



KORT RAPPORT

Hälsobokslut 2019

Levnadsvanor och samhällskostnader

Innehåll

Sammanfattning	3
Inledning	4
Utvecklingen av folkhälsoläget 2019.....	4
Hur levnadsvanor påverkar samhällskostnader.....	5
Tidigare prognoser gjorda i Hälsokalkylatorn	7
Resultat av nya beräkningar i Hälsokalkylatorn	10
Hur mycket kan man spara vid minskning av riskfaktorer med 2 %? ..	10
Vad kan man spara på minskade socioekonomiska skillnader?.....	12
Utvecklingen av risklevnadsvanor – jämförelse med Västerbotten och riket	18
Hur jobbar vi med levnadsvanefrågor?	22

Sammanfattning

Verktøget "Hälsokalkylatorn" mäter förändringar i levnadsvanor och är framtagen av HFS-nätverket (Hälsöfrämjande hälso- och sjukvård). Hälsokalkylatorn syftar till att skatta hur nyinsjuknande och relaterade kostnader och hälsa förändras om förekomsten av risklevnadsvanor förändras under förutsättningen att allt annat är lika. Många andra faktorer i omvärlden påverkar förstås, men Hälsokalkylatorn är ändå ett intressant prognosverktyg för kunna beräkna samhällskostnader och potentialen i förebyggande arbete inom bland annat regioner och kommuner. Skattningarna utförs på 15 sjukdomar och baseras på förekomsten av fyra risklevnadsvanor på befolkningsnivå: fetma, daglig rökning, fysisk inaktivitet och riskkonsumtion av alkohol.

Region Norrbottens folkhälsocentrum har testat Hälsokalkylatorn med två förändringar av andelen befolkning med dessa fyra risklevnadsvanor. Det första testet gjordes med en generell minskning med 2 procentenheter för båda könen och samtliga tre åldersgrupper i verktøget. I det andra testet ändrades andelen inom samtliga fyra risklevnadsvanor till den socioekonomiska gruppen (i det här fallet mätt genom utbildningsnivå) som har lägst andel inom respektive risklevnadsvana.

Sammanfattningsvis finns en potential att spara -30 mkr på fem år och -136 mkr på tio år inom Norrbottens hälso- och sjukvård om vi kan minska hälsoklyftorna genom att förbättra levnadsvanorna till samma nivå i alla befolkningsgrupper oavsett utbildningsnivå. För kommunerna i Norrbotten finns potential att på motsvarande sätt minska kostnaderna med -18 mkr på fem år och på tio år med -82 mkr totalt.

Vid minskning med 2 procentenheter generellt finns möjlighet att minska kostnaderna för hälso- och sjukvården med -13,4 mkr på fem år. Störst besparing inom hälso- och sjukvården finns inom en minskad andel dagliga rökare.

Inledning

Upplägget av rapporteringen och form av Hälsobokslut förändras något för att ligga i god linje med den rapportering som kopplar till förverkligandet av Norrbottens folkhälsostrategi 2018-2026 och dess handlingsplaner.

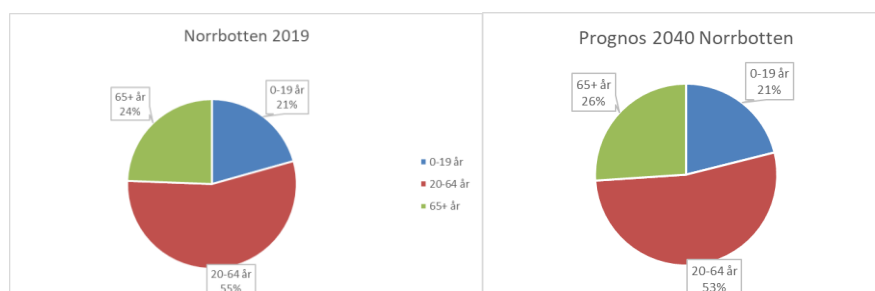
Eftersom hälsa och dess bestämningsfaktorer är långsamma, rörliga mått publiceras ett större hälsobokslut för Norrbotten vart fjärde år och tillika en gång under varje mandatperiod. Det större Hälsobokslutet vart fjärde år utgör den gemensamma rapporteringen av genomförandet av Norrbottens folkhälsostrategi och tas fram i ett samarbete mellan Region Norrbotten, Norrbottens Kommuner och Länsstyrelsen. Övriga år kommer årlig rapportering av Hälsobokslut i kortare form (denna) att belysa olika teman, trendbrott samt beskriva de viktigaste händelserna från det gångna året. Detta Hälsobokslut kommer, som tidigare år, att utformas enbart av Region Norrbotten.

Nästa större hälsobokslut planeras till år 2023 utifrån *Hälsa på lika villkor*-undersökningen som genomförs 2022.

Utvecklingen av folkhälsoläget 2019

Befolkningen i Norrbotten fortsätter att minska och åldras. År 2019 var minskningen 404 personer, till stor del beroende på ett födelseunderskott på -383, dvs fler dör än som föds i länet. Flyttningsnettot var -92 personer pga utflyttning till övriga Sverige. Totala befolkningen i Norrbotten landade på 250 093 för 2019.

I *figur 1* nedan redovisas faktiska befolkningsfördelningen år 2019 jämfört med befolkningsprognosen för 2040 för Norrbotten. Gruppen 65 år och äldre förväntas öka med 2 procentenheter, men det finns stora skillnader på kommunnivå. I exempelvis Övertorneå kommun förväntas andelen äldre öka från 34 % till 39 % av befolkningen enligt prognosen. Då andelen barn och unga upp till 19 år ligger stabilt, så är det gruppen i arbetsför ålder, 20-64 år, som minskar.



Figur 1. Norrbottens befolkning och åldersfördelning 2019-2040. Källa SCB.

Trots regionala och nationella mål om en mer jämlik och jämställd hälsa visar nationella rapporter på ökade skillnader mellan grupper i samhället. I Norrbotten ser vi en ökande psykisk ohälsa, speciellt bland yngre

flickor/kvinnor¹ och hbtq+ personer som mår sämre än övriga befolkningen i de nordligaste länen.²

Den förväntade medellivslängden vid födseln har ökat något vid senaste året men fortsatt har norrbottningarna, främst män, kortare förväntad livslängd i jämförelse med övriga Sverige. Samtidigt visar undersökningen Hälsa på lika villkor 2018 att andelen norrbottningar som skattar sin hälsa som bra eller mycket bra har minskat. Detta kan innebära fler år med sjukdom och ökat behov av hälso- och sjukvård samtidigt som andelen befolkning i gruppen arbetsför ålder minskar och leder till en ökad demografisk försörjningskvot. Därför blir det allt viktigare med förebyggande och hälsofrämjande åtgärder, inte bara för att få ned hälso- och sjukvårdskostnader i region och kommun, utan även för länets kompetensförsörjning och arbetsmarknad, och inte minst för individens välmående genom livet. Våra levnadsvanor orsakar flera sjukdomar som till stor del kan förebyggas. Enligt WHO kan 80 % av insjuknandet i hjärtinfarkt och stroke förebyggas genom hälsosamma levnadsvanor och minst 30 % av cancersjukdomarna. Hälsosamma levnadsvanor kan också i hög grad uppskjuta, och i vissa fall helt förebygga, insjuknandet i typ 2 diabetes. Medicinska framsteg kan inte kompensera för att vi lever på ett sätt som går oss sjuka. Det kan till synes vara enkla saker att förändra, men de flesta människor har svårt att ändra levnadsvanor kring kost, motion, alkohol och tobak exempelvis. Insatser behöver göras för att förenkla för individer att både ha goda levnadsvanor liksom att ändra risklevnadsvanor.

Hur levnadsvanor påverkar samhällskostnader

Verktaget ”Hälsokalkylatorn” mäter förändringar i levnadsvanor och är framtagen av HFS-nätverket (Hälsofrämjande hälso- och sjukvård) i samarbete med hälsoekonom Inna Feldman på Uppsala universitet och finns tillgängligt på HFS-nätverkets webbsida. Det är ett verktyg som inte tar hänsyn till omvärldsfaktorer och förändringar i omvärlden som kan påverka människors levnadsvanor, men är ändå ett intressant prognosverktyg för kunna beräkna samhällskostnader och potentialen i förebyggande arbete inom bland annat regioner/landsting.

Skattningar av möjliga besparingar i samhällskostnader då befolkningens levnadsvanor ändras kan vara ett stöd vid beslutsfattande. Med hjälp av skattningar i Hälsokalkylatorn går det att beskriva olika tänkbara scenarier i form av beskrivningar och beräkningar av hypotetiska tillstånd. Hälsokalkylatorn syftar till att skatta hur nyinsjuknande och relaterade kostnader och hälsa förändras om förekomsten av risklevnadsvanor förändras under förutsättningen att allt annat är lika. Många andra faktorer än förekomsten av de fyra riskfaktorerna som ingår i Hälsokalkylatorn kan förstås påverka framtiden, såsom förändringar i befolkningens åldersstruktur,

¹ <https://www.norrboten.se/sv/Utveckling-och-tillvaxt/Folkhalsa/Hur-mar-vi-i-lanet/Hur-samlar-vi-kunskap/Halsosamtal-i-skolan/Rapporter-Halsosamtal-i-skolan/>

² [https://www.norrboten.se/publika/lg/utv/Folkhalsocentrum/HBTQ/Analys%20av%20halsa%20i%20HBTQgrupper%20\(analysrapport%202019\)%20Moestam%20Bergstrom%20Wuolo.pdf](https://www.norrboten.se/publika/lg/utv/Folkhalsocentrum/HBTQ/Analys%20av%20halsa%20i%20HBTQgrupper%20(analysrapport%202019)%20Moestam%20Bergstrom%20Wuolo.pdf)

in- och utflyttning, förändringar i medicinsk teknologi och praxis, andra riskfaktorer för sjuklighet och andra former av miljö- och samhällspåverkan.

Det Hälsokalkylatorn gör är att verktyget skattar förändringar i bl.a. antal nya sjukdomsfall och förändringar i relaterade samhällskostnader för hälso- och sjukvård, kommun respektive Försäkringskassan.

Skattningarna utförs på 15 sjukdomar och baseras på förekomsten av **fyra risklevnadsvanor på befolkningsnivå** (kost ingår inte):

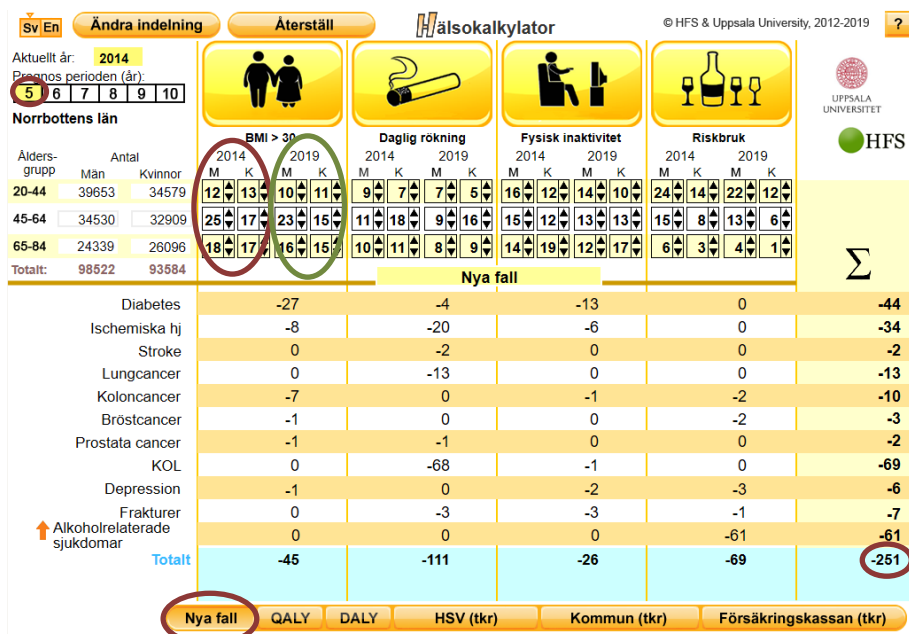
- Fetma, dvs BMI>30
- Daglig tobaksrökning
- Fysisk inaktivitet/brist på motion, definierat fr.o.m. HLV 2018 som andelen som rör sig mindre än 150 minuter per vecka (pulshöjande och vardagsaktiviteter)
- Riskkonsumtion av alkohol – definierat som veckokonsumtion mer än 14 standardglas för män och mer än 9 standardglas för kvinnor, alternativt intensiv konsumtion mer än 4 standardglas för män och mer än 3 för kvinnor vid ett och samma tillfälle.

I Hälsokalkylatorns tabeller redovisas förändringar i antal nya sjukdomsfall och kostnadsförändringar per diagnos. De diagnoser som finns med är diabetes, ischemiska sjukdomar, stroke, lungcancer, koloncancer, bröstcancer, prostatacancer, KOL, depression, frakturer, samt alkoholrelaterade sjukdomar (matstrupscancer, levercancer, levercirros, epilepsi, psykiska störningar av alkohol).

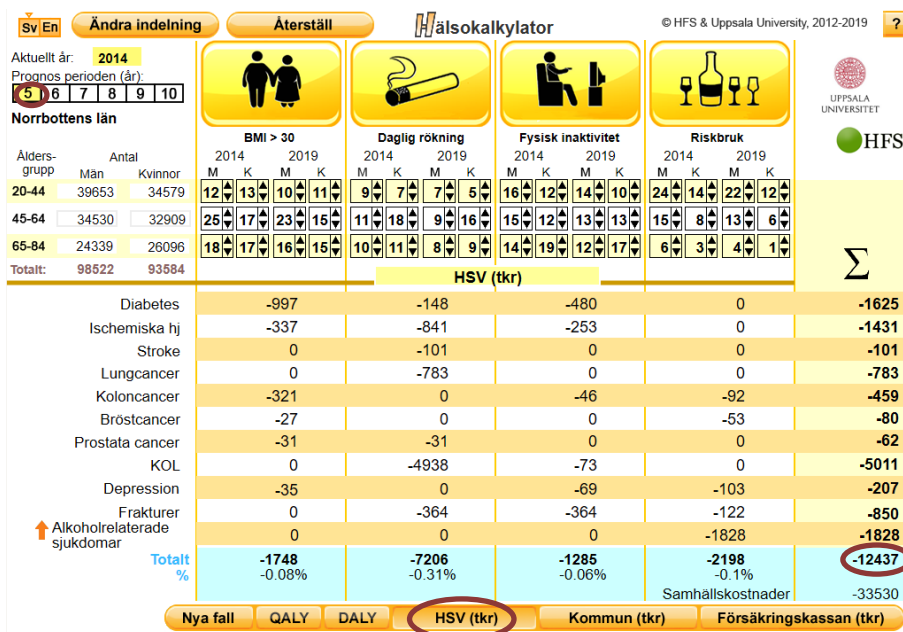
Att beakta, senare forskning har visat samband mellan ohälsosamma levnadsvanor och ytterligare ett antal cancersjukdomar som inte inryms i Hälsokalkylatorn i dagsläget. Det innebär att en minskning av andelen personer med risklevnadsvanor skulle medföra ytterligare besparingar och omvänt ökad förekomst av risklevnadsvanor skulle medföra ännu högre kostnader.

Tidigare prognoser gjorda i Hälsokalkylatorn

Region Norrbottens folkhälsocentrum har tidigare gjort 5-årsprognoser utifrån statistik från Hälsa på lika villkor-undersökningen 2014. I denna prognos utgick man från att andelen med respektive risklevnadsvana skulle minska med 2 % fram till år 2019 för båda könen och samtliga åldersgrupper enligt figur 2 och 3 nedan. De procentsatser som används framgår i spalterna under respektive risklevnadsvana i figuren. Under det först angivna året, i det här fallet 2014, finns den faktiska statistiken per kön och åldersgrupp angiven. Under det andra året, i detta fall 2019 eftersom prognosen är satt till fem år, har önskad procentsats matats in med den ökning eller minskning som man vill testa. I figur 2 och 3 har alltså procentandelarna minskats med 2 generellt.



Figur 2. Tidigare prognos med 2-procentig minskning generellt 2014-2019, förändring i antal nya fall. Källa: HFS



Figur 3. Tidigare prognos med 2-procentig minskning generellt 2014-2019, förändring i kostnader för hälso- och sjukvården. Källa: HFS

Resultatet 2014-2019 blev att med den 2-procentiga minskningen av andelen med risklevnadsvanorna skulle 251 färre nya fall kan förväntas och minskade kostnader inom hälso- och sjukvården kan beräknas till -12 437 000 kr. Av dessa 12,4 mkr utgörs besparingarna av ca -1,7 mkr pga minskad förekomst av fetma, -7,2 mkr pga färre dagligrökare, -1,3 mkr pga färre fysiskt inaktiva samt -2,2 mkr pga minskat alkoholriskbruk.

Störst minskning av antal nya fall skulle bli inom gruppen daglig rökning med -111 personer och där skulle också hälso- och sjukvårdens kostnadsbesparingar bli störst. Utifrån perspektivet diagnoser skulle de största kostnadsbesparingarna bli inom KOL (-5 mkr), alkoholrelaterade sjukdomar (-1,8 mkr), diabetes (-1,6 mkr) och ischemiska sjukdomar (-1,4 mkr) på dessa fem prognosår.

Hur blev då utfallet på fem år - sänktes andelen med risklevnadsvanor med 2% även i verkligheten? Den jämförelse vi kan göra är med påföljande Hälsa på lika villkor-undersökning som gjordes 2018 (Norrbotten deltar med utökad urval vart fjärde år). Vi kan konstatera att levnadsvanorna bara förbättrades när det gäller andelen totalt som röker dagligen. För de andra levnadsvanorna har det tvärtom försämrats och andelen med riskfaktorerna har ökat generellt, se *tabell 1 och 2*. För både män och kvinnor har andelen med fetma ökat med flera procentandelar fram till år 2018 i samtliga åldersgrupper. Riskbruk av alkohol har också ökat förutom för män i den yngsta åldersgruppen 20-44 år. Den enda riskfaktorn som uppnått den prognosticerade minskningen om två procent eller ännu bättre för båda könen och samtliga åldersgrupper är andelen dagliga rökare.

Mellan 2014 och 2018 har exempelvis faktiska andelen dagliga rökare i befolkningen minskat med -6 procentenheter bland kvinnor 45-64 år och med -5 procentenheter bland män 20-44 år (siffrorna i *tabell 1 och 2* visar

inte detta utan endast den prognosticerade andelen efter minskningen med 2 procentenheter utifrån 2014 års faktiska statistik).

Utifrån detta resultat bör hälso- och sjukvården alltså ha minskat kostnaderna med mer än de prognosticerade -6,4 mkr när det gäller sjukdomar kopplat till rökning. Motsvarande bör då kostnaderna för sjukdomar pga fetma, fysisk inaktivitet och riskbruk inte ha minskat utan i stället ha ökat fram till 2019. De faktiska kostnadsförändringarna går inte att uppskatta eller jämföra eftersom det i verkligheten inte går att separera omvärldsfaktorers inverkan eller levnadsvanors inverkan på sjukdomar på samma sätt som i en simuleringsmodell. I Hälsokalkylatorn visas endast förändringar i kostnader, det går inte att utläsa de inmatade värdena för ursprungskostnader eller vad de prognosticerade kostnaderna landar på. Även om det inte går att se exakta siffror på vilka resultat insatserna ger, så hade andelen med risklevnadsvanor med sannolikhet varit större utan några insatser alls.

Risikfaktorn fysisk inaktivitet redogörs inte i jämförelsen nedan eftersom indikatorn har ändrat definition mellan åren och siffrorna därför inte är helt jämförbara.

Tabell 1. Jämförelse **män**, prognosticerad andel för 2019 och faktisk andel 2018. Källa HLV.

	BMI 14/19	BMI 2018	Differens	Dagl rök 14/19	Dagl rök 2018	Differens	Riskbruk 14/19	Riskbruk 2018	Differens
20-44	10	16	6	7	4	-3	22	21	-1
45-64	23	26	3	9	8	-1	13	19	6
65-84	16	18	2	8	7	-1	4	10	6

Tabell 2. Jämförelse **kvinnor**, prognosticerad andel för 2019 och faktisk andel 2018. Källa HLV.

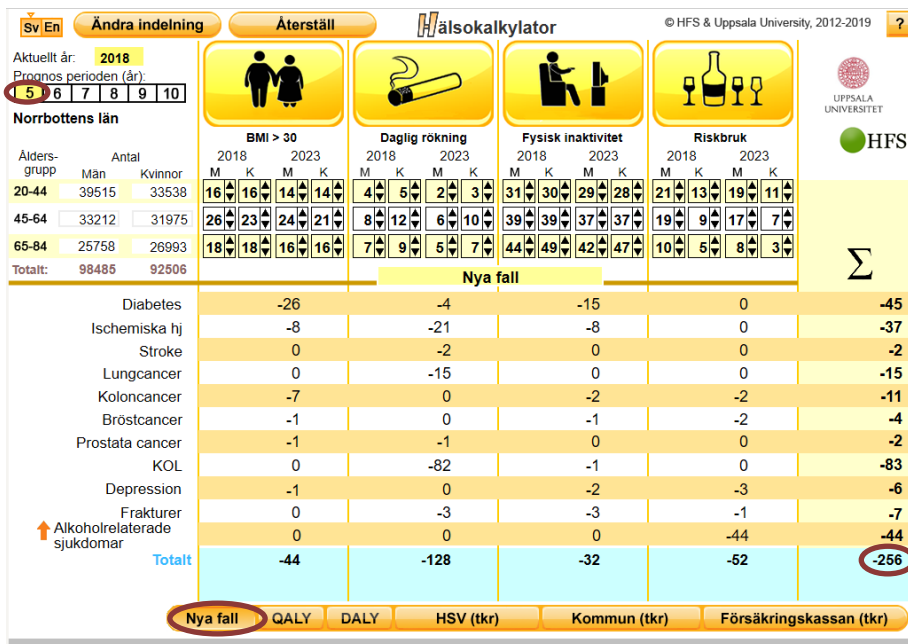
	BMI 14/19	BMI 2018	Differens	Dagl rök 14/19	Dagl rök 2018	Differens	Riskbruk 14/19	Riskbruk 2018	Differens
20-44	11	16	5	5	5	0	12	13	1
45-64	15	23	8	16	12	-4	6	9	3
65-84	15	18	3	9	9	0	1	5	4

Resultat av nya beräkningar i Hälsokalkylatorn

Med nya data från Hälsa på lika villkor 2018 har vi gjort om prognosen om en 2-procentig minskning av riskfaktorerna i alla åldersgrupper på 5 år. Vi har också kört Hälsokalkylatorn utifrån minskade hälsoklyftor mellan socioekonomiska grupper (här mätt i form av utbildningsnivå) på 5 respektive 10 år, så att andelen med riskfaktorer minskar till nivån för den socioekonomiska grupp som har lägst andel med fetma, daglig rökning, fysisk inaktivitet och riskbruk år 2018.

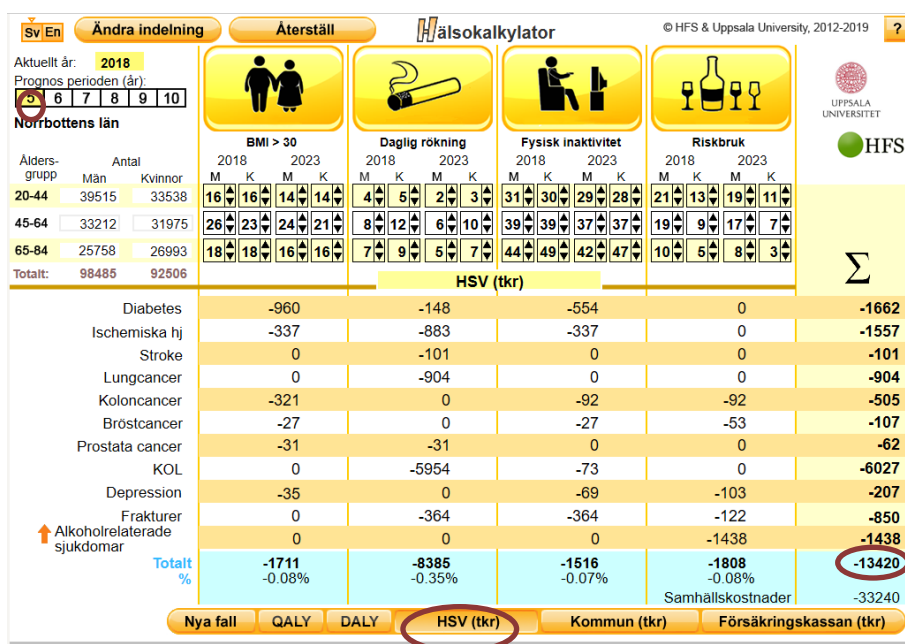
Hur mycket kan man spara vid minskning av riskfaktorer med 2 %?

Precis som i prognosen för från 2014 valde vi först att minska risklevnadsvanorna för 2018 års befolkning med 2 % generellt i alla åldersgrupper under en femårsperiod. Resultatet visas i *figur 4 och 5*. Utfallet skulle då till år 2023 bli att -256 färre förväntade nya fall på grund av minskning av andelen med risklevnadsvana. Besparing i kronor för hälso- och sjukvården blir totalt 13 420 000, det vill säga -13,4 mkr, *se figur 5*. Störst besparing finns inom en minskad andel dagliga rökare. Här minskar antalet nya fall med -128 individer och ca -8,4 mkr. Besparingarna inom övriga risklevnadsvanor beräknas bli ungefär -1,7 mkr på fetma, -1,5 mkr på fysisk inaktivitet, samt -1,8 mkr på alkoholriskbruk.



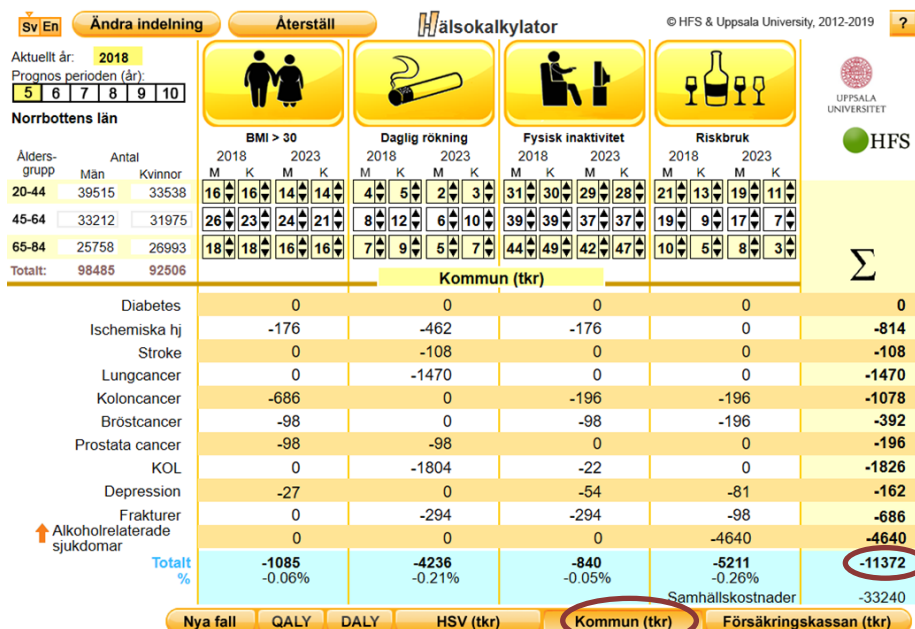
Figur 4. Prognos med 2-procentig minskning generellt 2018-2023, förändring i antal nya fall. Källa: HSF.

Per diagnos finns möjlighet till störst besparingar inom KOL -6 mkr, diabetes -1,7 mkr, ischemiska sjukdomar -1,6 mkr och alkoholrelaterade sjukdomar -1,4 mkr på fem år.



Figur 5. Prognos med 2-procentig minskning generellt 2018-2023, förändring i kostnader för hälso- och sjukvården (tkr). Källa: HFS

I Hålsokalkylatorn kan beräkningar även göras för kostnadsförändringar för kommun och Försäkringskassa. Enligt figur 6 framgår kostnadsbesparingarna för kommunerna i Norrbotten på fem år vid 2-procentig minskning generellt i risklevnadsvanor.



Figur 6. Prognos med 2-procentig minskning generellt 2018-2023, förändring i kostnader för kommuner (tkr). Källa: HFS

Den totala besparingen för kommunerna gemensamt i Norrbotten skulle bli 11 372 000 kr på fem år. Till skillnad mot hälso- och sjukvården, där

minskad daglig rökning ger störst kostnadspåverkan, så skulle den största besparingen i kronor komma från minskningen i alkoholriskbruk med ungefär -5,2 mkr. Per diagnos finns möjlighet till den största besparingen inom alkoholrelaterade sjukdomar -4,6 mkr.

Förändringen i totala samhällskostnaderna skulle bli -33 240 000 kr på fem år vid en 2-procentig minskning generellt.

Vad kan man spara på minskade socioekonomiska skillnader?

Ett av målen med folkhälsoarbetet är en jämlik och jämställd hälsa, och att minska hälsoklyftorna mellan befolkningsgrupper. Utifrån 2018 års befolkning och levnadsvanestatistik har vi i Hälsokalkylatorn från ett jämlikhetsperspektiv testat vad som händer om andelen inom samtliga fyra risklevnadsvanor sjunker till den socioekonomiska grupp (utbildningsnivå) som har lägst andel inom respektive risklevnadsvana.

Utbildning ses som en av de viktigaste bestämningsfaktorerna för en individs hälsa genom livet. Generellt har individer bättre hälsa och lägre andel risklevnadsvanor ju högre utbildning man har. I undersökningen ”Hälsa på lika villkor” har vi grupperat utbildningsnivå efter följande tre kategorier:

- Kort utbildning – upp till 2 års studier på gymnasienivå
- Mellanlång utbildning – mellan 3 år gymnasienivå och 2 års studier högskola/universitet
- Lång utbildning – 3 års högskola/universitet eller mer

Resultaten från 2018 visar att den generella ”sanningen” om att högre utbildning leder till hälsosammare levnadsvanor och bättre hälsa inte stämmer när det gäller riskbruk av alkohol i vissa åldersgrupper. I *tabell 3* visas att andel med riskbruk av alkohol i den yngsta åldersgruppen, 20-44 år, är lägre bland de med lång utbildning jämfört med kort utbildning för både kvinnor och män som förväntat. I gruppen män 65-84 år är det däremot en tydlig skillnad där 14 % av de med lång utbildning har riskbruk jämfört med endast 9 % av de med kort utbildning. Den låga andelen med riskbruk i gruppen äldre män med kort utbildning kan bero på förtida dödlighet, dvs i gruppen kan ingå många med ohälsosamma vanor inklusive hög alkoholkonsumtion vilket påverkar kvarvarande andel.

Bland kvinnor är skillnaden inte lika tydlig, utan man kan säga att kvinnor i åldersgrupperna 45-64 och 65-84 har samma nivå av riskbruk oavsett utbildningsnivå. Kvinnor har också generellt lägre andel i riskbruk än män.

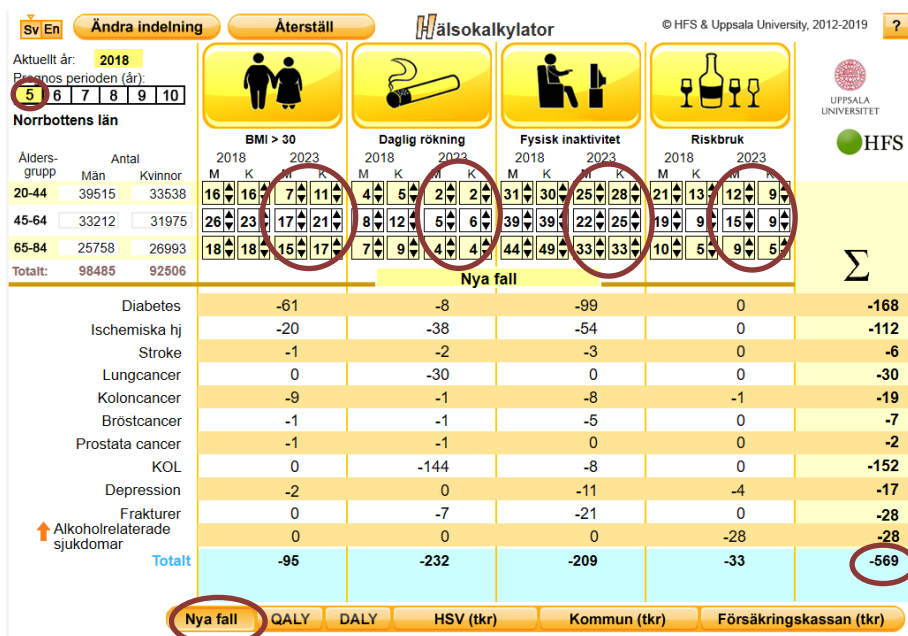
Tabell 3. Andel med riskbruk alkohol per kön, åldersgrupp och utbildningsnivå, HLV 2018.

MÄN			
Ålder	Riskbruk	Riskbruk kort	Riskbruk lång
20-44	21	22	12
45-64	19	19	15
65-84	10	9	14
KVINNOR			
Ålder	Riskbruk	Riskbruk kort	Riskbruk lång
20-44	13	13	9
45-64	9	9	10
65-84	5	5	6

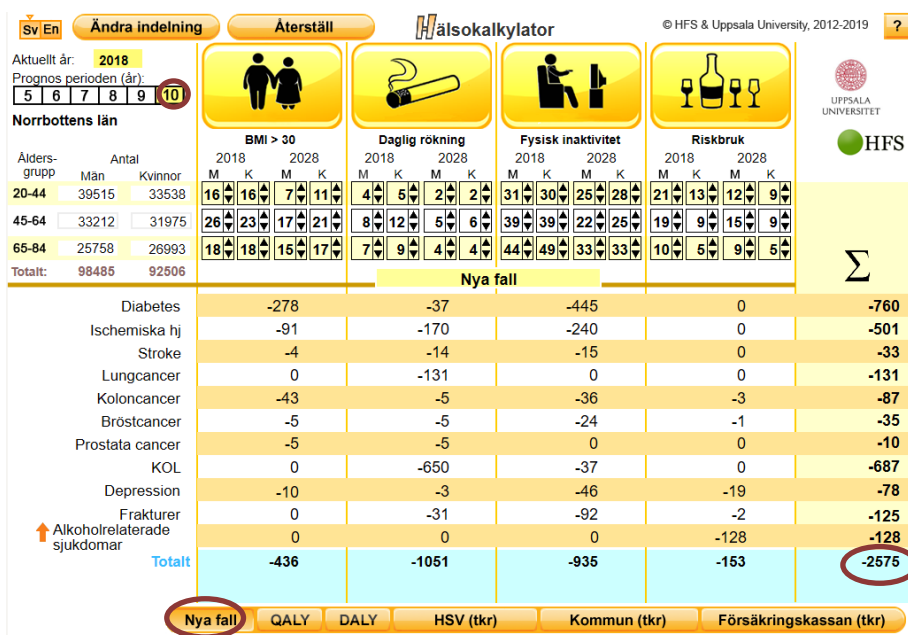
I inget av fallen hade någon åldersgrupp med mellanlång utbildning den lägsta andelen inom respektive risklevnadsvana.

Vad kan man spara på 5 respektive 10 år i form av färre fall i nyinsjuknande samt i sparade kostnader om skillnaderna mellan socioekonomiska grupper minskar? Det är även av intresse att använda tio år som prognosperiod eftersom hälsans bestämningsfaktorer är mått där förändringar oftast endast ses i ett långsiktigt perspektiv. Exempelvis ändras återstående förväntad medellivslängd långsamt och är inte ett mått där siffrorna svänger som kvartalsrapporter eller ens kraftigt mellan åren. Norrbottens folkhälsost strategi har också det långa perspektivet och gäller fram till och med 2026. Det är därmed rimligt att göra även längre prognoser.

I Hälsokalkylatorn har vi valt att minska andelen inom risklevnadsvanorna för alla i respektive åldersgrupp till den socioekonomiska grupp (utbildningsnivå) som har lägst andel mellan åren 2018-2023 respektive 2018-2028, se figur 7 och 8. De nya procentsatserna som använts vid prognosen från 2018 är inringade i rött i figur 4 och är samma andelar som används i samtliga följande prognoser/figurer redovisade nedan.



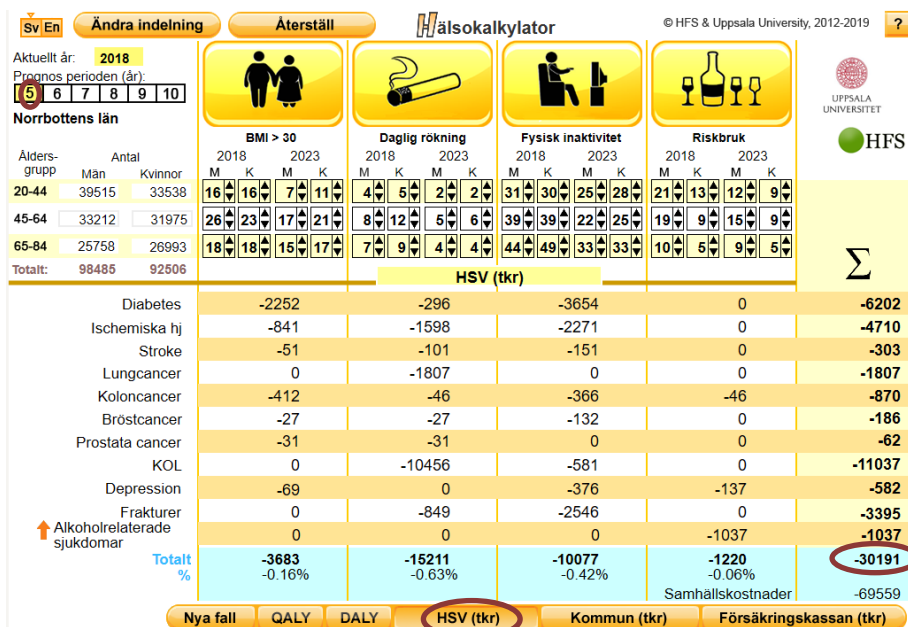
Figur 7. Prognos vid minskade socioekonomiska hälsoklyftor 2018-2023, minskning i antal nya fall. Källa: HFS.



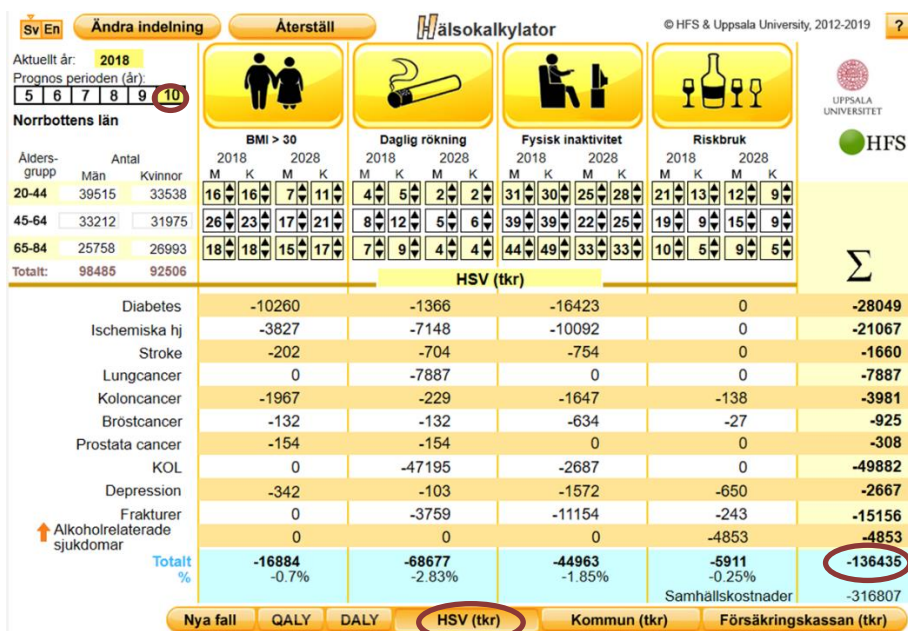
Figur 8. Prognos vid minskade socioekonomiska hälsoklyftor 2018-2028, minskning i antal nya fall. Källa: HFS.

Resultaten från Hålsokalkylatorn visar att minskade socioekonomiska skillnader kan leda till minskning med -569 färre förväntade nya fall på fem års sikt samt -2 575 färre nya fall på tio år. Den största minskning av antal nya fall finns genom minskning av andel dagliga rökare och andel med fysisk inaktivitet (rör sig mindre än 150 min/v). Totalt hade antalet nya fall kunna minska med -569 på fem år och med -2 575 på tio år. Per diagnos blir minskningen av nya fall störst för diabetes -760, KOL -687 och ischemiska sjukdomar -501 på tio år.

I figur 9 och 10 visas utfallet i kostnadsbesparingar för hälso- och sjukvården på fem respektive tio års sikt.



Figur 9. Prognos vid minskade socioekonomiska klyftor 2018-2023, förändringar i kostnader för hälso- och sjukvården (tkr). Källa: HFS.

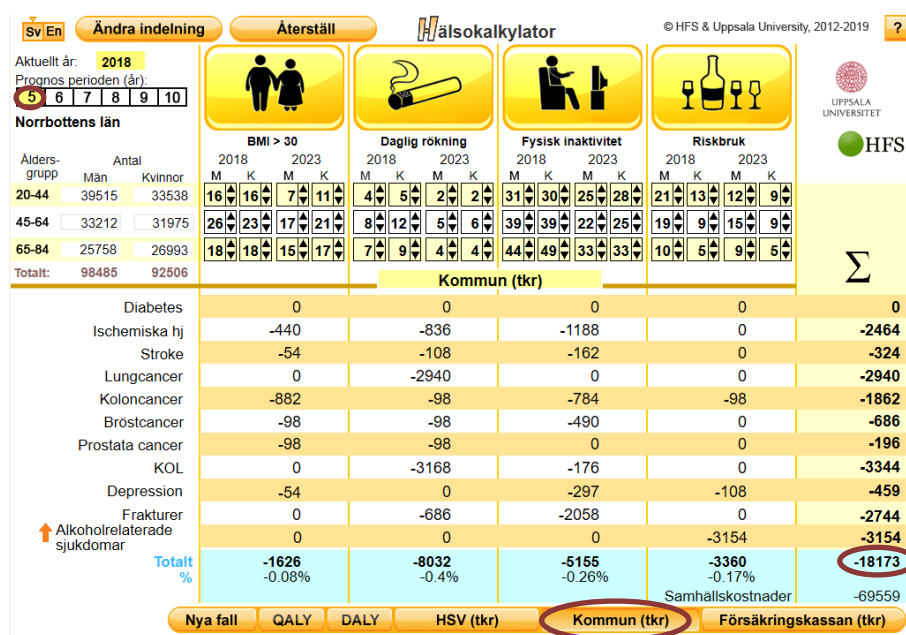


Figur 10. Prognos vid minskade socioekonomiska klyftor 2018-2028, förändringar i kostnader för hälso- och sjukvården (tkr). Källa: HFS.

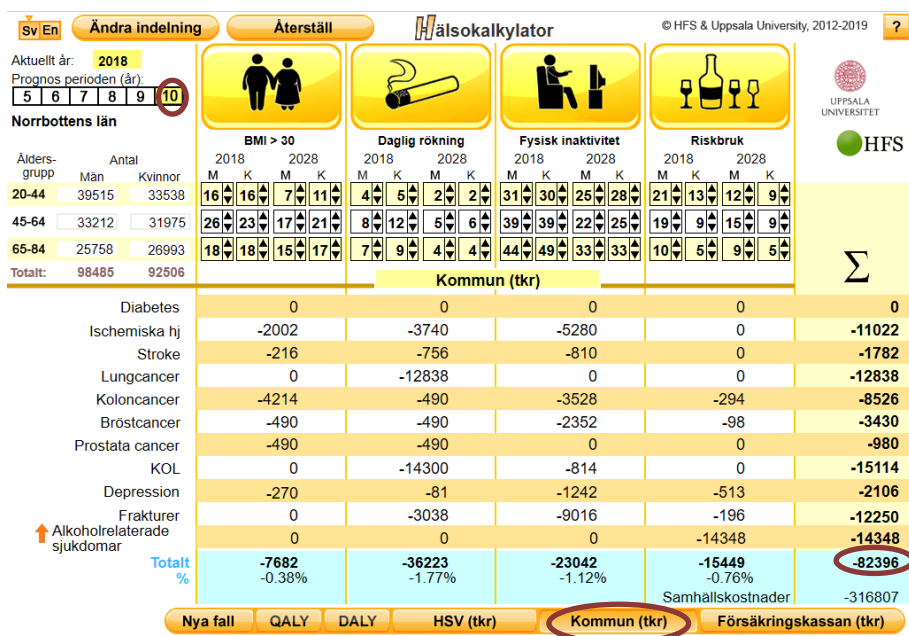
Genom att minska hälsoklyftorna och få ned andelen med risklevnadsvanor till samma nivå oavsett utbildningsnivå/socioekonomisk grupp (utifrån den

utbildningsnivå som har lägst andel) så kan hälso- och sjukvården i Norrbotten spara **30 191 000 kr på fem år och 136 435 000 kr på 10 år** (givet allt annat hållet konstant). För hälso- och sjukvården finns de största kostnadsbesparingarna inom risklevnadsvanorna daglig rökning -68,7 mkr och fysisk inaktivitet -45 mkr på tio år. När det gäller fetma finns potential att spara -16,9 mkr och alkoholriskbruk -5,9 mkr. Per diagnos återfinns de största besparingarna i minskningarna av KOL -49 mkr, diabetes -28 mkr, ischemiska sjukdomar -21 mkr och frakturer -15 mkr.

Kommunerna i Norrbotten har också möjligheter till besparingar av minskade hälsoklyftor i befolkningen. På fem år skulle kostnaderna kunna minska med -18 173 000 kr och på tio år med -82 396 000 kr totalt i kommunerna, *se figur 11 och 12*.



Figur 11. Prognos vid minskade socioekonomiska klyftor 2018-2023, förändringar i kostnader för kommunerna i Norrbotten (tkr). Källa: HFS.



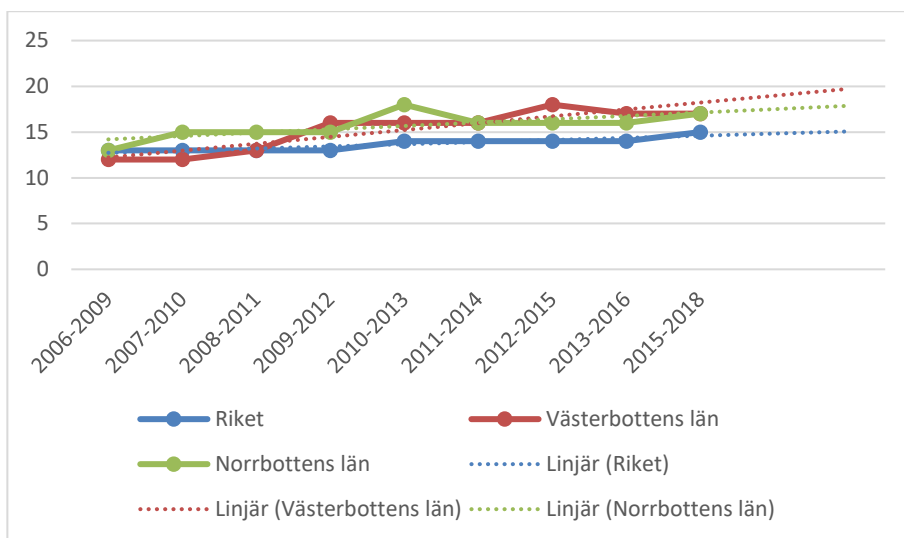
Figur 12. Prognos vid minskade socioekonomiska klyftor 2018-2028, förändringar i kostnader för kommunerna i Norrbotten (tkr). Källa: HFS.

För kommunerna i Norrbotten finns de största besparingarna att hämta inom risklevnadsvanorna daglig rökning -36 mkr och fysisk inaktivitet -23 mkr på tio år. När det gäller riskbruk finns möjlighet att spara -15 mkr och för fetma närmare -8 mkr. Per diagnos finns de största besparingarna inom minskningen av KOL -15 mkr, alkoholrelaterade sjukdomar -14 mkr, lungcancer -13 mkr, frakturer -12 mkr och ischemiska sjukdomar -11 mkr på tio års sikt.

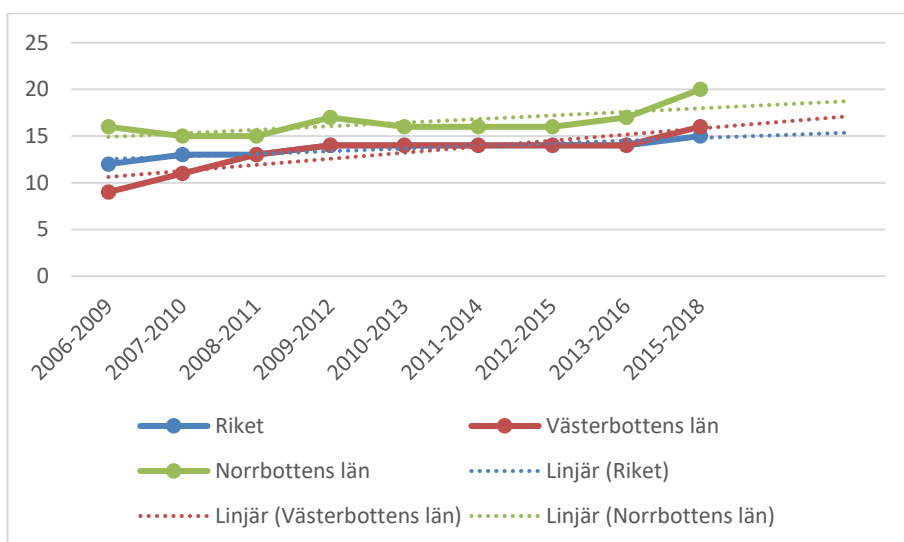
Hälsokalkylatorn anger också förändringar i de totala samhällskostnaderna, dvs hälso- och sjukvård, kommun och Försäkringskassan tillsammans. På tio års sikt skulle de minskade hälsoklyftor vi angivit kunna ge en total besparing i samhällskostnader på 316 807 000 kronor i Norrbotten.

Utvecklingen av risklevnadsvanor – jämförelse med Västerbotten och riket

Hur ser utvecklingen ut av norrbottningarnas risklevnadsvanor jämfört med riksgenomsnittet och grannlandet Västerbotten? Hur ser trenden ut för risklevnadsvanor i ett längre tidsperspektiv och om man gör en prognos efter en linjär trend? Eftersom det är svårt att följa upp prognosticerade kostnadsförändringar i verkligheten såsom i Hälsokalkylatorn där resultaten är separerade från omvärldsfaktorer, så är ett alternativ att jämföra trendlinjen för respektive levnadsvana och se om aktuell statistik följer eller avviker från den förväntade trenden. Resultat gällande fysisk inaktivitet redovisas inte då definitionen har ändrats mellan Hälsa på lika villkor 2014 och 2018.



Figur 13. Utveckling andel kvinnor med fetma 2006-2018, i Norrbotten, Västerbotten och riket, 4-årsintervall med trendlinje prognos.³ Källa: Folkhälsomyndigheten

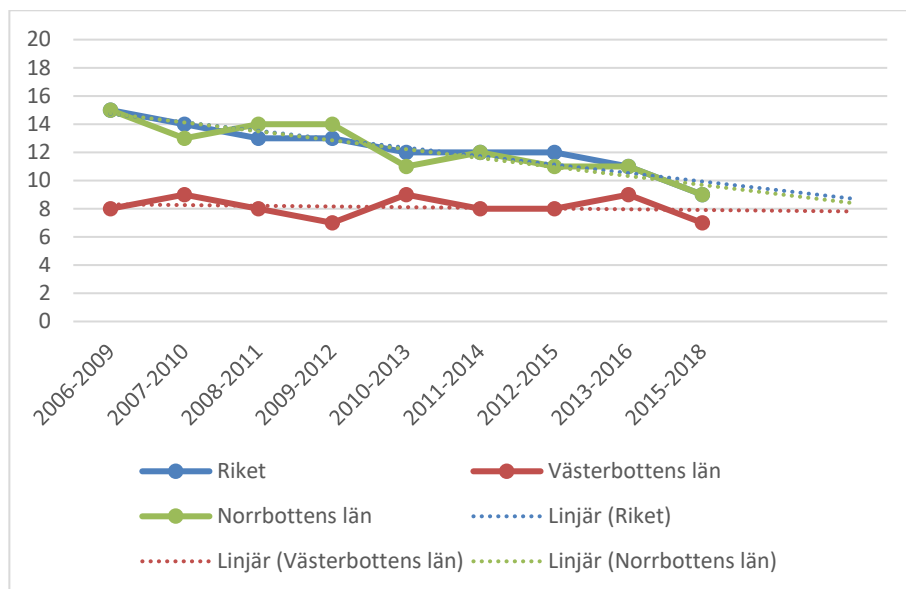


Figur 14. Utveckling andel män med fetma 2006-2018, i Norrbotten, Västerbotten och riket, 4-årsintervall med trendlinje prognos. Källa: Folkhälsomyndigheten

³ I intervallet 2015-2018 saknas data för år 2017.

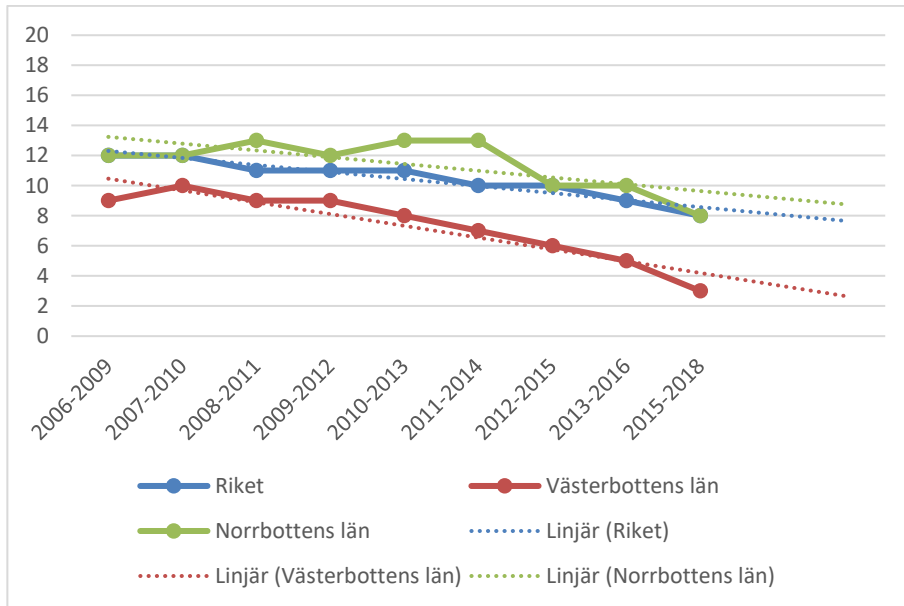
I *figur 13 och 14* framgår att det skett en försämring över tid när det gäller andelen med fetma (BMI>30) för båda könen och att trenden är ökande för både Norrbotten och Västerbotten samt riksgenomsnittet. För männen syns tydligt att andelen med fetma fortfarande ligger högre i Norrbotten än Västerbotten, men Västerbotten har haft en sämre utveckling. I Norr- och Västerbotten bor många i glesbygd, och glesbygd är mer förknippat med fetma än boende i tätort. Men även riket har en något ökande trend vilket sätter fingret på att vi behöver intensifiera arbetet med hälsosamma matvanor överlag. Stora insatser krävs för att främja hälsosamma matvanor och även fysisk aktivitet. Region Norrbottens handlingsplan med 118 insatser har en tydlig plan för detta och det är viktigt att hålla i arbetet utifrån den.

När det gäller andelen kvinnor som röker dagligen, *figur 15*, följer Norrbotten med i samma positiva utveckling som riket och trenden är att Norrbotten minskar mer än Västerbotten framöver.



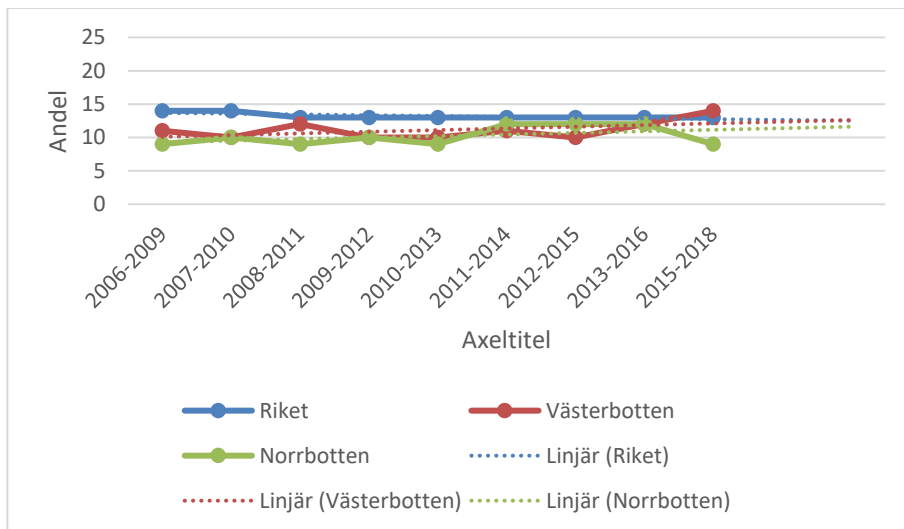
Figur 15. Utveckling andel kvinnor som röker dagligen 2006-2018, i Norrbotten, Västerbotten och riket, 4-årsintervall med trendlinje prognos. Källa: Folkhälsomyndigheten

För männen, *figur 16*, är trenden också en minskande andel dagligrökare, och här syns tydligare ett trendbrott mellan intervallåren 2011-2014 och 2012-2015. Insatsen Tobaksfri Duo i skolorna startade år 2009 och kom igång på allvar i Norrbotten runt 2013. Under tidsintervallet tog också utbildningen av diplomerade tobaksavvänjare fart. 2013/2014 startade även Norrbottens hälsosamtal. Dessa insatser sammantaget kan vara förklaringen till den positiva trenden. Arbetet behöver fortsätta för att den positiva trenden ska bibehållas.

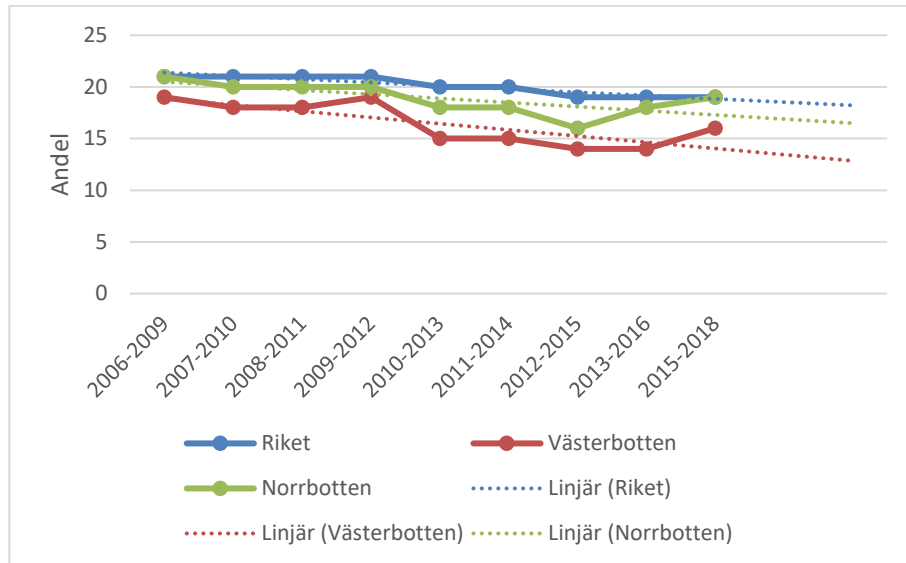


Figur 16. Utveckling andel män som röker dagligen 2006-2018, i Norrbotten, Västerbotten och riket, 4-årsintervall med trendlinje prognos. Källa: Folkhälsomyndigheten

Utvecklingen och trenden när det gäller alkoholriskbruk framgår av *figur 17 och 18* nedan. Den långsiktiga trenden är svagt ökande för kvinnor i Norrbotten och Västerbotten, jämfört med en svagt nedåtgående trend för riket. Från 2013-2016 till 2015-2018 har dock Norrbotten brutit trenden och minskat andelen kvinnor med riskbruk med 3 procentenheter. Förhoppningen finns att det kan vara starten av Norrbottens hälsosamtal som gett resultat och början på en positiv utveckling.



Figur 17. Utveckling andel kvinnor med riskbruk alkohol 2006-2018, i Norrbotten, Västerbotten och riket, 4-årsintervall med trendlinje prognos. Källa: Folkhälsomyndigheten



Figur 18. Utveckling andel män med riskbruk alkohol 2006-2018, i Norrbotten, Västerbotten och riket, 4-årsintervall med trendlinje prognos. Källa: Folkhälsomyndigheten

Trendlinjen för män med riskbruk följer i stort riket och ger hopp om en förbättring över tid, men de senaste åren har andelen istället ökat i negativ bemärkelse i både Norrbotten och Västerbotten, vilket innebär att arbetet behöver intensifieras och mer behöver göras på området. Detta gäller inte bara männen. Insatser på alkoholområdet behöver fortsätta även för att utvecklingstrenden för kvinnor ska förbättras. Riskbruket bland äldre ökar och i Norrbotten växer andelen äldre i befolkningen.

På tobaksområdet har Region Norrbotten alltså gjort stora insatser, och med genomförandet av handlingsplanen 118 insatser fr.o.m. 2019 tar arbetet på området en helt ny fart när det gäller matvanor och alkohol.

Hur jobbar vi med levnadsvanefrågor?

Region Norrbottens folkhälsocentrum kan inte påverka alla strukturella faktorer direkt men enheten har en roll i att lyfta kunskapen och betydelsen av sådana faktorer och att belysa ojämlikheter i hälsa. Tillsammans med andra regionala aktörer, kommuner och frivilligorganisationer ska Folkhälsocentrum också initiera, stödja och delta i insatser för att stärka folkhälsa. Som stödfunktion i detta så bidrar Folkhälsocentrum med utbildningar, metodstöd och stöd för ökad systematik inom hälsosamtal och sjukdomsförebyggande metoder. Stöd ska ges både till förebyggande insatser som är generella samtidigt som insatserna utvecklas för att bäst nå dem som tillhör grupper med störst behov enligt den så kallade preventionsstjärnan. Folkhälsocentrum fortsätter att tillsammans med andra aktörer förverkliga länets folkhälsostrategi 2018-2026. Detta innebär att Folkhälsocentrums insatser utgår från folkhälsostrategins regionala handlingsplan som antogs i december 2018 av Norrbottens folkhälsopolitiska råd, NFR. Folkhälsocentrum leder och samordnar också Region Norrbottens genomförande av organisationens egen handlingsplan utifrån samma strategi, innehållande 118 insatser. Insatslistan dokumenterar också på vilket sätt Region Norrbotten verkställer delmålet Främja hälsa i strategin Vägen mot framtidens vård och hälsa 2035. De 118 insatserna inbegriper flera delar av regionens verksamheter, men även samverkan med andra aktörer som exempelvis Svenska kyrkan, Norrbottens idrottsförbund och kommunerna i länet.

Under 2019 erbjöds cirka 42 % av alla 30-, 40-, 50-, och 60-åringar i Norrbotten ett hälsosamtal där man i samband med en enklare hälsoundersökning har fått samtala om levnadsvanor med en sjuksköterska eller annan legitimerad vårdpersonal. 2019 deltog 47 % totalt av andelen inbjudna i hälsosamtal. Vårdpersonalen som håller i Norrbottens hälsosamtal har alla genomgått utbildning i motiverande samtal och en 4-dagars utbildning om levnadsvanor och hälsa vilket ger en kompetenshöjning som även spiller över i det ordinarie patientarbetet. Via beställningen för primärvård följs exempelvis arbetet med levnadsvanor gällande vissa diagnosgrupper som diabetes, högt blodtryck, fetma, depression, ångest och sömnstörningar. En e-learningutbildning om metoder att arbeta med levnadsvanor finns tillgänglig för all personal på utbildningsplattformen. Utbildning om levnadsvanor är nu också en obligatorisk del i ST-läkarutbildningen.

Region Norrbotten utbildar kontinuerligt diplomerade tobaksavvänjare för att kunna stötta personer som önskar sluta med tobak. Tobaksavvänjare finns i alla kommuner på nästan alla hälsocentraler. Region Norrbotten erbjuder också vårdpersonal utbildningar om fysisk aktivitet och Fysisk aktivitet på recept, FaR. I arbetet med FaR samarbetar regionen med RF-SISU (tidigare Norrbottens idrottsförbund) vars föreningar är mottagare av deltagare som föreskrivits FaR. RF-SISU utbildar idrottsledare till FaR-ledare som kan starta upp anpassade aktiviteter och RF-SISU sammanställer även aktivitetskataloger för varje kommun med lämpliga aktiviteter som vårdpersonal kan hänvisa till.

Ett exempel på insats inom kostområdet är informationsmaterialet ”Hitta ditt sätt – att äta och handla rätt” som ska vägleda norrbottningarna till att välja mat som är hållbart för hälsa, klimat och produktion. Materialet är framtaget både för förverkligandet av Norrbottens folkhälsstrategi och Norrbottens livsmedelsstrategi. Folkhälsocentrum ska också tillskapa koncept för diplomering och utbildning för kvalificerad rådgivning om matvanor.

Inom alkoholområdet arbetades en broschyr fram till stöd för hälso- och sjukvårdspersonalen vid vård möten samt som information till patienter exempelvis i väntrummet. En behovsinventering skedde också för att utröna behov av kompetenshöjning för att effektivare kunna identifiera samt ge effektiv rådgivning angående alkohol och riskbruk samt för alkohol och operation. Vidare plan om detta kommer under 2020 och 2021. Folkhälsocentrum är även delaktiga och samverkar inom temagruppen alkohol i det nationella nätverket HFS (hälsofrämjande hälso- och sjukvård) där ständig omvärldsbevakning och kunskapsutbyte sker.

Folkhälsocentrumets förebyggande och hälsofrämjande arbete anknyter också till Agenda 2030 och mål 3 för att säkerställa hälsosamma liv och främja välbefinnande för alla i alla åldrar.

Av den nationella undersökningen Hälso- och sjukvårdsbarometern framgår att norrbottningarna i stort sett är positiva till att vårdpersonal tar upp levnadsvanefrågor. 83 % var positiva och 3 % av negativa till att diskutera sina levnadsvanor år 2019. Det finns alltså goda förutsättningar att förbättra levnadsvanorna tillsammans med norrbottningarna.

norbotten.se