälsa

Sexuell och reproduktiv hälsa handlar om samlevnad, relationer och livskvalitet oavsett kön, sexuell identitet, funktionsnedsättning eller etnicitet. Förekomsten av oskyddat sex bland unga vuxna kan innebära allvarliga hälsorisker. Rätten till sexuell hälsa handlar även om frihet från tvång och våld.

Ungas sexualitet och relationsmönster har betydelse för deras hälsa. Oskyddat sex innebär ökad risk för sexuellt överförbara infektioner (STI) och större förekomst av tonårsgraviditeter. Unga mödrar och deras barn är i större utsträckning än andra grupper utsatta för misshandel och våld och är ofta mer socioekonomiskt utsatta.

**Figur 21.** Antal aborter per 1 000 kvinnor 15-19 år 1985-2009. Västerbotten och riket. Data från Socialstyrelsen, FHI.

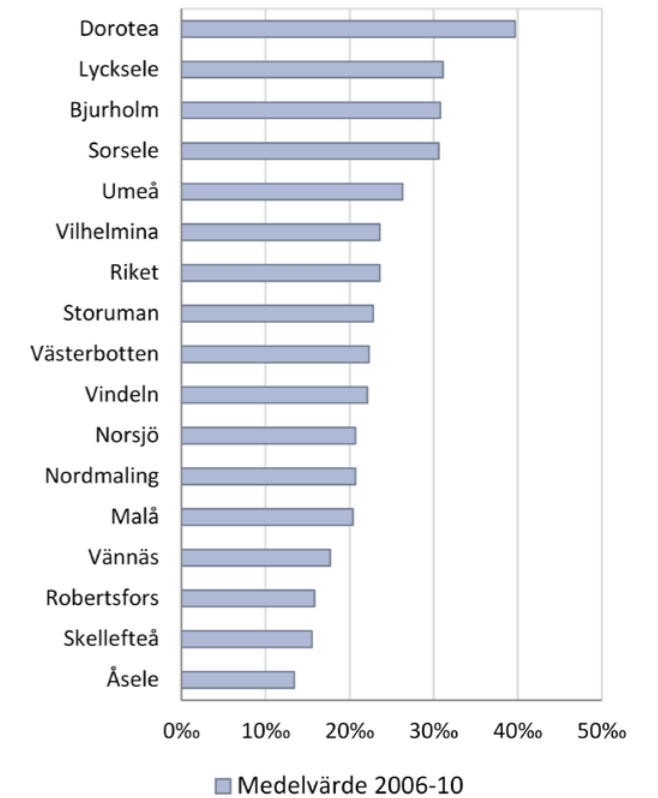


Västerbotten har lägre aborttal än riket men skillnaden har minskat.

En indikator på förekomsten av oskyddat sex är antalet aborter. Västerbotten har ett något lägre aborttal än riket (figur 21). Även antalet aborter har ökat över tid men med en viss avmatning under 00talet. Västerbotten har närmast sig genomsnittet för riket.

Det är stora skillnader i aborttal inom länet (figur 22). Dorotea har 40 aborter per 1 000 kvinnor i åldern 15-19 år medan motsvarande siffra för Åsele är färre än 15.

**Figur 22.** Antal aborter per 1 000 kvinnor 15-19 år. Kommuner. Data från Socialstyrelsen, FHI.



Två av hundra unga kvinnor gör abort varje år i Västerbotten.

Sexuellt våld och tvång drabbar i större utsträckning ungdomar och ensamstående kvinnor med små barn. Förekomsten av sexuellt tvång kan påverka individen under lång tid efter själva övergreppet. Barn som utsätts för sexuella övergrepp hamnar lättare i narkotikamissbruk och annat självskadande beteende. Självmord är också vanligare. Ett övergrepp under barndomen påverkar även välbefinnandet i vuxen ålder.

## Fysisk aktivitet

Fysisk aktivitet har en tydlig koppling till hälsa både som behandling och i förebyggande syfte. Genom tillräcklig fysisk rörelse är det möjligt att minska risken för bl a övervikt, hjärt- och kärlsjukdomar samt olika cancersjukdomar. Fysisk aktivitet har positiva effekter på den psykiska hälsan och för barn är rörelse viktigt för både inlärning och koncentration.

Världshälsoorganisationen (WHO) rekommenderar att barn och ungdomar mellan 5-17 år är aktiva minst 60 minuter per dag med övervägande konditionsträning. De positiva effekterna på hälsan ökar om man är aktiv utöver detta. Minst tre gånger per vecka bör det vara högtintensiv träning.

I undersökningen Skolbarns hälsovanor 2009/2010 var det bara 20 procent av elvaåriga pojkar som var fysiskt aktiva minst en timme om dagen och andelen barn som går eller cyklar till skolan har minskat.

För att uppmuntra till ökad fysisk aktivitet är det viktigt med attraktiva, säkra och tillgängliga miljöer med gångbanor, cykelbanor och grönområden. För barn handlar det om tillgänglighet till välplanerade lekplatser. En annan faktor som uppmuntrar till fysisk aktivitet är närhet till idrotts- och simanläggningar. Kostnaderna för att delta i olika aktiviteter är en begränsande faktor som kan ha stor betydelse för ekonomiskt utsatta grupper.

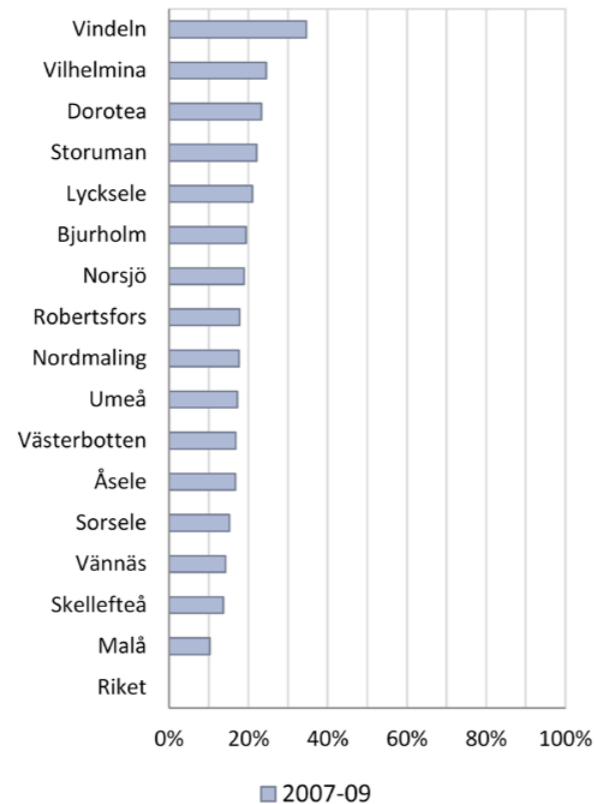
Fysisk aktivitet beror på attityder och beteenden. Här kan skolan spela en roll för att ge en grundläggande positiv attityd till rörelse. Stillasittande är en separat riskfaktor för ohälsa. Det innebär att man också bör undvika för mycket stillasittande.

Överlag är fysisk aktivitet hälsofrämjande men det innebär även en risk för skador. Flest skador inträffar bland barn i åldrarna 10-20 år för både könen. Det är därför viktigt att kombinera ökad fysisk aktivitet med en prioritering av skadeförebyggande arbete.

Övervikt och fetma är en viktig riskfaktor för sjukdomar. Övervikt beror delvis på för lite fysisk aktivitet men även på dåliga matvanor.

Var sjätte 4-åring i Västerbotten lider av övervikt eller fetma (figur 23). Andelen varierar kraftigt mellan kommunerna. I Vindelns kommun hade 2009 drygt 30 procent av 4-åringarna övervikt eller fetma medan samma siffra för Malå var ca 10 procent.

**Figur 23.** Andel 4-åringar med övervikt eller fetma. Kommuner. Data från VLL.



Nästan två av tio fyraåringar lider av övervikt i Västerbotten.

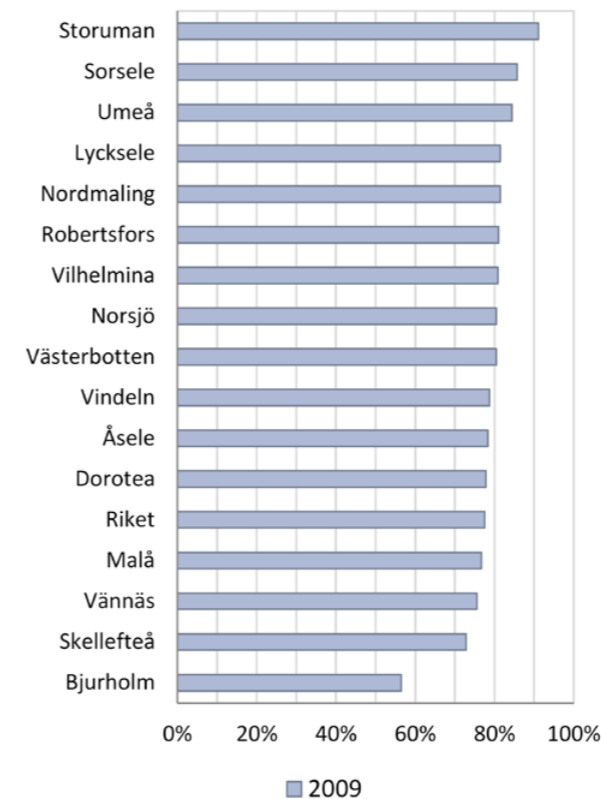
## Matvanor och livsmedel

Goda matvanor är en förutsättning för god hälsa. Det här sambandet mellan matvanor och hälsa är väldokumenterat. I Världshälsoorganisationens lista över de tio viktigaste riskfaktorerna för den globala sjukdomsburden är sex av riskfaktorerna relaterade till matvanor. Matvanor grundläggs tidigt under livet och matvanornas betydelse är viktig under hela uppväxten. Redan nyföddas amning är viktig för den fortsatta hälsan under livet.

Bröstmjolk innehåller alla näringsämnen det nyfödda barnet behöver och ammade barn har bland annat lägre risk för mag och tarminfektioner och öroninfektioner. Amning kan även minska risken för högt blodtryck och övervikt senare i livet. Sverige har en av de högsta amningsfrekvenserna i världen.

I Västerbotten ammas drygt 80 procent vid 4 månader antingen helt eller delvis (figur 24). Det finns skillnader mellan kom-

**Figur 24.** Andel spädbarn som ammas helt eller delvis vid 4 månaders ålder. Kommuner. Data från Socialstyrelsen, FHI.



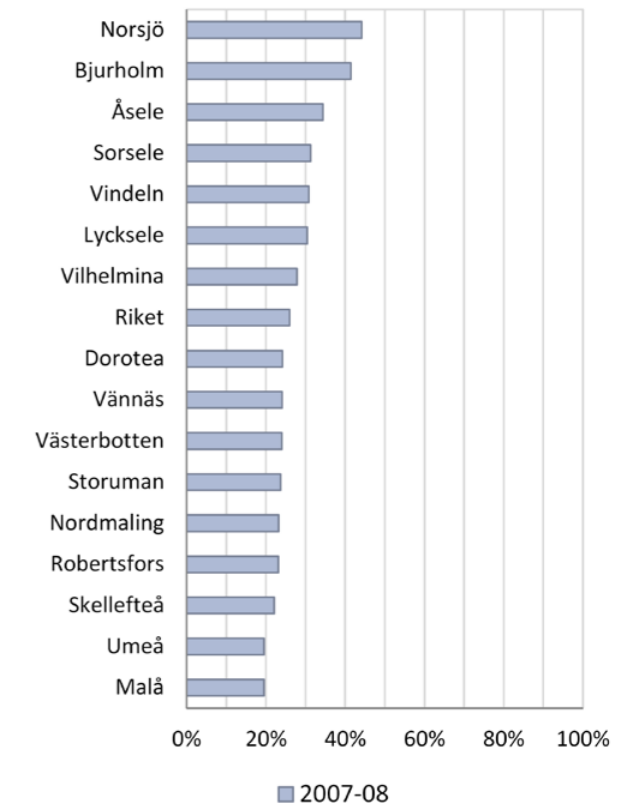
Åtta av tio barn ammas helt eller delvis vid fyra månaders ålder i länet.

munerna. I Storuman ammas ca 90 procent och i Bjurholm cirka 55 procent.

En kost med en låg konsumtion av frukt och grönt en ökad dödlighet i bland annat mag- och tarmcancer. Den nationella kostundersökningen visade att barn äter mindre frukt och grönt än vad som rekommenderas. De får inte heller tillräckligt fiberrik kost. Intaget av godis, läsk och sötsaker varierar mellan åldrarna men uppgår i genomsnitt till ca en fjärdedel av kaloriintaget. Högt sockerintag leder till övervikt men har även en stark koppling till förekomsten av karies.

I Västerbotten är det stora skillnader i kariesförekomst hos sexåringar (figur 25). I två kommuner, Norsjö och Bjurholm, har drygt 40 procent karies. I Umeå och Malå är förekomsten av karies hälften så stor, 20 procent.

**Figur 25.** Andel 6-åringar med karies. Kommuner. Data från VLL.



Mer än två av tio sexåringar har karies i Västerbotten.

## Alkohol, narkotika, dopning, tobak och spel

Alkoholkonsumtion är en stor riskfaktor för ohälsa och död i framtid. Alkoholintag innebär direkta risker för hälsan genom skador till följd av våld, drunkning, bränder, fall och trafikolyckor. Det innebär även risker för hälsan genom skador på organ och vanor som är en följd av det giftiga ämne som bildas när alkoholen bryts ner i kroppen. Alkoholintag kan även innebära indirekta effekter på hälsan genom de sociala och ekonomiska problem som är förknippat med ett alkoholberoende.

Olika kartläggningar har visat att cirka 20 procent av alla barn bor med föräldrar som konsumerar alkohol i sådan mängd att det innebär risk för föräldrarnas egen hälsa. Omkring 1,2 procent av alla barn har en förälder som vårdats i slutenvård för alkohol- eller narkotikamissbruk. Det skulle motsvara drygt 331 barn i länet.

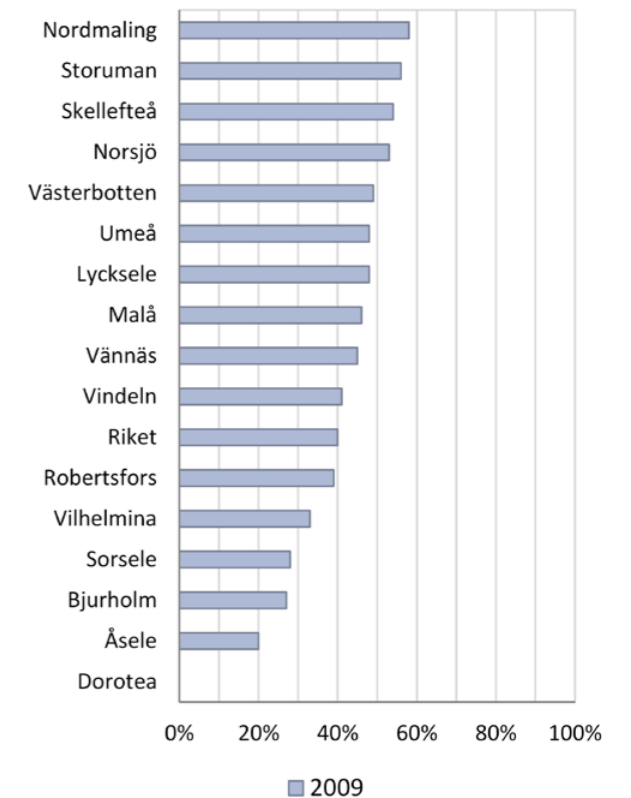
Nationella data visar att alkoholkonsumtionen bland ungdomar stadigt har minskat sedan 70-talet. Allt fler avstår från att överhuvudtaget dricka alkohol. Det gäller både niondeklassare och elever i årskurs 2 på gymnasiet. Den riskabla alkoholkonsumtionen är dock betydligt högre i gruppen unga vuxna (16-29 år) än bland äldre åldersgrupper.

I Västerbottens län varierar andelen som inte dricker alkohol i årskurs 9 mellan kommunerna (figur 26). I Nordmaling är det 60 procent som inte dricker i alkohol medan i Åsele är motsvarande siffra bara 20 procent.

Alkoholkonsumtionen skiljer sig mellan olika grupper. Utrikesfödda har överlag en lägre andel med riskabla alkoholvanor även om det finns stora skillnader inom gruppen.

Antalet vårdade för alkoholförgiftning bland ungdomar 15-19 år ökade kraftigt mellan 1998 och 2007, men har därefter sjunkit tillbaka något.

**Figur 26.** Andel elever i årskurs 9 som svarat "Nej, jag dricker inte alkohol" på enkätfråga. Kommuner. Data från FHI.



Hälften av eleverna i årskurs nio dricker inte alkohol.

Tobaksrökning har ett tydligt negativt samband med hälsa och alla som röker drabbas av någon form av ohälsa på grund av tobaksrökningen. Det finns direkta samband med ett fyrtiotal olika sjukdomar, bl a hjärt- och kärlsjukdomar, KOL och olika cancerformer. Rökare har en genomsnittlig livslängd som är tio år kortare än en ickerökare. Även snusning innebär en ökad risk för ohälsa, exempelvis olika cancerformer, hjärtinfarkt och dödlig stroke.

Passiv rökning innebär överlag samma risker som för rökaren själv om än i mindre grad. Det innebär att barn som lever med rökande föräldrar är utsatta för betydande hälsorisker. Det finns även ett samband mellan föräldrar som röker och ungdomar som röker.

I Västerbotten är det överlag en lägre andel spädbarn som lever med rökande föräldrar jämfört med rikets snitt (figur 27). Det är även en lägre andel gravida som röker i länet. Det finns variationer mellan kommunerna. Bjurholm har den högsta andelen rökning bland gravida medan Nordmaling har den högsta

andelen spädbarn i hushåll med rökande föräldrar. Lägst andel rökande spädbarnsföräldrar finns i Vännäs med ett indexvärde på 95. Lägst andel rökande gravida finns i Sorsele.

Rökningen bland tonåringar varierar mellan kommunerna (figur 28). Högst andel som inte röker finns i Storuman (drygt 70 procent) medan samma andel i Sorsele är 35 procent.

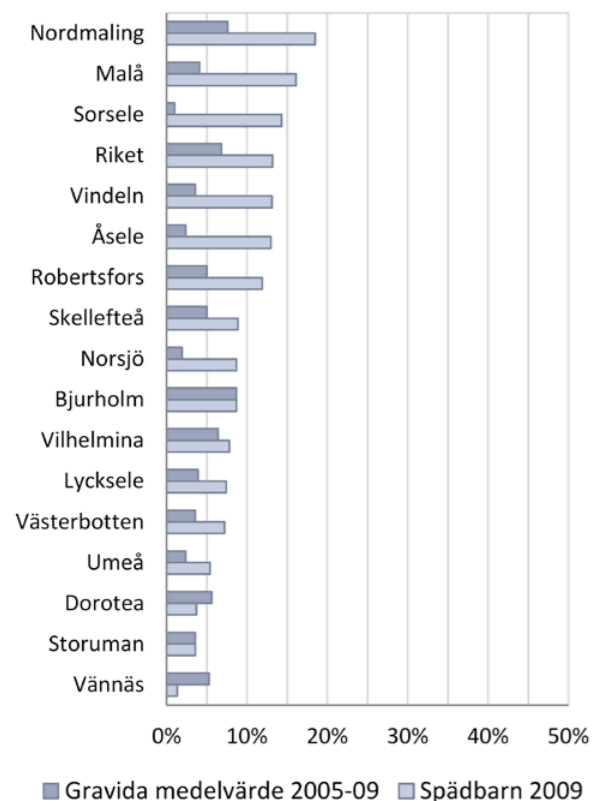
Narkotikabruk ökar risken för död i förtid och är kopplat till olika medicinska och psykiska problem. Även måttlig användning av narkotika kan ge upphov till psykisk ohälsa. Användningen av narkotika är låg i Sverige jämfört med andra länder. Trots det, dör mer än en person per dag av narkotikarelaterade orsaker i Sverige. Narkotikaanvändning är vanligare bland män än bland kvinnor och vanligast bland yngre vuxna. En grupp med större bruk av narkotika är studenter och det är vanligare med narkotikabruk i storstäder.

En jämförande undersökning visade att 7 procent av svenska niondeklassare provat narkotika vid något tillfälle medan mot-

svarande siffra i andra länder är så hög som 20 procent. Även de ungdomar med en riskabel användning är en något mindre grupp i Sverige relativt Europa.

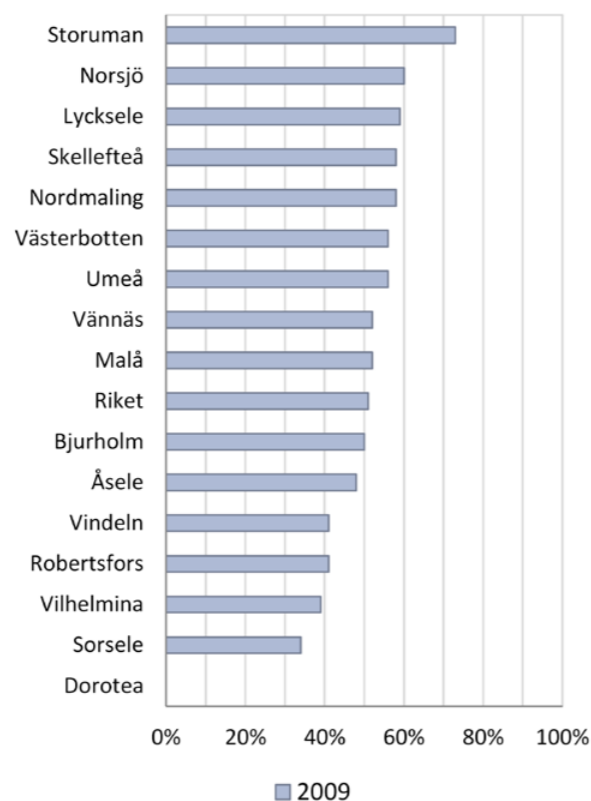
Spel om pengar är kopplat till ökad ohälsa i form av psykisk ohälsa och alkoholberoende. För spel om pengar gäller 18 årsgräns. Det förekommer ändå spelande bland ungdomar under 18 av båda könen. Spelandet är större bland pojkar. Det finns undersökningar som pekar på att spel om pengar har minskat bland minderåriga.

**Figur 27.** Andel gravida som röker respektive andel spädbarn 0-4 veckor där någon i hushållet röker. Kommuner. Data från Socialstyrelsen, FHI.



Färre gravida och färre spädbarnsföräldrar röker i Västerbotten jämfört med riket.

**Figur 28.** Andel elever i årskurs 9 som svarat "Nej, jag röker inte" på enkätfråga. Kommuner. Data från FHI.



Färre elever i årskurs nio röker i Västerbotten jämfört med riket.

### **Inledning**

Köhler, Lennart. Indikatorer för barns hälsa i Sverige. Rädda barnen. 2004. Stockholm

Köhler, Lennart. Barnhälsoindex för stadsdelarna i nordöstra Göteborg. NHV-rapport 2010:9 R. Nordiska högskolan för folkhälsovetenskap. 2010. Göteborg.

### **Målmråde 1:** Delaktighet.

Kunskapsunderlag för Folkhälsopolitisk rapport 2010. R 2011:31. Östersund. Statens folkhälsoinstitut.

### **Målmråde 2:** Ekonomiska och sociala förutsättningar.

Kunskapsunderlag för Folkhälsopolitisk rapport 2010. R 2011:24. Östersund. Statens folkhälsoinstitut.

### **Målmråde 3:** Barns och ungas uppväxtvillkor.

Kunskapsunderlag för Folkhälsopolitisk rapport 2010. R 2011:06. Östersund. Statens folkhälsoinstitut.

### **Målmråde 5:** Miljöer och produkter.

Kunskapsunderlag för Folkhälsopolitisk rapport 2010. R 2011:13. Östersund. Statens folkhälsoinstitut.

### **Målmråde 6:** Hälsöfrämjande hälso- och sjukvård.

Kunskapsunderlag för Folkhälsopolitisk rapport 2010. R 2011:31. Östersund. Statens folkhälsoinstitut.

### **Målmråde 7:** Skydd mot smittspridning.

Kunskapsunderlag för Folkhälsopolitisk rapport 2010. R 2011:26. Östersund. Statens folkhälsoinstitut.

### **Målmråde 8:** Sexualitet och reproduktiv hälsa.

Kunskapsunderlag för Folkhälsopolitisk rapport 2010. R 2011:02. Östersund. Statens folkhälsoinstitut.

### **Målmråde 9:** Fysisk aktivitet.

Kunskapsunderlag för Folkhälsopolitisk rapport 2010. R 2011:15. Östersund. Statens folkhälsoinstitut.

### **Målmråde 10:** Matvanor och livsmedel.

Kunskapsunderlag för Folkhälsopolitisk rapport 2010. R 2011:23. Östersund. Statens folkhälsoinstitut.

### **Målmråde 11:** Alkohol.

Kunskapsunderlag för Folkhälsopolitisk rapport 2010. R 2011:16. Östersund. Statens folkhälsoinstitut.

### **Målmråde 11:** Tobak.

Kunskapsunderlag för Folkhälsopolitisk rapport 2010. R 2011:11. Östersund. Statens folkhälsoinstitut.

### **Målmråde 11:** Narkotika.

Kunskapsunderlag för Folkhälsopolitisk rapport 2010. R 2011:25. Östersund. Statens folkhälsoinstitut.

### **Målmråde 11:** Spel.

Kunskapsunderlag för Folkhälsopolitisk rapport 2010. R 2011:19. Östersund. Statens folkhälsoinstitut.



En uppväxande generation som trivs och mår bra har betydelse för hela samhället. Hälsan hos barn och unga är betydelsefull för barnen idag men även för barnen när de blir vuxna. En välmående befolkning med god folkhälsa är en viktig aspekt för att åstadkomma en socialt hållbar utveckling. Samtidigt som en god folkhälsa även kan innebära positiva effekter på den ekonomiska och demografiska utvecklingen.

Barnhälsorapport 2012 är framtagen för att ge en samlad beskrivning av hur barn och unga i Västerbotten mår. Rapporten är tänkt att fungera som ett underlag för diskussion om mål och prioriteringar i de verksamheter som möter barn och unga i sitt arbete.

Barnhälsorapport 2012 inleds med en beskrivning av hälsoläget hos barn och unga i Västerbotten följt av fördjupningar inom varje folkhälsomål. Fördjupningarna beskriver folkhälso-målet och relaterar det till nuläget i Västerbotten läns kommuner.



REGION  
VÄSTERBOTTEN

Region Västerbotten  
Box 443, 901 09 Umeå, Sweden  
BESÖKARE Västra Norrlandsgatan 13, Umeå  
TELEFON +46 90 16 57 00 FAX +46 90 77 05 91  
[www.regionvasterbotten.se](http://www.regionvasterbotten.se) [www.facebook.com/regionvasterbotten](http://www.facebook.com/regionvasterbotten)