

Barns och ungdomars hälsa på Åland
- en lägesrapport

Ålands landskapsregering
Social- och miljöavdelningen
Mariehamn 2010

Förord

Barns och ungdomars hälsa och välfärd i landskapet Åland är en mångsidig och allt annat än enkel verklighet att beskriva. Trots det är det viktigt att skapa sig en så fullständig uppfattning som möjligt om situationen som sådan och om de faktorer som påverkar den. Utan en realistisk helhetsbild kan man inte skapa relevanta beslutsunderlag för hälsopolitiska ställningstaganden och åtgärder. Arbetet med rapporten inleddes för flera år sedan av en grupp bestående av *Ingrid Eklund, Birgitta Hermans, Christian Johansson, Inger Johansson, Karin Rosenberg-Aaltonen och Carita Saku* alla från Ålands hälso- och sjukvård samt *Eivor Nikander* och *Birger Ch Sandell* från landskapregeringen. Materialet har sedermera uppdaterats och redigerats av Eivor Nikander.

De statistiska uppgifterna kommer från ÅSUB, ÅHS, NOMESKO och Stakes. Rapporten "Hälsa i skolan 2009" där över 100 frågor om elevernas hälsa och hälsovanor har tillfört merparten av de statistiska uppgifterna. Motsvarande rapporter från åren 2003, 2005 och 2007 har givit en möjlighet att notera utvecklingstrender över tid, då de flesta högstadieskolorna och Ålands lyceum har deltagit i undersökningen. Övrigt faktamaterial och rapporter som vi utgått ifrån gäller i regel i Finland eller Sverige.

I rapporten ingår bl.a. populationsstatistiska uppgifter, familjestatistik, information om dominerande hälsorisker, sjukdomspanoramata samt utnyttjandet av hälso- och sjukvårdens resurser. Vidare beskrivs en del av befintliga resurser som är inriktade på barns och ungdomars hälsa utanför hälso- och sjukvårdsapparaten. Ett avsnitt ägnas åt nationella rekommendationer rörande kost och motion.

Mariehamn i januari 2010

Birger Ch Sandell

landskapsläkare

INNEHÅLLSFÖRTECKNING

SAMMANFATTNING	4
1. BARN OCH BARNFAMILJER I DEN ÅLÄNDSKA BEFOLKNINGEN	6
2. PRIMÄRVÅRDENS ÖPPENVÅRDSVERKSAMHET	9
Barnrådgivning.....	9
Skol- och studerandehälsovård	9
Preventivmedelsmottagning	10
Hälsocentralen	10
Tandvård.....	10
3. BARNPATIENTER INOM SPECIALSJUKVÅRDEN	11
Barn- och ungdomsenheten	11
Barnpatienter på mottagningarna.....	12
Extern vård utom Åland.....	13
4. FOLKHÄLSORISKERNA	15
Tobak, alkohol och narkotika	15
Barn och övervikt	20
5. SJUKDOMSBILDEN	24
Kroniska sjukdomar hos barn och ungdomar	24
Psykisk ohälsa bland barn och ungdomar	25
Ätstörningsenheten.....	28
Vårdnadstvister	28
Aborter och sexuellt överförda infektioner bland ungdomar på Åland	29
6. HABILITERINGSVERKSAMHET PÅ ÅLAND	33
7. ÖVRIGA RESURSER	35
Barnombudsmannen	35
Fältarna	35
Landskapsföreningen Folkhälsan på Åland	35
Rädda Barnen på Åland	35
Röda Korset på Åland.....	36
Ungdomsmottagning	36

SAMMANFATTNING

Barn och barnfamiljer

Av den åländska befolkningen utgörs 20,7 procent (5 686 personer) av barn och ungdomar under 18 år. Lemland och Jomala är de barnrikaste kommunerna, procentuellt sett medan skärgårdskommunerna Kumlinge och Sottunga har den lägsta andelen barn. Totalt fanns det på Åland 3 226 barnfamiljer den 31.12.2007. I förhållande till folkmängden föds det färre barn på Åland än i övriga Norden.

Primärvårdens öppenvårdsverksamhet

Barnrådgivningens verksamhet har som målsättning att förbättra barns fysiska och psykiska hälsa och familjernas välbefinnande och det är lätt att få tid till mottagningarna. Skol- och studerandehälsovården kan ses som en fortsättning på barnrådgivningens verksamhet. Man följer upp elevernas utveckling och hälsotillstånd samt ger råd om hälsosamma levnadsvanor. På preventivmedelsrådgivningen bedömer man tillsammans med ungdomen behovet av preventivmedel, informerar om risker och testar för sexuellt överförbara sjukdomar. Till hälsocentralen kan man vända sig för jourbesök som inte är akuta, samt planerade besök. År 2008 gjordes 7 085 besök till hälsocentral av åldersgruppen 0-17 år. All tandvård för personer under 18 år är avgiftsfri. De åländska 12-åringarna har god tandstatus i jämförelse med övriga nordiska länder.

Specialsjukvården

Barn- och ungdomsenheten vid Ålands Centralsjukhus har 10 vårdplatser. Förutom fast anställda läkare tas vikarier utifrån, i huvudsak från Sverige. De vanligaste diagnosgrupperna för intagning på barnavdelningen år 2008 var andningsorganens sjukdomar, yttre orsaker till skador, sjukdomar och dödsfall samt sjukdomar i örat och mastoidutskottet och för besök till barnpolikliniken andningsorganens sjukdomar, medfödda missbildningar, deformiteter och kromosomavvikelser samt vissa infektions- och parasitsjukdomar. Antalet besök till den psykiatriska öppenvården i åldersgruppen 0-17 år var 2 083, vilket är en kraftig ökning jämfört med år 2007 då antalet besök var 1 154.

Folkhälsoriskerna

Livsstilsfaktorer som anses vara hot mot barns och ungdomars hälsa är ohälsosam kost, fysisk inaktivitet samt tidig användning av tobak, alkohol och droger. Det är viktigt att lära barn och ungdomar goda hälsovanor. Enligt undersökningen "Hälsa i skolan 2009" var det en lägre andel elever i grundskolans åk 8 och 9 och gymnasiet åk 1 och 2 på Åland som rökte dagligen, var ordentligt berusade minst en gång i månaden och som provat minst en gång på olagliga droger jämfört med hela undersökningen. I yrkesläroanstalternas åk 1 och 2 var användningen av tobak, alkohol och droger på samma nivå som i hela undersökningen.

Andelen som led av övervikt var i stort samma som i undersökningen i genomsnitt i grundskolan och gymnasiet medan andelen i yrkesläroanstalterna var något högre på Åland än i hela undersökningen. I gymnasiet och yrkesläroanstalterna åt eleverna i mindre utsträckning ohälsosamma mellanmål, medan andelen i grundskolan var samma som i hela undersökningen.

Sjukdomsbilden

De vanligaste kroniska sjukdomarna bland åländska barn upp till 14 år som berättigar till specialersatta läkemedel från Folkpensionsanstalten är kronisk bronkialastma och svår kronisk obstruktiv lungsjukdom (55 st.) samt diabetes (21 st.).

Psykiska problem har blivit vanligare hos ungdomar under de senaste 20 åren, en trend som kan ses i alla höginkomstländer. Även på Åland har man kunnat konstatera ett ökat tryck på den barnpsykiatriska öppenvården. Enligt resultatet av den nationella enkäten "Hälsa i skolan 2009" var depression vanligare bland de åländska högstadieläverna än bland högstadieläver i genomsnitt. 20 procent på Åland led av medelsvår eller svår depression jämfört med 13 procent för hela undersökningsområdet. Medelsvår eller svår depression var mycket vanligare bland flickor (29 procent) än bland pojkar (12 procent). I gymnasiet hade andelen med depression ökat från 8 procent år 2007 till 12 procent år 2009, vilket är ett par procentenheter högre än i undersökningen i genomsnitt. Även i gymnasiet var andelen flickor med depression högre (17 procent) jämfört med andelen pojkar (7 procent). Andelen med medelsvår eller svår depression i yrkesläroanstalterna var 13 procent, dubbelt så stor andel bland flickor (18 procent) som bland pojkar (9 procent).

Antalet aborter i åldern 15-19 år är högre på Åland än i riket, men lägre än i Sverige. År 2008 var antalet ungdomsaborter på Åland 18,1 i Finland 12,7 och i Sverige 24,4 per 1 000 kvinnor i motsvarande ålder. Antalet fall av klamydia har glädjande nog minskat kraftigt de senaste åren, 2005 rapporterades sammanlagt 32 fall, medan antalet hade minskat till 11 år 2008.

Habiliteringsverksamhet på Åland

Habilitering är samverkande insatser utifrån medicinskt, pedagogiskt, psykologiskt och socialt perspektiv och syftar till att ge barn och ungdomar med funktionshinder bästa möjliga funktionsförmåga och bästa möjliga förutsättningar för delaktighet i samhället. Ett habiliteringsteam med sakkunniga från barnenheten, barn- och ungdomspsykiatri och rehabiliteringsenheten utreder och bedömer de enskilda barnens behov av insatser och gör uppföljningar. År 2006 inrättades en tjänst som habiliteringskoordinator på deltid med uppgift att strukturera upp verksamheten samt fungera som en länk mellan familjerna och habiliteringsteamet.

Övriga resurser

Övriga resurser för barn- och ungdomar som lyfts fram i denna rapport och som finns utanför hälso- och sjukvården är:

- tjänsten som barnombudsman, som inrättades vid Ålands landskapsregering år 2006. Verksamheten grundar sig på FN:s barnkonvention och viktiga hörnpelare är att barnen får skydd och omvårdnad, barnets andel av samhällets resurser bevakas samt att barnen har rätt att uttala sig och vara delaktiga i beslut som rör dem. Åländska barn och ungdomar kan använda sig av Barnens Hjälptelefon i Sverige mot lokalsamtalsavgift
- fältarbetarna på Åland, som arbetar med ungdomar i åldern 13-20 år, med tyngdpunkt på högstadieåldern. De finns ute i skolorna, på stan och i ungdomsgårdarna. Förutom samtal med ungdomar och föräldrar har de lektioner i högstadieskolorna, arrangerar aktiviteter samt genomför olika undersökningar.
- Landskapsföreningen Folkhälsan på Åland som har flera former av verksamheter som riktar sig till barn och unga, bl.a. farfar/farmor i skolan, Ronja- och Birkgrupper, tjejgrupper samt storasysterverksamhet.
- Rädda Barnen på Åland som har verksamhet i form av Öppen Förskola, lekterapi och ger stöd till barnfamiljer.
- Röda Korset på Åland, som informerar om bl.a. hiv och aids på gymnasialstadiet.
- Ungdomsmottagningen på nätet, UMO.se som öppnade i Sverige hösten 2008. UMO kan användas även av åländska ungdomar. Här finns faktatexter, filmer och reportage om sex- och samlevnadsfrågor, fysisk hälsa, mobbning, rättigheter, normer, ätstörningar, alkohol och våld samt en webbaserad frågetjänst. Besökaren kan ställa frågor anonymt och få ett personligt svar.

1. BARN OCH BARNFAMILJER I DEN ÅLÄNDSKA BEFOLKNINGEN

Av de åländska kommunerna har Lemland och Jomala den högsta andelen barn under 18 år i sin befolkning, 26,2 respektive 25,3 procent, medan Kumlinge och Sottunga har den lägsta andelen, 13,0 respektive 15,7 procent. Av skärgårdskommunerna har Vårdö den högsta andelen 0-17-åringar, 20,5 procent. På landsbygden är andelen barn 23,1 procent av befolkningen, i skärgården 17,7 procent och i Mariehamn 18,2 procent (1) (tabell 1:1).

Tabell 1:1. Bosatt befolkning per kommun samt antal och andel 0-17 år 31.12.2008

Kommun	Befolkning	Befolkning 0-17 år	
	<i>antal</i>	<i>antal</i>	%
Brändö	518	93	18,0
Eckerö	921	183	19,9
Finström	2 483	561	22,6
Föglö	576	105	18,2
Geta	456	78	17,1
Hammarland	1 440	314	21,8
Jomala	3 917	992	25,3
Kumlinge	360	47	13,0
Kökar	262	49	18,7
Lemland	1 783	467	26,2
Lumparland	387	85	22,0
Saltvik	1 753	366	20,9
Sottunga	115	18	15,7
Sund	1 031	229	22,2
Vårdö	449	92	20,5
Mariehamn	11 005	2 007	18,2
Landskommunerna	16 451	3 679	22,4
Landsbygden	14 171	3 275	23,1
Skärgården	2 280	404	17,7
Åland	27 456	5 686	20,7

Källa: ÅSUB, Befolkningscentralen

Tabell 1:2 visar att antalet barnfamiljer på Åland den 31.12.2007 var 3 226, varav 1 652 försörjdes av äkta makar, 928 av sambor, 544 av mor och 102 av far. År 2000 var motsvarande siffror: antal barnfamiljer 3 142, varav 1 757 försörjdes av äkta makar, 797 av sambor, 516 av mor och 72 av far (1).

Tabell 1:2. Antal barnfamiljer med barn under 18 år 31.12.2007

Kommun	Familjen försörjs av				Totalt
	Äkta makar	Sambor	Mor	Far	
Brändö	25	16	11	2	54
Eckerö	61	26	12	4	103
Finström	157	104	38	13	312
Föglö	33	17	7	4	61
Geta	25	15	4	-	44
Hammarland	94	67	21	7	189
Jomala	293	171	61	19	544
Kumlinge	18	5	4	2	29
Kökar	16	9	8	-	33
Lemland	136	75	26	5	242
Lumparland	27	13	5	3	48
Saltvik	111	66	23	4	204
Sottunga	7	-	3	1	11
Sund	72	33	20	6	131
Vårdö	28	11	7	-	46
Mariehamn	549	300	294	32	1 175
Landskommunerna	1 103	628	250	70	2 051
Landsbygden	976	570	210	61	1 817
Skärgården	127	58	40	9	234
Åland	1 652	928	544	102	3 226
%	51,2	28,8	16,9	3,2	100

Källa: ÅSUB, Statistikcentralen

I förhållande till befolkningmängden föds det färre barn på Åland än i de övriga nordiska länderna och självstyrda områdena och om man även tar i beaktande antalet döda hade Åland det lägsta födelseöverskottet år 2007, 1,4 per 1000 invånare (tabell 1:3). År 2005 var födelseöverskottet för Ålands del så lågt som 0,3 (2).

Tabell 1:3. Befolkningsrörelse per 1 000 invånare 2007

	Levande födda	Döda	Födelseöverskott	Nettomigration	Befolkningstillväxt
Danmark	11,8	10,2	1,6	4,2	5,8
Färöarna	13,9	7,9	6,0	-4,5	1,2
Grönland	15,1	8,0	7,1	-7,9	-0,8
Finland	11,1	9,3	1,8	2,6	4,4
Åland	10,6	9,2	1,4	6,5	7,9
Island	14,6	6,2	8,4	9,9	18,3
Norge	12,4	8,9	3,5	8,4	11,9
Sverige	11,7	10,0	1,7	5,9	7,6

Källa: NOMESKO

Även den totala fertiliteten eller summerade fruktsamheten (det genomsnittliga antal barn en kvinna kommer att få) är lägre i Finland och på Åland än i övriga Norden (tabell 1:4). För att befolkningen ska förnyas på lång sikt borde det summerade fruktsamhetstalet vara cirka 2,1 (3).

Tabell 1: 4. Total fertilitetsrat i de nordiska länderna och självstyrda områdena

	Total fertilitetsrat/ 1 000 kvinnor
<i>Danmark</i>	
2007	1 909
<i>Färöarna</i>	
2003-07	2 549
<i>Grönland</i>	
2003-07	2 226
<i>Finland</i>	
2007	1 829
Åland	
2003-2007	1 847
<i>Island</i>	
2007	2 094
<i>Norge</i>	
2007	1 901
<i>Sverige</i>	
2007	1 880

Källa: NOMESKO

I Danmark, Finland, Norge, Sverige och på Åland föds flest barn per 1 000 kvinnor i åldersgruppen 30-34 år, medan det på Island, Grönland och Färöarna är kvinnor i yngre åldersgrupper som föder flest barn (2).

2. PRIMÄRVÅRDENS ÖPPENVÅRDSVERKSAMHET

Barnrådgivning

Den allmänna målsättningen för barnrådgivningens verksamhet är att barnens fysiska och psykiska hälsa och familjernas välbefinnande förbättras, speciellt i familjer som behöver särskilt stöd samt att den följande generationens resurser för hälsa och föräldraskap är bättre än den nuvarande (4). På Åland är tillgängligheten till barnrådgivningsbyråerna god och så gott som alla familjer använder sig av de tjänster som erbjuds. I Mariehamn, samtliga skärgårdskommuner och i en del av landskommunerna finns en rådgivningsbyrå i varje kommun, i några landskommuner är de gemensamma för flera kommuner. Under det första levnadsåret görs ca 10 besök till barnrådgivningen och vid tre av besöken görs läkarundersökning. Efter ett års ålder rekommenderas besök till rådgivningen vid 18 månader samt 2, 3, 4, 5 och 6 års ålder. En del av besöken kan göras som grupprådgivning. Vid rådgivningsbesöket görs uppföljning av tillväxten och hälsan, syn- och hörselkontroll och dessutom följer man upp den neurologiska utvecklingen, gör en psykosocial uppföljning av familjens situation och ger stöd vid behov. Alla vaccinationer som ges är frivilliga, men ytterst få föräldrar väljer att inte låta vaccinera sina barn. Vid barnrådgivningens mottagningar på Åland gjordes 6 249 besök till vårdpersonal och 1 137 besök till läkare under år 2008 (5).

Skol- och studerandehälsovård

Inom skolhälsovården fortsätter den uppföljning av barnets hälsa och välbefinnande som mödra- och barnrådgivningen började med. De regelbundna hälso- och screeningsundersökningarna är stommen inom verksamheten och de gör det möjligt för skolhälsovårdaren att träffa varje elev och även de föräldrar som önskar delta. Vid undersökningarna bedöms elevens fysiska och psykiska hälsotillstånd på ett mångsidigt sätt och eventuella sjukdomar och faktorer som hotar barnets hälsa och välbefinnande kartläggs. I grundskolan strävar man till att skolhälsovårdaren skall träffa varje elev minst en gång under varje skolår och att de har möjlighet att besöka skolläkaren tre gånger, i årskurs 1, 5 och 8. På gymnasialstadiet gör hälsovårdaren en större hälsokontroll av de studerande och vid behov görs en läkarundersökning.

Inom hälsofostran har fokus lagts på att aktivt försöka förhindra användning av tobak i form av cigaretter och snus samt att uppskjuta debutåldern för alkoholanvändning. Därutöver prioriteras upplysning om droger, pubertetsutveckling, sex och samlevnad samt könssjukdomar.

Elev-/studerandevårdsarbetet är en viktig del av skolhälsovården. Elev-/studerandevårdsgruppen är ett yrkesövergripande team i skolan och består i de flesta fall av rektor/lärare, skolpsykolog, skolkurator, skolhälsovårdare och speciallärare. Vid behov deltar läraren/klassföreståndaren. Elevvårdens uppgift är att skapa en trygg och sund studie- och arbetsmiljö och att förebygga mobbning och utslagning. Eleverna ska må bra och uppleva att de får stöd i vardagen och hjälp i problemsituationer. Mycket av arbetet sker i förebyggande syfte men man ska också ingripa vid misstänkt mobbning, skolk och missbruk samt övriga problem när det gäller enskilda elever/studerande och grupper (6,7).

Tillgången till skolhälsovårdare varierar. I stora skolor har hälsovårdaren mottagning flera gånger i veckan, medan små skolor har mottagning en gång i veckan eller varannan vecka.

Inom skol- och studerandehälsovården var antalet besök till hälsovårdare 11 040 och till läkare 1 757 år 2008.

Skolhälsovården bör arbeta i skolbyggnaden så att samarbetet mellan personal och elever löper så bra som möjligt. En av skolhälsovårdens uppgifter är första hjälpen i samband med olyckor och det bör vara lätt för eleverna att nå skolhälsovården. Studerandehälsovårdens lokaler bör vara antingen i läroanstalten eller på ett centraliserat verksamhetsställe som särskilt planeras för ändamålet. Lokalerna för både skolhälsovård och studerandehälsovård ska vara ändamålsenliga och behörigt utrustade. Det bör finnas väntrum, mottagningsrum för hälsovårdare och läkare, WC och vilorum. Rummen bör vara handikappvänliga och väl ljudisolerade med tanke på sekretessen. För närvarande finns brister i en del av de verksamhetslokaler där studerandehälsovården har mottagning och en centralisering av studerandehälsan pågår.

Preventivmedelsmottagning

Preventivmedelsmottagningen för ungdomar under 25 år ligger centralt i Mariehamn. Vid mottagningen arbetar en barnmorska/hälsovårdare heltid och hon har telefontid en timme dagligen måndag-fredag. Läkaren har mottagning 4 t, en gång/v. Tillgängligheten till mottagningen är god. År 2008 gjordes 1 364 besök till barnmorskan/hälsovårdaren och 538 besök till läkaren (5).

Vid preventivmedelsmottagningen gör man tillsammans med klienten en bedömning av behovet av preventivmedel, vilken preventivmetod som är lämplig och informerar om risken för sexuellt överförbara sjukdomar. Man erbjuder aktivt möjlighet till klamydiatestning samt vid behov även testning för andra sexuellt överförbara sjukdomar. Vid uppföljningsbesöken följer man med preventivmetodens lämplighet och dessutom görs systematisk klamydia-screening, papa-prov tas och man ger sexualrådgivning.

Hälsocentralen

Planerade besök som inte hör till barnrådgivningen, skol-/studerandehälsovården eller specialistsjukvården samt jourbesök görs vid hälsocentralen i Mariehamn eller Godby. Akuta jourbesök görs vid specialistsjukvårdens akutmottagning. Antalet besök till hälsocentralen bland 0-17 åringar år 2008 var 7 085 (tabell 2:1).

Tabell 2:1 Antal besök per åldersgrupp till hälsocentral 0-17 år under 2008

Åldersgrupp	Antal besök
Under 1 år	156
1-6 år	3 583
7-14 år	2 219
15-17 år	1 127
Totalt	7 085

Källa: ÅHS

Tandvård

All tandvård för personer under 18 år är avgiftsfri, förutom läkemedel och intyg. 12-åringarnas tandstatus mäts med hjälp av ett s.k. D(M)F-index, som beskriver antalet permanenta tänder som är kariesdrabbade. År 2008 var indexet för Ålands del 0,8 vilket är en förbättring med 0,3 jämfört med år 2007. I nordisk jämförelse var resultatet gott. 4 434 patienter i åldersgruppen 0-18 år erhöll kostnadsfri tandvård. Det totala antalet besök i åldersgruppen 0-17 år var 8 782 (5).

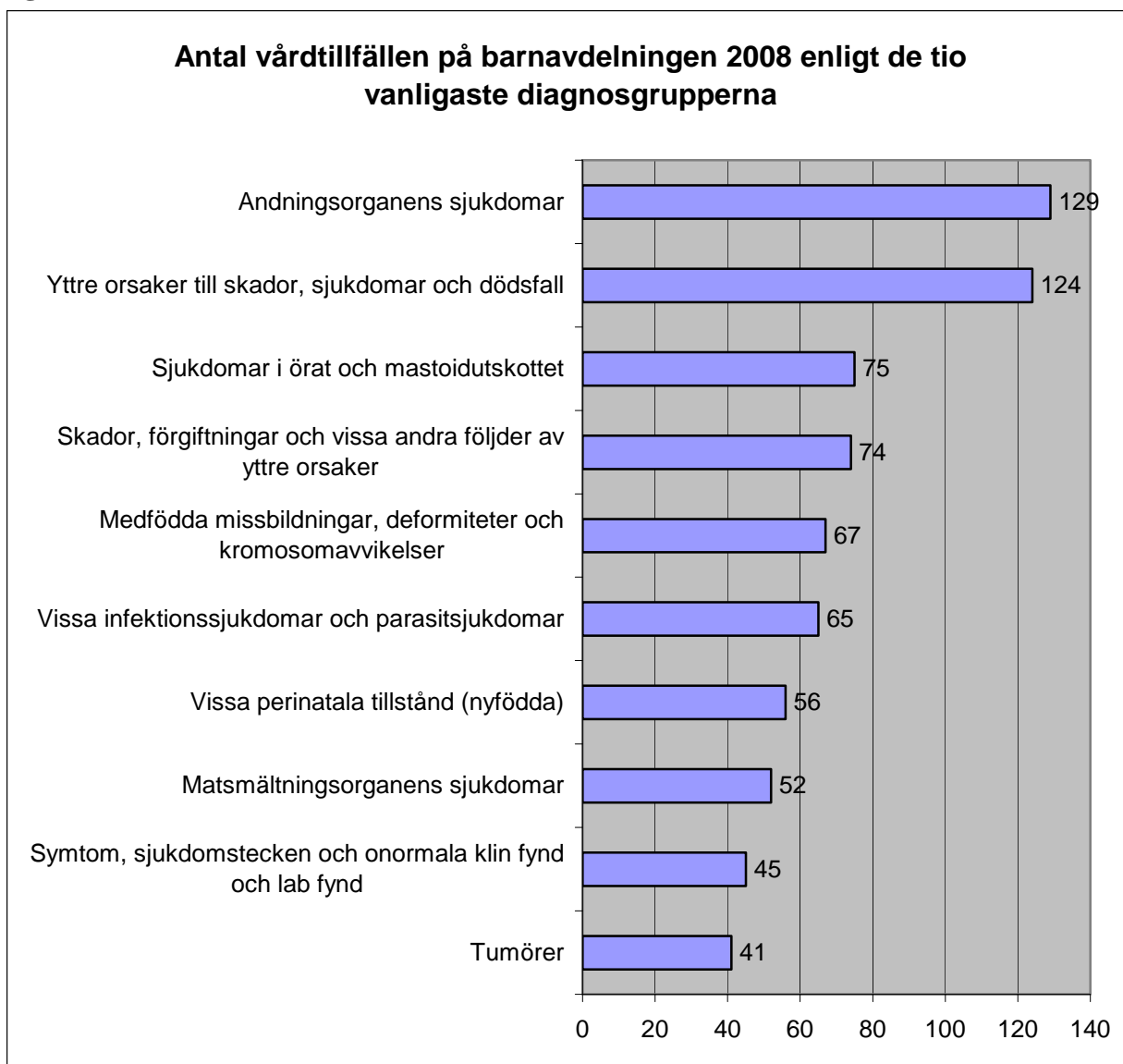
3. BARNPATIENTER INOM SPECIALSJUKVÅRDEN

Barn- och ungdomsenheten

Barn- och ungdomsenheten vid Ålands Centralsjukhus har 10 vårdplatser. Två patientrum har kompletterats med slussar för att uppnå större flexibilitet under perioder med stor risk för infektioner. Enhetens personal består av läkare, sjukskötare, barnskötare. Vikarier tas in för obesatta läkartjänster, i huvudsak från Sverige. Konsult inom barnkirurgi anlitas utifrån. Sjukskötarna har delvis egen läkarledd mottagning inom områdena diabetes, allergologi och astma, hyposensibilisering samt epilepsi. Enhetens läkare följer via videokonferens föreläsningar från Helsingfors universitetscentralsjukhus och Åbo universitetscentralsjukhus, vilket medför kompetensutveckling och skapar kontakter. I anslutning till barn- och ungdomsenheten finns en lekpaviljong och en lekterapeut är anställd i samråd med Rädda Barnen.

Akuta patienter tas emot omedelbart och patienter i behov av brådskande vård behandlas inom en vecka från det att remissen inkommit. Väntetiden för icke brådskande medicinska fall var 8-12 veckor och för kirurgiska fall 12-16 veckor i december 2009.

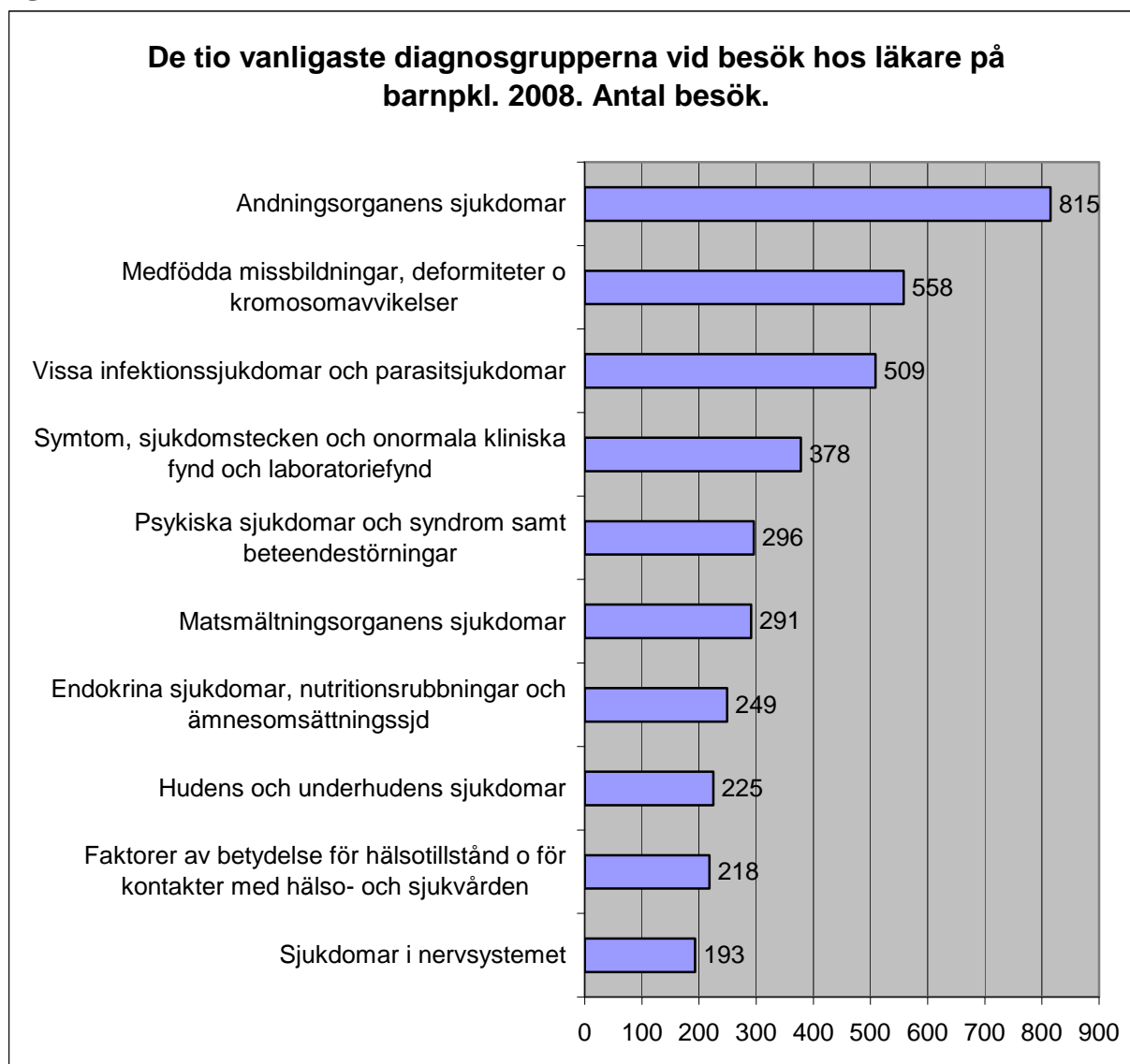
Figur 3:1



Källa: ÅHS

Den vanligaste orsaken till att barn- och ungdomar blev inlagda på barn- och ungdomsenheten år 2008 var andningsorganens sjukdomar (129 vårdtillfällen) följt av yttre orsaker till skador, sjukdomar och dödsfall (124 vårdtillfällen) (figur 3:1). Även vid besök på barnpolikliniken var den vanligaste diagnosen sjukdomar i andningsorganen (815 besök) och därefter besök föranledda av medfödda missbildningar, deformiteter och kromosomavvikelser (558 besök). Vissa infektionssjukdomar och parasitsjukdomar utgjorde diagnos vid 509 besök (figur 3:2) (8).

Figur 3:2



Källa: ÅHS

Barnpatienter på mottagningarna

Tabell 3:1 Antal besök per åldersgrupp och basenhet, 2008, kvinnor

Åldersgrupp	BB o									Totalt
	Med.	Dietist	Kir	gyn	Barn	Ögon	ÖNH	Rehab	Akuten	
u. 1 år				25	107	2			26	160
1-6 år	5	3	39		413	50	57	170	282	1 019
7-14 år	21	4	82	11	676	51	57	256	249	1 407
15-17 år	27	1	66	26	326	12	21	68	188	735
Totalt	53	8	187	62	1 522	115	135	494	745	3 321

Källa: ÅHS

Tabell 3:2 Antal besök per åldersgrupp och basenhet, 2008, män

Åldersgrupp	Med	Dietist	Kir	BB o gyn	Barn	Ögon	ÖNH	Rehab	Akuten	Totalt
u. 1 år		1		35	85	2			34	157
1-6 år	35	2	31		550	77	126	381	333	1 535
7-14 år	9	6	121		660	60	93	421	346	1 716
15-17 år	22	1	66		264	10	41	49	195	648
Totalt	66	10	218	35	1 559	149	260	851	908	4 056

Källa: ÅHS

Under år 2008 var antalet besök av pojkar vid ÅHS mottagningar drygt 700 flera än antalet besök av flickor. Pojkarnas andel av det totala antalet besök var 55 procent. I åldersgruppen 1-6 år var pojkarnas andel av de totala besöken 60 procent (tabell 3:1 och 3:2).

Tabell 3:3 Antal vård dagar per åldersgrupp och basenhet, 2008, kvinnor

Åldersgrupp	Kir	Intensiv.	Barn	Akut	Totalt
u. 1 år			155		155
1-6 år			276		276
7-14 år	1	1	282	1	285
15-17 år	1		83	1	85
Totalt	2	1	796	2	801

Källa: ÅHS

Tabell 3:4 Antal vård dagar per åldersgrupp och basenhet, 2008, män

Åldersgrupp	Kir	Intensiv	Barn	Akut	Totalt
u. 1 år			214		214
1-6 år			556		556
7-14 år			127		127
15-17 år	5	45	68	2	120
Totalt	5	45	965	2	1 017

Källa: ÅHS

Även antalet vård dagar var högre totalt bland pojkarna än bland flickorna, 1 017 jämfört med 801. Pojkarna stod för 67 procent av vård dagarna i åldersgruppen 1-6 år, medan flickornas andel av vård dagarna i åldern 7-14 år var 69 procent (tabell 3:3 och 3:4).

Tabell 3:5 Antal besök per åldersgrupp i psykiatrisk öppenvård 2008

Åldersgrupp	Kvinnor	Män	Totalt
u. 7 år	58	77	135
7-14 år	383	619	1 002
15-17 år	532	414	946
Totalt	973	1 110	2 083

Källa: ÅHS

Totalt gjordes 2 083 besök år 2008 inom den psykiatriska öppenvården, vilket är en stor ökning jämfört med år 2007 då antalet besök var 1 154. I åldersgruppen 7-14 år gjordes de flesta besöken till BUP av pojkar (619) jämfört med flickor (383). Bland 15-17-åringarna stod flickorna för 532 besök jämfört med 414 för pojkarna (tabell 3:5).

Extern vård utom Åland

Barn och ungdomar med sjukdomar som man inte har resurser att undersöka och behandla inom ÅHS remitteras till vård utom Åland, i främsta hand till Akademiska sjukhuset i Uppsala, Åbo universitetscentralsjukhus eller Helsingfors universitetscentralsjukhus. Detta sker i samråd med föräldrarna och barnet/ungdomen och i beslutet vägs olika faktorer in, bl.a.

språket, sjukdomens art och de specialistkunskaper respektive sjukhus har när det gäller den aktuella sjukdomen. Personalen vid barnenheten har utvecklat ett mycket gott samarbete med barnkliniken vid Akademiska sjukhuset i Uppsala, och har givits möjlighet till regelbunden hospitering på olika avdelningar för att kunna följa med utvecklingen och höja kompetensen. Flera specialistläkare från Akademiska sjukhuset har vikarierat vid barnenheten, i vissa fall regelbundet, och har tillfört specialistkompetens inom olika områden, vilket medfört att en del av de barn och ungdomars som annars hade remitterats till vård utom Åland har kunnat vårdas hemma.

Kostnaderna för vård utom Åland remitterad från barn- och ungdomsenheten var år 2008 totalt €767 570. År 2007 var totalkostnaden €1 221 200 och år 2006 €540 000. Kostnaderna för remitterade besök var €87 870 (€57 800 år 2007) och för remitterade vårddygn €679 700 (€1 163 406 år 2007). Av de sammanlagt 161 besök som remitterades till vård utom Åland hade 125 remitterats till Finland och 36 till Sverige. Antalet vårddygn utom Åland var 150 i Finland och 423 i Sverige, sammanlagt 573, vilket är en minskning med ca 35 procent jämfört med år 2007. Kostnaderna per besök har ökat kraftigt jämfört med år 2007. I Finland var kostnaden €442 (€263 år 2007) vilket var mindre än hälften av kostnaderna per besök i Sverige, som var €905 (€492 år 2007). Kostnaderna per vårddygn var något högre i Finland (€1 322) jämfört med i Sverige (€1 137). Kostnaderna är inte helt jämförbara beroende på olikheter inom patientgrupperna. Utöver remitterade besök och vårddygn har som ej remitterad vård gjorts 18 besök (€8 400) samt 23 vårddygn (€27 600)(8).

4. FOLKHÄLSORISKERNA

Enligt WHO (9) är fattigdom det största hotet mot barns hälsa, oavsett vilken utvecklingsnivå landet har. Många sjukdomar och riskfaktorer har ett samband med socioekonomiska faktorer såsom brister i hälsan i nyföddhetsperioden, dålig tillgång till hälsovård och ohälsosam och osäker omgivning. Ur ett internationellt perspektiv har barn i Finland och Sverige mycket god hälsa och många av dessa riskfaktorer har tack vare god förebyggande vård kunnat minimeras. Livsstilsfaktorer som anses vara hot mot barns och ungdomars hälsa, både ur ett europeiskt och ett åländskt perspektiv, är ohälsosam kost, fysisk inaktivitet samt tidig användning av tobak, alkohol och droger.

I vårt land, liksom i Västeuropa i övrigt har man låg sjuklighet och dödlighet i infektionssjukdomar i andningsorganen, skador och förgiftningar jämfört med länderna i Östeuropa. I stället är sådana sjukdomar som astma och allergier, diabetes, fetma och neuropsykiska sjukdomar proportionellt sett vanligare hos oss.

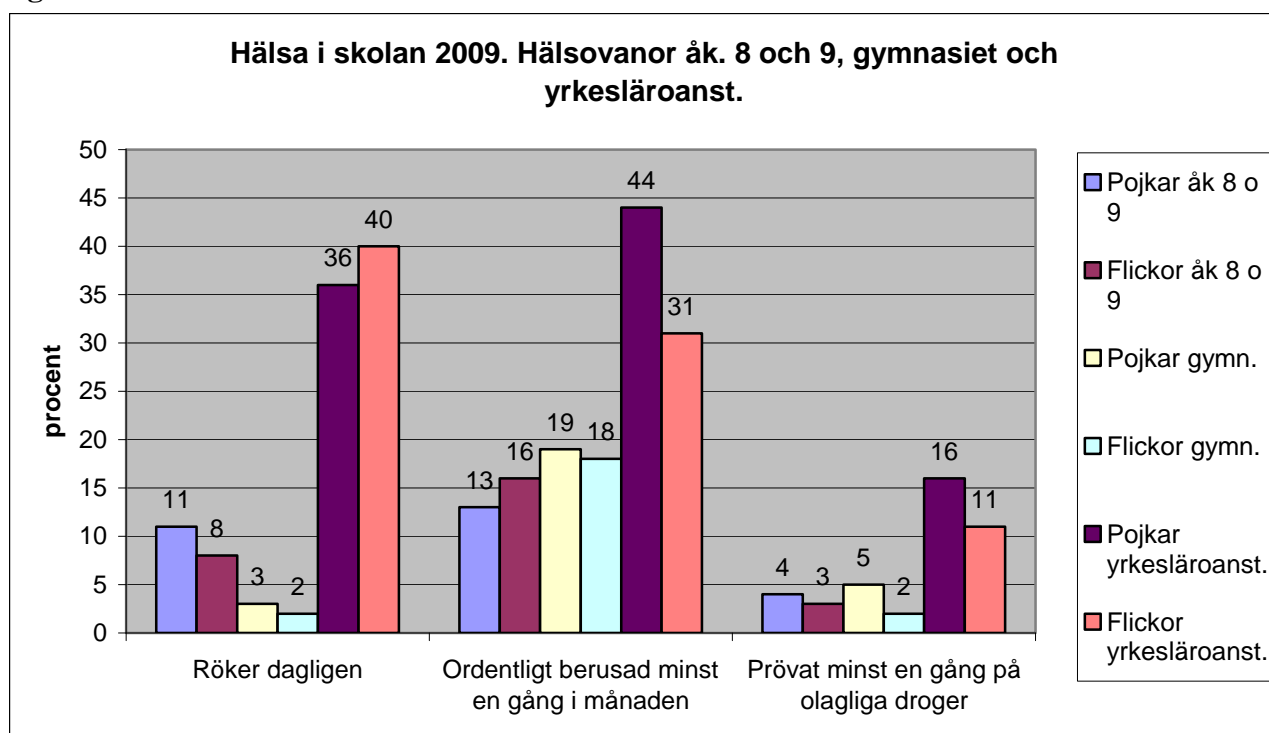
Ur ett folkhälsoperspektiv är fosterlivet och barndomen viktiga perioder med tanke på tillväxt och utveckling. Förebyggande insatser kan få särskilt stor effekt tidigt i livet innan organ-systemen och beteendet har hittat sin definitiva form. Barns och ungdomars uppväxtvillkor är intimt förknippade med deras hälsa (10).

Tobak, alkohol och narkotika

Alkohol- och drogbruk bland ungdomar sker inom ramen för kamratgruppen. I de nordiska länderna är det huvudsakligen kring helgerna som alkoholkonsumtionen sker, till skillnad från sydeuropeiska länder där alkoholbruket är mera utspritt under veckans sju dagar (11).

Till och med år 2004 genomförde fältarna med ett par års mellanrum en undersökning av de åländska högstadieelevernas alkohol- och drogvanor. I dag ingår frågor om tobak, alkohol och narkotika i den nationella undersökningen "Hälsa i skolan" (12, 13).

Figur: 4:1



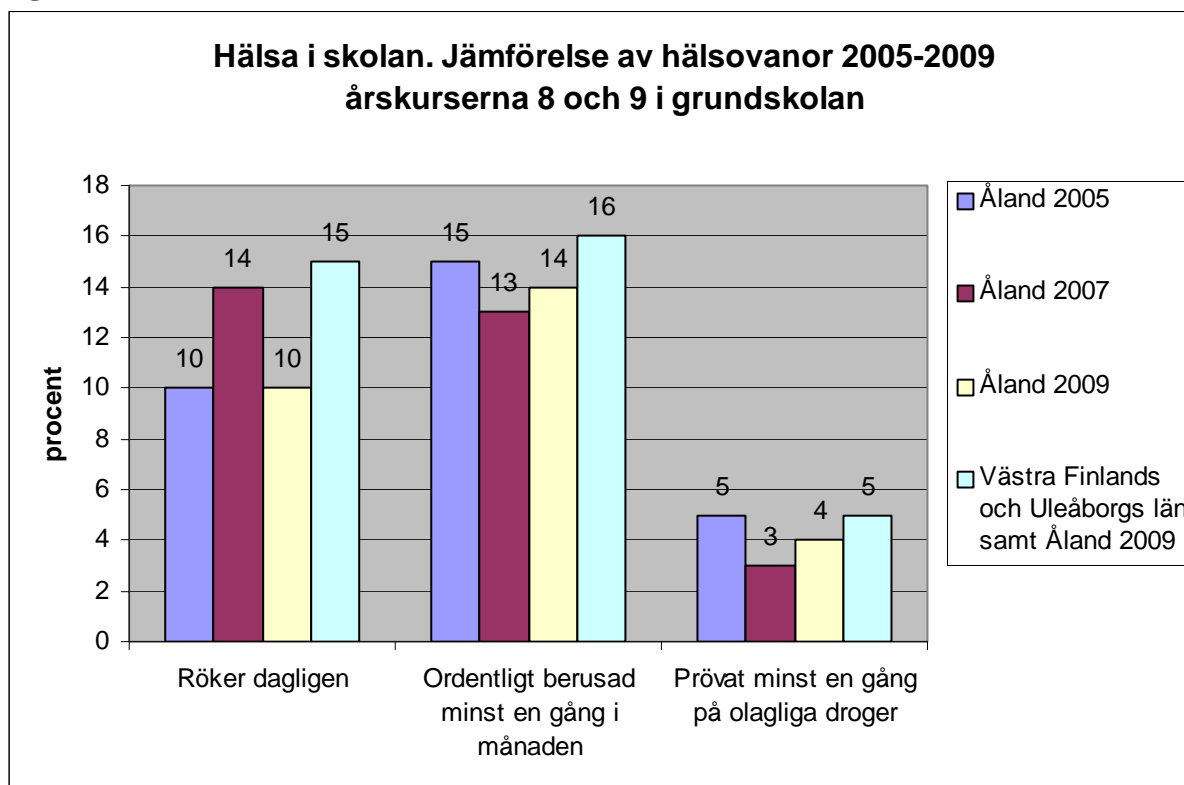
Källa: Institutet för hälsa och välfärd

Enligt undersökningen 2009 var det större andel pojkar (11 procent) än flickor (8 procent) i högstadiet som uppgav att de röker dagligen. Andelen som röker dagligen var 20 ggr större bland flickorna i yrkesläroanstalterna (40 procent) jämfört med gymnasiet (2 procent). Även andelen dagligrökare bland pojkarna var mycket högre i yrkesläroanstalterna (36 procent) än i gymnasiet (3 procent).

Jämfört med undersökningen år 2007 har andelen pojkar i åk 8 och 9 som dricker sig ordentligt berusade minst en gång i månaden minskat (från 15 procent till 13 procent) medan andelen flickor ökat (från 12 procent till 16 procent). Mer än dubbelt så många pojkar i yrkesläroanstalterna jämfört med gymnasiet dricker sig berusade minst en gång i månaden (44 procent jämfört med 19 procent). Bland flickorna är motsvarande siffror 31 procent i yrkesläroanstalterna och 18 procent i gymnasiet.

Andelen pojkar som prövat minst en gång på olagliga droger var något större än andelen flickor i samtliga skolor. I yrkesläroanstalterna har drygt 3 ggr så många pojkar (16 procent) och drygt 5 ggr så många flickor (11 procent) prövat minst en gång på olagliga droger som i gymnasiet (5 procent för pojkar och 2 procent för flickor)(figur 4:1).

Figur: 4:2



Källa: Institutet för hälsa och välfärd

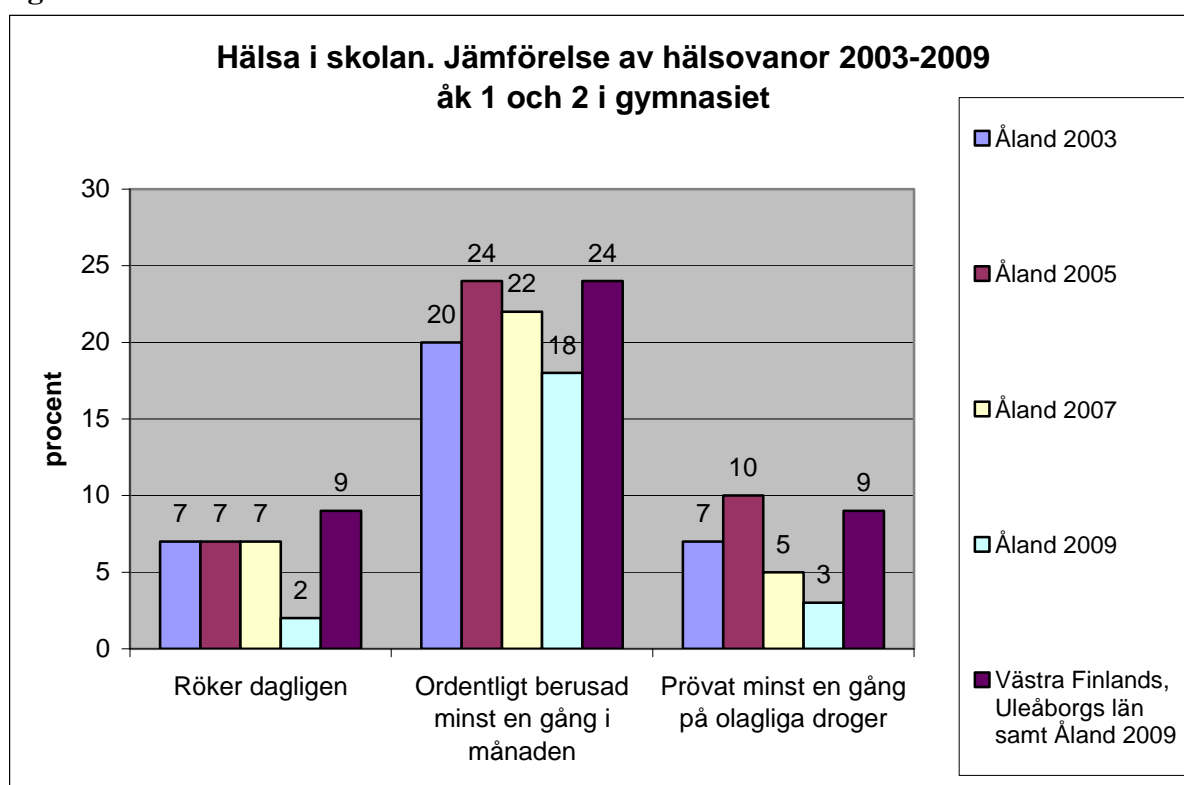
Situationen på Åland är något bättre än resultatet för hela undersökningsområdet både när det gäller alkohol och olagliga droger. Andelen dagligrökare i åk 8 och 9 har minskat från 14 procent år 2007 till 10 procent i årets undersökning, vilket är en lägre andel än i undersökningen som helhet (15 procent) (figur 4:2).

I Sverige har andelen elever i åk 9 som dricker så mycket alkohol att de *känner sig berusade* någon gång i månaden eller oftare minskat från 31 procent år 2003 till 23 procent år 2008 bland pojkar och från 32 procent år 2003 till 24 procent år 2008 bland flickor. Resultatet är inte helt jämförbart med resultatet i undersökningen Hälsa i skolan, eftersom man där frågar efter vem som är *ordentligt berusad*.

Andelen elever i Sverige som prövat narkotika i årskurs 9 har också minskat. År 2001 hade närmare 10 procent av eleverna prövat narkotika medan andelen år 2008 var 7 procent bland pojkarna och 5 procent bland flickorna (14).

Andelen elever i åk 1 och 2 i gymnasiet som röker dagligen har varit 7 procent vid de tre tidigare undersökningstillfällena. I årets undersökning har andelen rökare minskat kraftigt och utgör 2 procent. Andelen pojkar som röker var en procentenheter högre än andelen flickor och samma trend kan ses när det gäller alkoholbruk och droganvändning. Jämfört med resultatet för undersökningen totalt, där 9 procent angav att de rökte dagligen, var siffrorna för Ålands del glädjande.

Figur: 4:3



Källa: Institutet för hälsa och välfärd

Andelen elever i gymnasiet som var ordentligt berusade minst en gång i månaden har legat på 20-24 procent, under åren 2003-2007. I årets undersökning har andelen sjunkit till 18 procent, vilket är sex procentenheter lägre än i hela undersökningsmaterialet. Andelen elever som prövat minst en gång på olagliga droger har minskat kraftigt från år 2005, då 10 procent svarade jakande på frågan jämfört med 3 procent i årets undersökning. Andelen var högre i undersökningen totalt än på Åland, där ser man en ökning till 9 procent i 2009 års undersökning jämfört med resultatet för 2007 (8 procent) (figur 4:3).

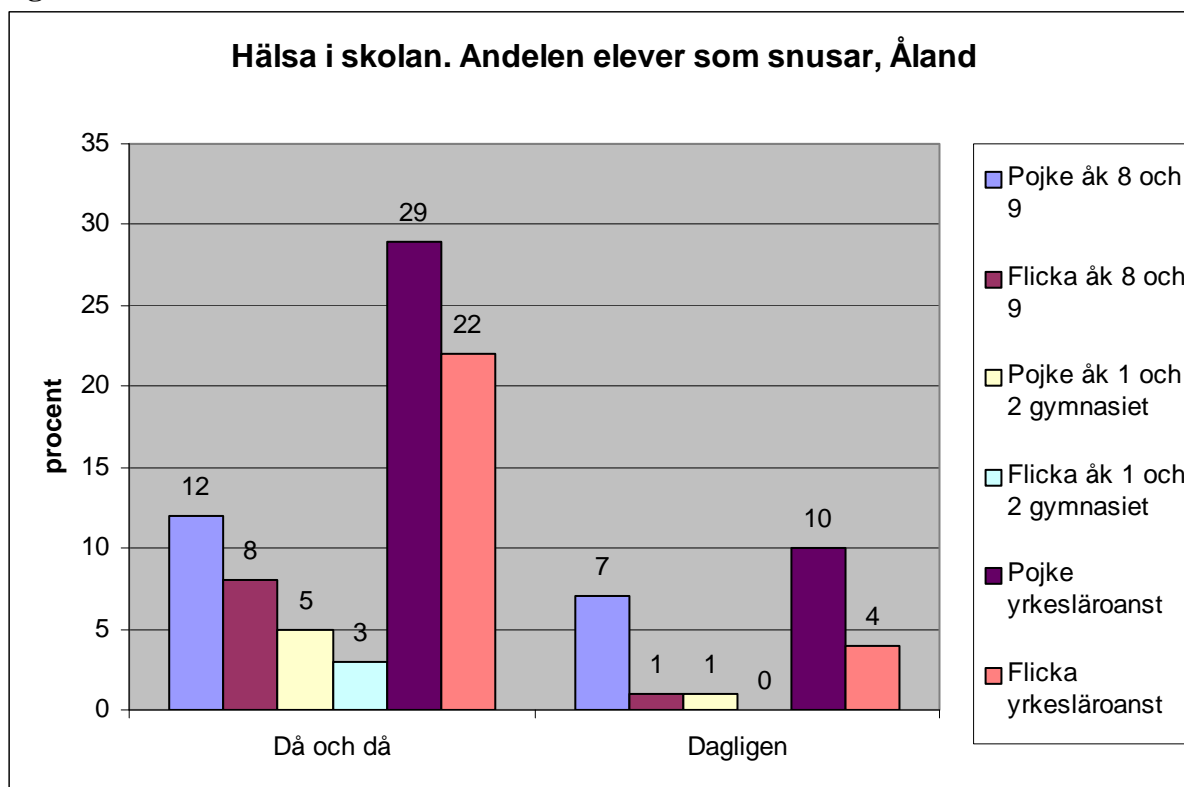
I yrkesläroanstalterna var resultatet för Ålands del i stort sett samma som för hela undersökningen.

I Sverige uppgav år 2008 53 procent av pojkarna och 44 procent av flickorna i åk 2 i gymnasiet att de intensivkonsumerar¹ alkohol någon gång per månad eller oftare. 17 procent av pojkarna och 15 procent av flickorna uppgav att de prövat narkotika (14). En direkt

¹ Intensivkonsumtion= dricker alkohol motsvarande minst 18 cl sprit eller en hel flaska vin eller 4 burkar starköl/cider eller 6 burkar folköl vid samma tillfälle.

jämförelse med resultatet från "Hälsa i skolan" är inte möjlig, men en sammanslagning av resultaten från gymnasiet och yrkesläroanstalterna ger vid handen att ca 30 procent totalt har varit berusade minst en gång i månaden (ca 36 procent av pojkarna och ca 25 procent av flickorna). Ca 9 procent totalt har prövat minst en gång på olagliga droger (ca 13 procent av pojkarna och ca 6 procent av flickorna).

Figur: 4:4



Källa: Institutet för hälsa och välfärd

Pojkarna, både i grundskolan, i gymnasiet och i yrkesläroanstalterna, använde mera snus än flickorna (figur 4:4) (12, 13). Andelen som snusar dagligen har minskat kraftigt i gymnasiet sedan senaste undersökning. Då snusade 11 procent av pojkarna och 2 procent av flickorna dagligen jämfört med 1 procent av pojkarna och 0 procent av flickorna i årets undersökning. Största andelen snusare finns bland pojkarna i yrkesläroanstalterna, där 10 procent snusar dagligen. I Sverige snusade 9 procent av pojkarna och 0 procent av flickorna i åk 9 varje dag eller nästan varje dag år 2008. I gymnasiets åk 2 var motsvarande siffror för pojkarna 18 procent och för flickorna 4 procent (14).

I det alkohol- och narkotikapolitiska programmet för landskapet Åland år 2007-2011 är huvudmålsättningarna:

- att minska totalkonsumtionen av alkohol
- att höja debutåldern
- ett narkotikafritt samhälle
- att minska skadeverkningarna

I programmet nämns sju delmål:

1. att minska berusningsdrickandet
2. att göra alkoholen mindre tillgänglig för minderåriga och att minska efterfrågan på alkohol
3. att medverka till att stoppa utbudet av och efterfrågan på narkotika
4. tidig upptäckt av alkohol- och narkotikamissbruk

5. tillgång till förebyggande åtgärder, vård och behandling
6. att förändra attityderna till alkohol och andra droger
7. att vuxenansvaret förstärks

I programmet betonas föräldrarnas viktiga roll som gränssättare och skolans roll i drogundervisningen. Den alkohol- och narkotikaförebyggande verksamheten finns dokumenterad i skolans SANT-plan² (15).

I landskapsregeringens rapport över drogundervisningen i grundskolorna och förslag till plan för drogundervisningen på Åland (16) föreslår arbetsgruppen följande åtgärder:

1. livskunskap nytt ansvarsområde i grundskolan
2. lämpliga pedagogiska metoder i drogundervisningen
3. lärarutbildning om ungdomars hälsa, interaktiv pedagogik och social kompetens arrangeras för inhämtande av ny kunskap och för erfarenhetsutbyte
4. läromedelscentralen tillhandahåller läromedel för drogundervisningen i de åländska grundskolorna
5. undervisningsmaterial dokumenteras så att erfarenhetsutbyte underlättas
6. modell för utvärdering, enkät från Bergenmodellen eller motsvarande används för utvärdering av skolbaserat preventionsprogramms effekter
7. föräldrastöd och -utbildning

Enligt det alkohol- och narkotikapolitiska programmet ska ålänningar med missbrukarproblem och i behov av vård få tillgång till vård och behandling. Avgiftning sker vid Ålands hälso- och sjukvård, psykiatriska enheten samt vid akutenheten och intensivvårdsavdelningen. Behandlingen fortsätter på lämpligt behandlingshem i Sverige eller i riket. Eftervård, uppföljning och stöd för ett fortsatt liv ska ges efter behandlingen. En enhet för tillnyktring saknas i dag. Tvångsomhändertagande tillåts inte enligt finländsk lagstiftning.

Rapporten och det alkohol- och narkotikapolitiska programmet finns på www.regeringen.ax

² SANT= sniffning, alkohol, narkotika och tobak

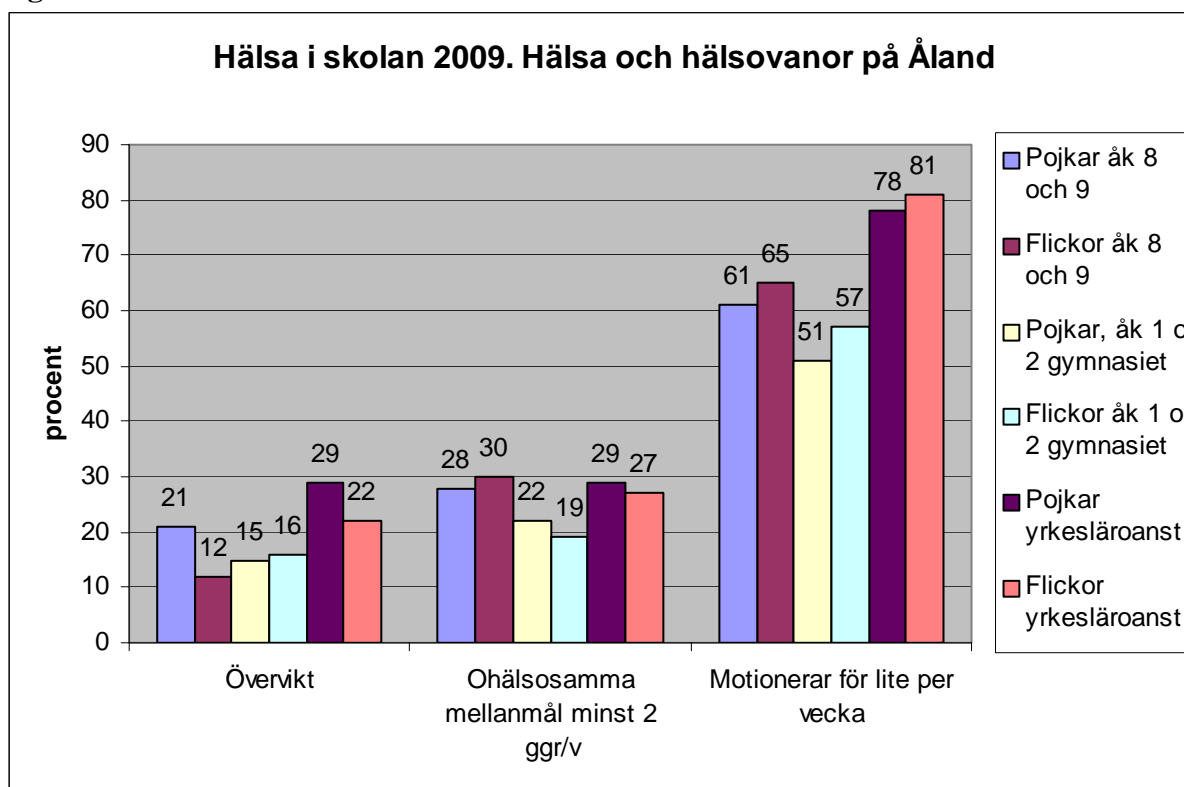
Barn och övervikt

Övervikt och fetma är i dag ett stort folkhälsoproblem, som till största delen beror på att vår livsstil förändrats (17, 18, 19). Vi rör oss mindre och har fått ökad tillgång till mat vilket leder till att många blir överviktiga. Det finns många undersökningar som styrker sambandet mellan övervikt och fetma, inaktiv livsstil och högt intag av energitäta livsmedel. I Sverige är nästan vart femte barn överviktigt och riskerar att drabbas av fetma. Under 2008 har det dock i Sverige kommit rapporter om att ökningen av andelen barn med fetma stannat upp och kanske till om med börjat minska. Man kan anta att situationen är liknande på Åland. Hälsa och livskvalitet påverkas negativt av fetma. Med tiden löper barn med fetma risk för att utveckla ortopediska problem, hjärt- och kärlsjukdomar samt att dö i förtid. Det är viktigt att satsa på förebyggande åtgärder för att förhindra att barn utvecklar fetma, ca 80 procent av de barn som var överviktiga i 6-7-årsåldern är överviktiga i sena tonåren (10).

I den europeiska hälsorapporten 2005 (9) lyfter man fram övervikt och fetma som det vanligaste hälsoproblemet bland barn i Europa. I början av 1980-talet led ca 10 procent av barn och ungdomar av övervikt eller fetma och i slutet av 1990-talet hade andelen stigit till ca 20 procent. Sjukdomar i anslutning till fetma står för 7 procent av de direkta kostnaderna för hälso- och sjukvård i Västeuropa. Förebyggande arbete ses som den enda lösningen och WHO rekommenderar att man utvecklar multisektoriella strategier för att kunna erbjuda hälsosam kost, minskar beroendet av motorfordonstransporter, ökar tillgängligheten till rekreationsanläggningar samt ser till att hälsoinformation är lättförståelig, relevant och tillgänglig.

I undersökningen "Hälsa i skolan" ingår även frågor om vikt och längd, matvanor och motion. Andelen åländska högstadiel elever som led av övervikt var i stort samma som i undersökningen i genomsnitt, men i gymnasiet och yrkesläroanstalterna hade högre andel av eleverna på Åland övervikt än genomsnittet för hela undersökningen.

Figur: 4:5



Källa: Institutet för hälsa och välfärd

I gymnasiet och yrkesläroanstalterna var andelen som åt ohälsosamma mellanmål i skolan något lägre på Åland jämfört med hela undersökningsområdet, medan andelen i åk 8 och 9 var samma på Åland som i undersökningen totalt (29 %). Större andel än i genomsnitt motionerade för litet, både i grundskolan, gymnasiet och i yrkesläroanstalterna. Skillnaden var minst i gymnasiet, där 54 procent av eleverna i Ålands lyceum motionerade för litet, jämfört med 51 procent i hela undersökningen. I grundskolan var andelen 63 på Åland jämfört med 51 i hela undersökningen och i yrkesläroanstalterna var andelen 10 procentenheter högre (79 procent) än i hela undersökningen (69 procent) (figur 4:5). Eleven motionerar för lite om något av följande villkor är uppfyllt: 1) ägnar sig på fritiden åt idrott eller motion mer sällan än fyra gånger i veckan åtminstone en halv timme åt gången, 2) ägnar sig på fritiden åt motion som gör en andfådd och svettig mindre än två timmar i veckan.

I Statsrådets principbeslut om utvecklingslinjerna för motion och kost som främjar hälsa (20) är målen när det gäller barn, unga och familjer

- att de erbjuds mer information, stöd och möjligheter att tillägna sig ett fysiskt levnadssätt och hälsosamma matvanor
- att dagvårds- och skolmiljön och deras verksamhetskultur stöder fysiskt aktivt levnadssätt och hälsosamma matvanor

Man understryker att riktlinjerna i det nationella motionsprogrammet ska följas samt att maten som serveras i daghem och skolor ska följa kostrekommendationerna.

I motionsrekommendationerna för förskoleverksamheten anges att barnet behöver minst 2 timmar ordentlig motion varje dag. Barnet behöver dagligen få öva grundläggande motoriska färdigheter på varierande sätt i olika miljöer. Mångsidig och målinriktad fysisk fostran ska dagligen planeras och arrangeras av förskollärarna och man ska skapa en miljö som lockar till motion (21).

Den grundläggande rekommendationen om skolbarns fysiska aktivitet är att alla 7-18-åringar borde röra på sig mångsidigt och på ett åldersanpassat sätt minst 1-2 timmar dagligen. De borde undvika att sitta över två timmar i ett sträck och tiden framför tv:n och vid datorn borde begränsas till högst två timmar per dag. För barn i åldern 1-12 år är minimirekommendationen fysisk aktivitet 1½-2 timmar dagligen och för 13-18-åringar 1-1½ timme dagligen. Den dagliga motionen bör innehålla flera minst 10 minuter långa avsnitt med hårdare fysisk ansträngning som höjer puls och andningsfrekvens. En rask promenad till och från skolan samt lekar och spel som innebär fysisk aktivitet på rasterna är bra exempel på daglig motion för skolbarn (22).

Statens näringsdelegation utgav år 2008 "Rekommendation för skolbispisningen" (23). Avsikten är att ge kommunens beslutsfattare, dem som ansvarar för skolornas bispisning samt skolorna riktlinjer för hur bispisningen i skolan ska ordnas. Skolbispisningen är en viktig del av skolans undervisning, fostran och omsorg om att eleverna mår bra. I rekommendationen sägs att för måltiden behövs 30 minuter och att eleverna ska ha möjlighet att gå ut och röra på sig 10-15 minuter efter lunchen. Miljön ska vara trivsamt och bullerfri. Eleverna ska ha möjlighet till ett närande mellanmål om lektionerna pågår längre än 3 timmar efter skollunchen. Läskedrycker, energi- och sportdrycker, söttad saft, godis och eller andra produkter som innehåller mycket fett, socker och salt är inte lämpliga mellanmål och ska inte regelbundet säljas i automater eller kiosker i skolorna.

För att man ska kunna utvärdera matens näringsmässiga kvalitet i skolan har näringsdelegationen utarbetat fyra kriterier.

Grundkriteriet

Varje dag vid måltiden serveras:

1. rågbröd, knäckebröd eller annat fiberrikt bröd (fiber \geq 6 g/100 g)
2. margarin eller annat vegetabiliskt bredbart pålägg
3. fettfri mjölk
4. färska grönsaker, färsk sallad, bär eller frukter
5. dressing baserad på vegetabilisk olja till salladen

Bra kök: alla 5 punkterna uppfylls

Fettkriteriet

1. Fiskrätter minst en gång i veckan
2. Korvrätter mera sällan än en gång i veckan
3. Potatis tillredd med fett mera sällan än en gång i veckan (t.ex. stekt potatis, potatisgratäng, pommes frites)
4. Gräddor eller gräddprodukter med hög fetthalt (fett över 15 %) i matlagningen mera sällan än en gång i veckan
5. Ost med hög fetthalt (fett över 17 %) mera sällan än en gång i veckan
6. Färdigmat eller halvfabrikat med hög fetthalt mera sällan än en gång i veckan
7. Smör eller blandningar av smör och vegetabilisk olja används inte alls i matlagningen
8. Köttfärs och kött (nöt-, svin-, och fjäderfäkött) av mager kvalitet (fett \leq 10 %, i färdig produkt \leq 12 %)

Bra kök: minst 6 punkter uppfylls

Saltkriteriet

1. Salt i matlagningen högst enligt receptet, inte slumpmässigt enligt smak
2. Potatis tillreds utan salt eller kryddor som innehåller salt
3. Grönsaker tillreds utan salt eller kryddor som innehåller salt
4. Ris eller makaroner tillreds utan eller med mycket liten mängd salt eller kryddor som innehåller salt (högst 0,3 g salt/100 g i den tillredda produkten)
5. Färdigmat eller halvfabrikat med hög salthalt mer sällan än en gång i veckan
6. Bröd med låg salthalt 2-3 gånger i veckan (salt högst: mjukt bröd 7 %, knäckebröd 1,2 %)

Bra kök: minst 5 punkter uppfylls

Informationskriteriet

En hälsosam måltidsenhet åskådliggörs för matgästerna med hjälp av en modellmåltid minst en gång i veckan.

Bra kök: kriteriet uppfylls

(22, bil. 2)

I Sverige har Livsmedelsverket och Statens folkhälsoinstitut tagit fram underlag för en handlingsplan för goda matvanor och ökad fysisk aktivitet i befolkningen (24). Syftet är att skapa samhällseliga förutsättningar för en god hälsa på lika villkor för hela befolkningen, med särskild hänsyn till barns och ungdomars levnadsförhållanden. Underlaget innehåller förslag på mätbara mål och ett mål för samhällsinsatser avseende goda matvanor. Målen är:

- Mål för samhällsinsatser avseende goda matvanor och fysisk aktivitet
 1. Samhället utformas så att det är enkelt att ha goda matvanor för alla grupper i befolkningen.
 2. Samhället utformas så att det ger förutsättningar för en ökad fysisk aktivitet för alla grupper i befolkningen.
- Mätbara mål för goda matvanor
 1. Öka konsumtionen av frukt och grönsaker

2. Öka konsumtionen av nyckelhålsmärkt mat
 3. Minska konsumtionen av livsmedel av typen sötade drycker, godis, glass, snacks, bakverk och alkoholhaltiga drycker.
- Mätbara mål för fysisk aktivitet
 1. Öka andelen friska vuxna som är fysiskt aktiva minst 30 minuter på minst måttlig nivå varje dag, eller sammanlagt minst 3,5 timmar per vecka
 2. Öka andelen friska barn som är fysiskt aktiva minst 60 minuter på minst måttlig nivå varje dag, eller sammanlagt minst 7 timmar per vecka.
 3. Minska andelen barn och vuxna med en stillasittande livsstil.
 - Mätbara mål för kroppsvikt
 1. Förebygga viktuppgång från normalvikt till övervikt hos vuxna
 2. Främja en normal viktutveckling hos barn.

(24, s. 9-10)

De förslag till insatser som ges i rapporten berör många delar av samhället och understryker behovet av hälsokonsekvensbedömningar av politiska beslut utanför folkhälsopolitiken. Insatser inom olika politikområden förstärker varandra och de insatsområden som lyfts fram i underlaget till handlingsplan är:

- skolan och förskolan
- hälso- och sjukvården
- yrkesutbildning och kommunikation
- arbetsplatsen
- livsmedelsbranschen

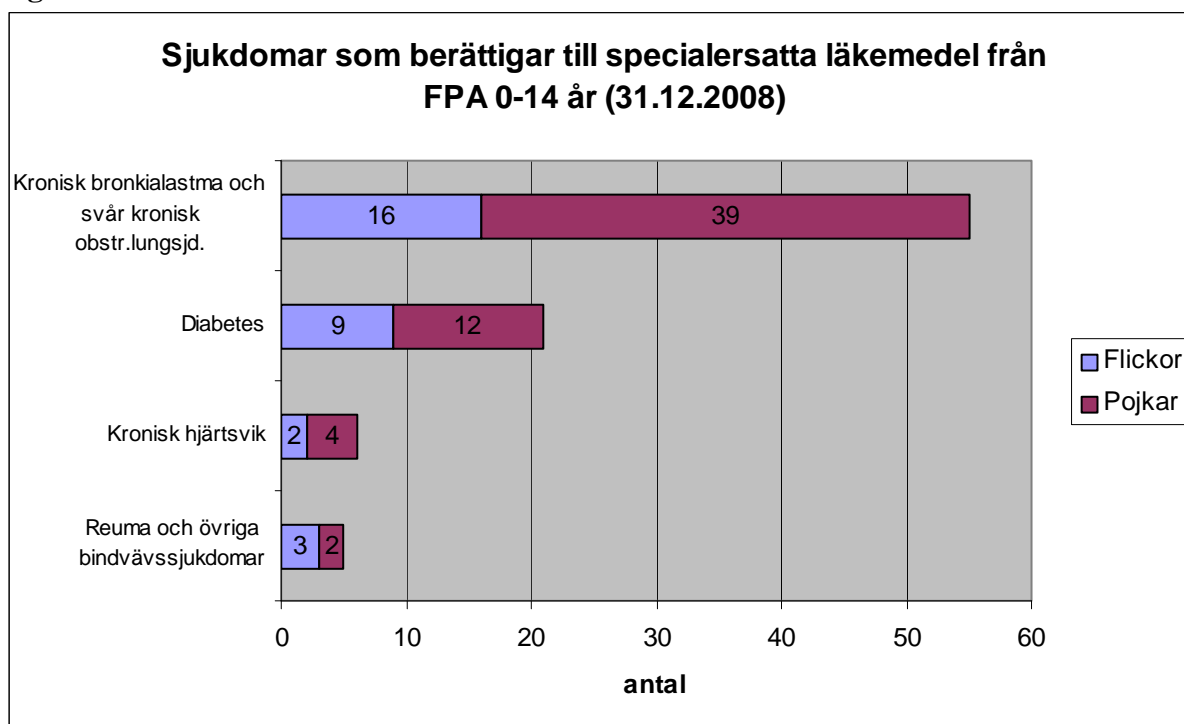
5. SJUKDOMSBILDEN

Det finns få vetenskapliga undersökningar om barns och ungdomars hälsa på Åland. Enkätundersökningen "Hälsa i skolan" har genomförts av Institutet för hälsa och välfärd (f.d. Stakes) under åren 2001, 2003, 2005, 2007 och 2009 i åk 8 och 9 i grundskolan. År 2001 och 2003 deltog endast en del av eleverna i åk 8 och 9 i undersökningen, men 2005 och 2007 besvarade eleverna i samtliga grundskolor enkäten, som kommer att genomföras vartannat år. Ålands lyceum har deltagit i undersökningen 2003, 2005, 2007 och 2009 och från och med år 2009 riktas undersökningen även till studerande i yrkesläroanstalterna. Genom att jämföra de åländska ungdomarnas hälsa, hälsovanor, levnadsförhållanden och åsikter om skolarbetet med andra delar av landet och även utvecklingen över en tidsperiod får man en uppfattning om bl.a. vilka specifika hälsoproblem ungdomar har på Åland, hur hälso- och levnadsvanorna ser ut samt hur de förändrats jämfört med tidigare undersökningar (12, 13).

Kroniska sjukdomar hos barn och ungdomar

Hos åländska barn är de vanligaste kroniska sjukdomarna som berättigar till specialersatta läkemedel från Folkpensionsanstalten astma, diabetes, kronisk hjärtsvikt samt reuma och övriga bindvävssjukdomar. Astma är den överlägset mest förekommande kroniska sjukdomen, år 2008 var 55 barn i åldern 0-14 år berättigade till specialersatta läkemedel för den diagnosgruppen. Jämfört med tidigare har det skett en minskning, år 2007 fick 70 barn i den ålderskategorin ersättning för denna diagnosgrupp och 2004 var antalet 98. 21 barn i åldern 0-14 år fick specialersatta läkemedel mot diabetes, vilket är en minskning med fyra personer jämfört med år 2007. Både när det gäller kronisk astma och diabetes har flera pojkar än flickor fått ersättning (fig. 5:1).

Figur: 5:1



Källa: FPA

På Åland fick sammanlagt 116 personer i åldern 0-14 år specialersatta läkemedel för kroniska sjukdomar år 2008, vilket utgör 3 procent av befolkningen i motsvarande ålder. För hela landet är motsvarande andel 4 procent (25).

Psykisk ohälsa bland barn och ungdomar

Den somatiska sjukvården för barn och ungdomar på Åland fungerar i stort bra, men när det gäller vård av barn med psykiatrisk diagnos finns det brister. I dag vårdas de flesta barnpsykiatriska patienterna, som tas in på sjukhus, på barn- och ungdomsavdelningen vid ÅHS i samarbete med BUP (Barn- och ungdomspsykiatriska mottagningen). Barn- och ungdomspsykiatrin arbetar för närvarande med ärenden både på primärvårds- och specialistnivå. I riket finns familjerådgivningar med barnpsykiater och psykolog som tar hand om lättare ärenden och vid behov remitterar till specialistsjukvården. Denna nivå saknas helt på Åland. Inom den nya psykiatrienheten som planeras på centralsjukhusområdet är avsikten att starta en ny verksamhet i form av en familjeenhet för bl.a. slutna barnpsykiatrisk vård. Enligt personalen på BUP har tröskeln till att söka hjälp sänkts, många ungdomar tar själva kontakt i dag och vill ha tid för besök. Hur lång väntetiden är till BUP avgörs av hur akut man bedömer att behovet är, brådskande fall får tid senast följande dag. Om det är möjligt styrs en del av fallen till skolpsykologen. Väntetiden till barn- och ungdomspsykiatriska polikliniken för icke brådskande vård var 6-8 veckor i december 2009. Till barn- och ungdomspsykiatriska utredningar var väntetiden 12-16 veckor.

De vanligaste psykiska problemen enligt personalen vid BUP är:

- depressioner
- ångestneuroser
- tvångshandlingar
- ätstörningar
- självdestruktivitet
- tilltagande rotlöshet p.g.a. splittrade familjer

Man uppskattar att ca 20 procent av eleverna i skolan har problem av olika slag.

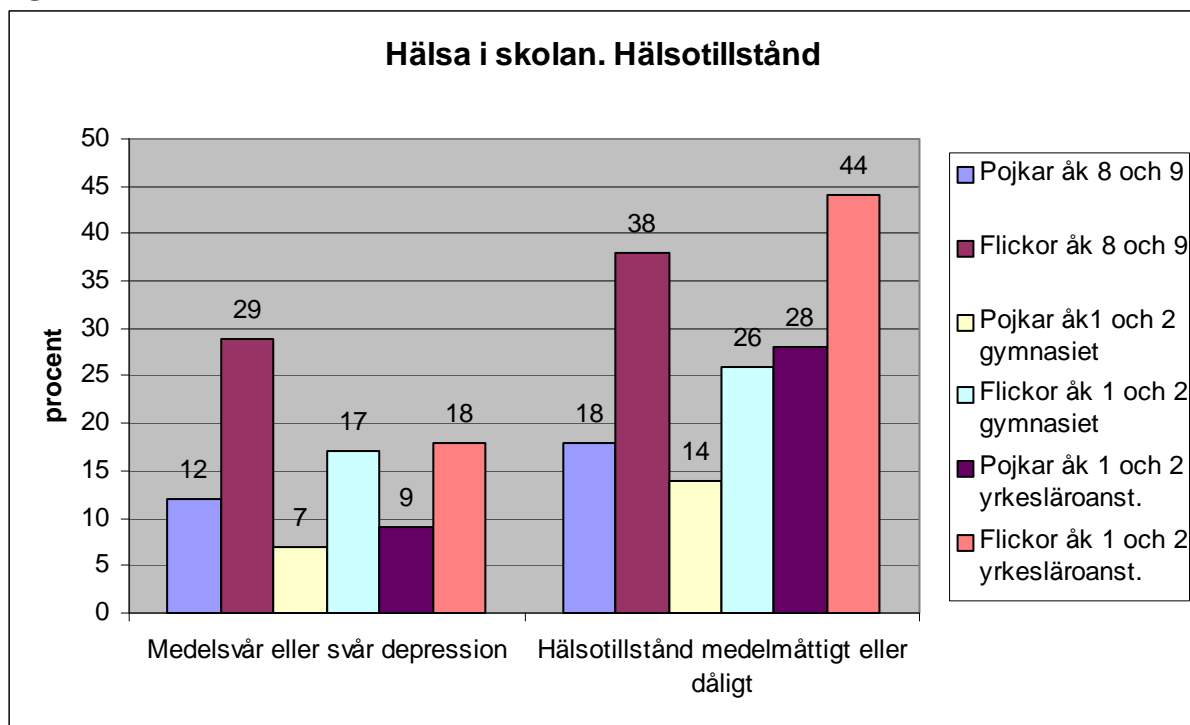
Resurser när det gäller barns- och ungdomars psykiska hälsa är barnrådgivningarna, skol- och studerandehälsovården samt BUP. På rådgivningsbyråerna stöds aktivt tidig interaktion mellan barnet och föräldern, och hälsovårdarnas färdighet och kunskap att igenkänna psykiska problem hos barn har ökat bl.a. genom ett projekt som Stakes (Forsknings- och utvecklingscentralen för social och hälsovård) initierade år 2002 och som pågick till år 2007. En del av hälsovårdarna har under projektiden genomgått teoretisk utbildning samt fått handledning om det tidiga samspelet mellan barn och föräldrar. En åtgärd som också har betydelse för barns psykiska hälsa är det frågeformulär om våld i parförhållande som riktas till gravida kvinnor samt föräldrar vid besök på mödra- och barnrådgivningen under graviditeten samt då barnet är 4-5 månader och 18 månader. Vid behov görs uppföljningar, eller så hänvisas kvinnan till NKC:s (Nationellt kunskapscentrum för mäns våld mot kvinnor, f.d. Rikskvinnocentrum) jourtelefon eller någon av ÅHS socialarbetare. Inom psykiatrin har man under flera års tid arbetat med projektet "Föra barnen på tal – när en förälder har psykisk ohälsa", som grundar sig i förståelsen om hur psykisk ohälsa påverkar föräldraskapet och barnen samt i kunskapen om faktorer som föräldrar kan använda sig av för att stödja barnets och tonåringens utveckling.

Ett samarbetsprojekt mellan barn- och ungdomspsykiatrin och primärvården startade under år 2006, den s.k. COPE-föräldrautbildningen med EU-medel. Personal från ungdomspsykiatriska mottagningen samt två hälsovårdare från primärvården deltog i utbildningen. COPE är ett manualbaserat föräldraprogram för föräldrar som har barn i åldern 3-12 år. Det togs ursprungligen fram till föräldrar med utagerande barn, men modellen fungerar utmärkt på de allra flesta barn. Grunden är att:

1. uppmuntra och förstärka positivt beteende
2. förebygga negativt beteende och konstruktiv problemlösning

3. hantera negativt beteende och gränssättning

Figur 5:2



Källa: Institutet för hälsa och välfärd

Enligt resultatet av den nationella enkäten "Hälsa i skolan" år 2009 var depression vanligare bland de åländska högstadieläverna än bland högstadieläver i genomsnitt. Enligt undersökningen led 20 procent av depression vilket är en ökning från 18 procent i 2007 års undersökning och 15 procent i 2005 års undersökning. Medelsvår eller svår depression var mycket vanligare bland flickor (29 procent) än bland pojkar (12 procent). Motsvarande andel för både flickor och pojkar i hela undersökningen var 13 procent (figur: 5:2).

I gymnasiet har utvecklingen varit mer gynnsam. I 2003 års enkät var det 16 procent som led av medelsvår eller svår depression, vilket var mycket högre än i undersökningen i genomsnitt där andelen var 9 procent. År 2005 var andelen 13 procent och i undersökningen år 2007 hade andelen ytterligare sjunkit till 8 procent. I årets undersökning hade andelen stigit till 12 procent, vilket är två procentenheter högre än i hela undersökningen. Även i gymnasiet var flickornas andel av deprimerade ungdomar mycket större, 17 procent, jämfört med 7 procent för pojkarna. I yrkesläroanstalterna var andelen med depression något högre än i gymnasiet, 9 procent bland pojkarna och 18 procent bland flickorna. Depression mättes med 12 frågor som baserar sig på Becks depressionsmätare.

Även andelen elever som ansåg sitt hälsotillstånd vara medelmåttigt eller dåligt var högre på Åland, 28 procent i högstadiet, 20 procent i gymnasiet och 34 procent i yrkesläroanstalterna jämfört med resultatet för hela undersökningsområdet som var 17 procent i högstadiet, 18 procent i gymnasiet och 21 procent i yrkesläroanstalterna. Av flickorna i yrkesläroanstalterna ansåg hela 44 procent att deras hälsa var medelmåttig eller dålig, jämfört med 38 procent i grundskolan och 26 procent i gymnasiet. Även bland pojkarna var den självskattade hälsan sämst i yrkesläroanstalterna, där 28 procent ansåg sig ha medelmåttigt eller dåligt hälsotillstånd. Motsvarande andel i högstadiet var 18 procent och i gymnasiet 14 procent (figur 5:2)

Orsakerna till att åländska barn och ungdomar upplever sig ha sämre psykisk och fysisk hälsa än ungdomar i riket har ingen entydig och enkel förklaring. Många av svaren i enkäten ger en indikation på att ungdomars levnadsförhållanden och skolsituation var bättre här än i landet i genomsnitt. De åländska ungdomarna i grundskolan och gymnasiet rökte mindre, var inte i lika hög grad berusade som ungdomarna i riket och hade i mindre grad prövat på olagliga droger. I yrkesläroanstalterna var andelen i stort samma som i hela undersökningen. Även andelen som upplevde brister i den fysiska miljön i skolan var lägre och en mycket lägre andel av eleverna upplevde att ingen lyssnade i skolan än i undersökningen i genomsnitt. Arbetslösheten bland föräldrarna var mycket lägre på Åland än i övriga delar av landet. Men det fanns också sådant som ger anledning till oro. Av högstadieeleverna uppgav 47 procent att deras föräldrar inte visste var de tillbringade veckoslutskvällarna, vilket är en högre andel än i undersökningen i genomsnitt. Även andelen som uppgav att de hade samtalssvårigheter med föräldrarna var högre på Åland (21 % i grundskolan och 13 % i gymnasiet och 19 % i yrkesläroanstalterna) jämfört med i riket (10 % i grundskolan, 7 % i gymnasiet och 8 % i yrkesläroanstalterna). En större andel av de åländska högstadieungdomarna jämfört med genomsnittet, lade sig senare än klockan 23 under skoldagarna, hela 39 procent, vilket är en ökning med 4 procentenheter jämfört med enkäten 2007. I gymnasiet hade andelen minskat från 42 procent år 2007 till 40 procent 2009. I yrkesläroanstalterna hade 50 procent av studerande läggdagstid senare än kl. 23 (12, 13).

Ett slutbetänkande av utredningen om ungdomars psykiska hälsa i Sverige, ”Ungdomar, stress och psykiska ohälsa, Analyser och förslag till åtgärder” (26) avgavs i augusti 2006. Utredningen behandlar i huvudsak fyra frågeställningar. 1) Har stress och psykisk ohälsa ökat? 2) Hur kan utvecklingen förklaras? 3) Vilka effektiva förebyggande och behandlande metoder kan sättas in? 4) Hur kan stress och psykisk ohälsa bland unga följas framöver?

Man konstaterar i utredningen att psykiska problem har blivit avsevärt vanligare bland ungdomar under de senaste 20 åren. År 2005 angav 30 procent av kvinnor i åldern 16-24 år att de hade besvär av ångslan, oro eller ångest, jämfört med 9 procent år 1989. Det är vanligare med stressrelaterade symtom bland flickor och kvinnor jämfört med pojkar och män. Även i andra höginkomstländer har psykiska besvär i ungdomsgruppen ökat, en trend som började vid andra världskrigets slut.

Ungdomarna själva anser att skolan är den främsta stressframkallande faktorn, något som framför allt beror på att för mycket av skolarbetet sker i hemmet samt att man ofta har flera prov och inlämningsuppgifter samma vecka. Generellt anser man att ungdomars levnadsvillkor varit oförändrade eller förbättrats under de senaste 20 åren, men möjligheterna att få förvärvsarbete har drastiskt försämrats. Förlusten av arbetstillfällen har nästan enbart drabbat ungdomar. När det gäller faktorer knutna till det privata och till fritiden menar man att relationen mellan föräldrar och barn sannolikt förbättrats och att ungdomars umgänge med vänner har ökat och allt färre är ensamma. Däremot har alkoholkonsumtionen bland unga ökat betydligt snabbare än konsumtionen bland vuxna och bruket av illegala droger har ökat i samma takt.

Både god kognitiv förmåga (förmåga att lära av egna erfarenheter, kunna resonera, kunna planera och anpassa sig till den miljö individen lever i) och emotionell kompetens (förmåga att tolka och hantera känslor) främjar barns och ungas psykiska hälsa. Man vet att ungdomar som resonerar med sig själva för att aktivt lösa problem löper mindre risk för depression och stress. Även god tilltro till den egna förmågan att klara skolan minskar risken för psykisk ohälsa. I rapporten hänvisar man till flera studier som visar att differentieringen och individualiseringen i det moderna samhället ökar risken för psykisk ohälsa. Livet har blivit mindre förutsägbart men ställer krav på ungdomar att själva välja vilka liv de vill leva. Den

stora valfriheten blir en källa till stress. Förskola och skola kan rusta ungdomarna genom att utveckla deras kompetenser och erbjuda tillfällen till reflektion.

Socialstyrelsen i Sverige har på uppdrag av regeringen inrättat ett nationellt kunskapscentrum för tidiga insatser till barn och ungdomar som riskerar allvarlig psykisk ohälsa, Utvecklingscentrum för barns psykiska hälsa (UPP). Verksamheten skall ge stöd och kompetensutveckling genom att sammanställa och föra ut kunskap, leda metodutveckling, genomföra utbildningar, erbjuda handledning samt stödja forsknings- och utvecklingsverksamhet och rikta sig till personal inom mödra- och barnavård, ungdomsmottagningar, skolhälsovård, socialtjänst och BUP.

Ätstörningsenheten

ÅHS öppnade i slutet av 2006 en ätstörningsenhet på Sanatorievägen i Mariefhamn. Målgrupp för verksamheten är barn och unga i åldrarna 11-25 år med olika typer av ätstörningar eller misstänkta sådana. För att komma till enheten behövs ingen remiss utan man kan ta direkt kontakt per telefon. Initialt görs en utredning och därefter uppgörs individuell behandlingsplan för patienten och familjen. Personalen består av läkare från BUP och barnmedicin, kurator, två psykologer och fysioterapeut. Vid behov anlitas läkare från internmedicin, bildterapeut, gynekolog, tandläkare och vuxenpsykiater. Inga nyanställningar har skett till enheten utan det är ett samarbete över gränserna med befintlig personal för att kunna erbjuda ätstörningspatienter god vård på ett och samma ställe. Man erbjuder även ätträning i lugn miljö och vid behov gruppbehandlingar. All inredning till lägenheten har man fått via donationer.

Vårdnadstvister

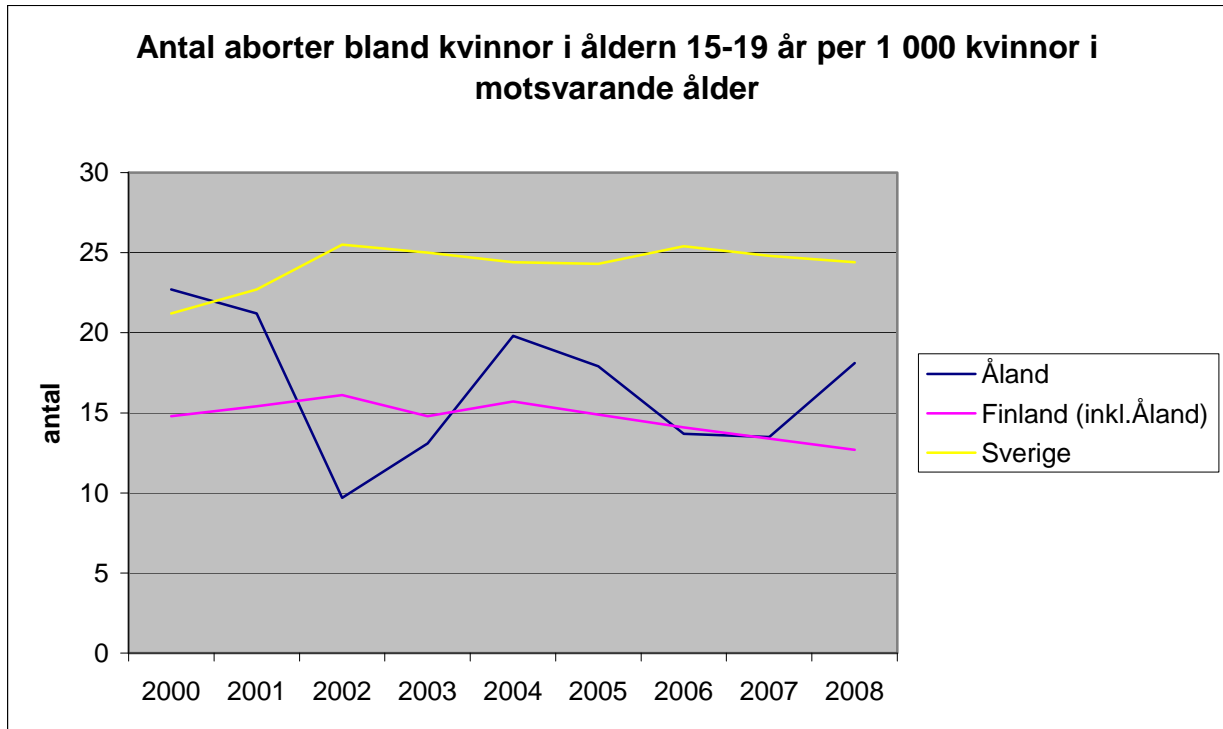
Långdragna och svåra vårdnadstvister är alltid till nackdel för barnet och involverad personal inom social- och hälsovården vädjar i allmänhet till föräldrarna att börja samarbeta för barnets bästa.

När någon vänt sig till tingsrätten för att få beslut i en vårdnadsvist görs en vårdnadsutredning. I många fall är det föräldrar som haft skilda boenden i flera år som inte kommer överens när avtalet ska förnyas. I de flesta fall gäller det barn i lågstadiet. Barnet får, men måste inte säga sin åsikt. Vårdnadsutredningar görs koncentrerat under en kortare period för att det inte ska bli så slitsamt för barnet. Utredningen tar ca 25 timmar vardera för två personer, och görs inom Mariehamns stad av avdelningen för allmänt socialt arbete. Processen från det att ärendet aktualiserats vid domstol tills socialkansliet gjort utredningen tar ca fyra månader, men kan ibland ta upp till ett år. Interremistiskt beslut kan begäras av en eller båda parter och kan fås på 3-5 veckor. Tingsrättens beslut överklagas ofta vid vårdnadstvister.

Aborter och sexuellt överförda infektioner bland ungdomar på Åland

Den gemensamma orsaken till oönskade tonårsgraviditeter och sexuellt överförda infektioner (STI) bland ungdomar är oskyddat sex. STI kan medföra komplikationer som leder till allvarliga konsekvenser, till exempel kan klamydiainfektion hos kvinnan leda till äggledar-inflammation och utomkvedshavandeskap med risk för infertilitet. Mannen kan drabbas av bitestikelinflammation. I Sverige har det blivit vanligare bland ungdomar med samlag ”första kvällen” utan kondom. Bland annat förändringar i attityder och beteende, ökat antal sexpartners samt högre alkoholkonsumtion bland ungdomar är bidragande orsaker till mer oskyddat sex (27).

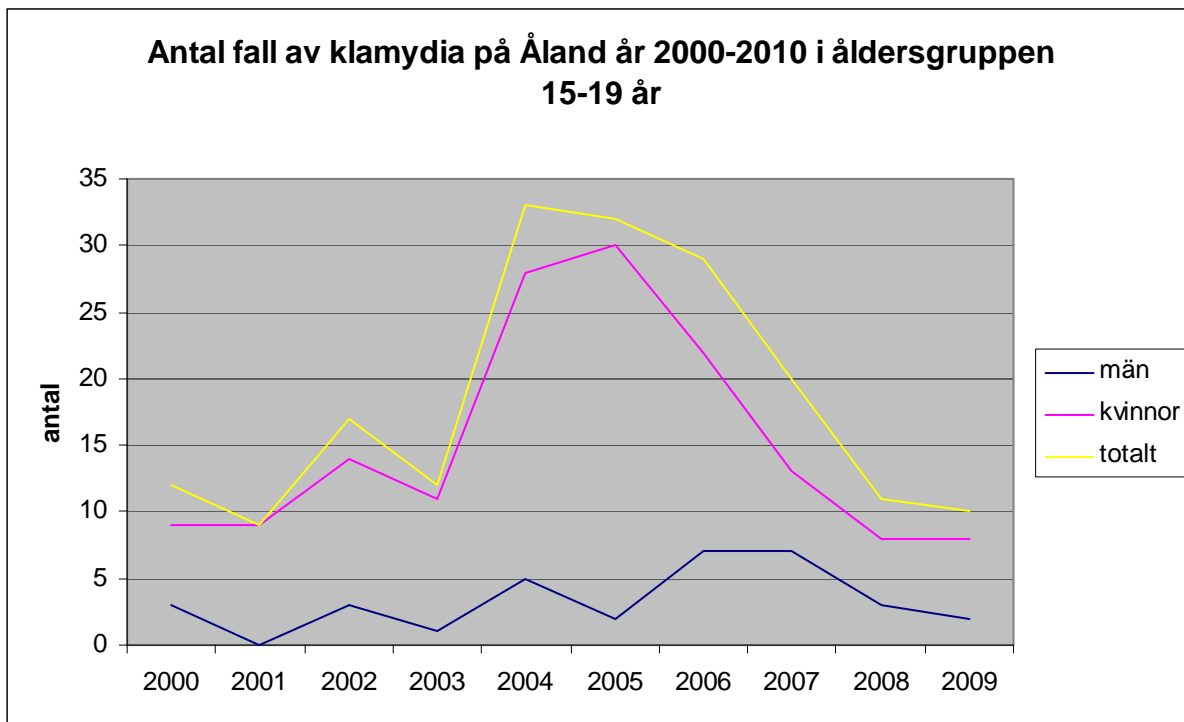
Figur 5:4



Källa: Institutet för hälsa och välfärd, Socialstyrelsen i Sverige

Antalet ungdomsaborter på Åland är, sett ur ett tidsperspektiv, något högre än i riket, men betydligt lägre än i Sverige. I genomsnitt var det årliga antalet aborter bland kvinnor i åldern 15-19 år per 1 000 kvinnor i motsvarande ålder under åren 2000 – 2008 på Åland 16,6 i Finland (inkl. Åland) 14,6 och i Sverige 24,2. År 2008 var antalet ungdomsaborter på Åland 18,1, i Finland 12,7 och i Sverige 24,4 per 1 000 kvinnor i motsvarande ålder (figur 5:4) (28, 29). Sett ur ett nordiskt perspektiv har Finland det lägsta och Sverige det högsta antalet aborter, både när det gäller det totala antalet (15-49 år) och antalet tonårsaborter (30).

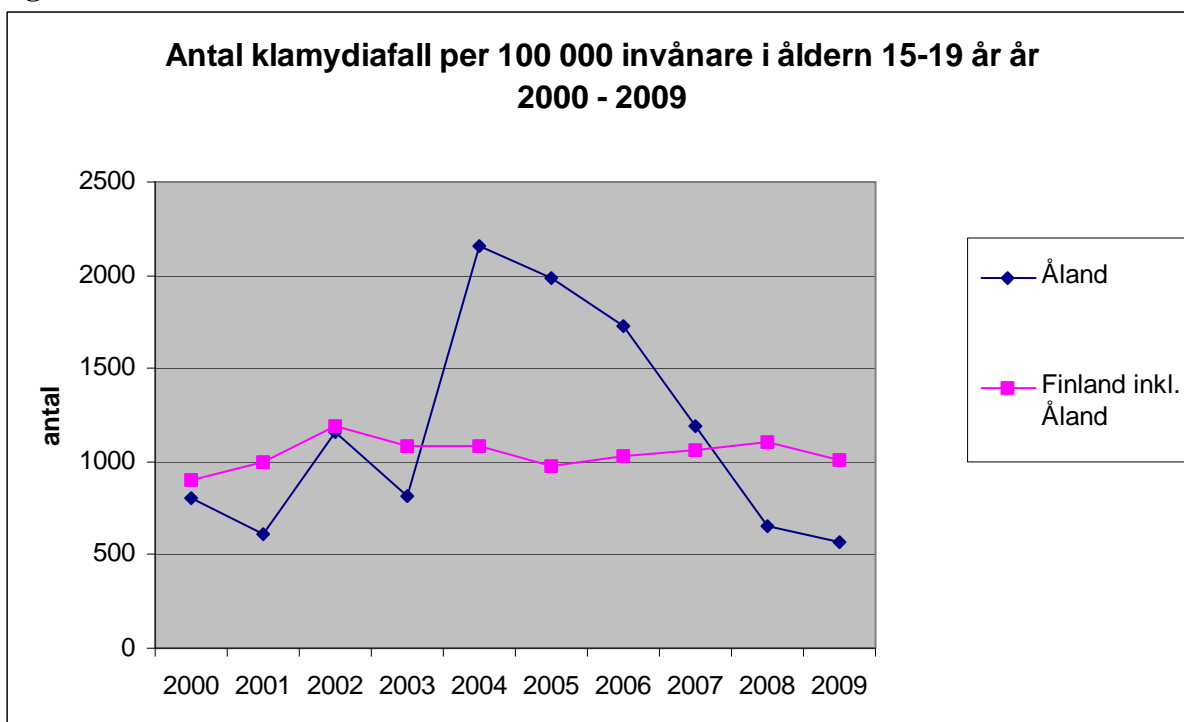
Figur: 5:5



Källa: Intstitutet för hälsa och välfärd

Under åren 2000-2009 fanns inga rapporterade fall av gonorré eller syfilis i åldersgruppen 15-19 år på Åland. Däremot var trenden med det ökande antalet fall av klamydia åren 2004-2006 oroande. Antalet nästan tredubblades från år 2003 till år 2004 och var därefter fortsatt högt 2005-2006, medan det år 2008 rapporterades 11 fall och 2009 10 fall. I Sverige har man sett en ökning av antalet fall och tillskriver den till viss del bättre diagnostik samt en ökning av antalet undersökta personer (31).

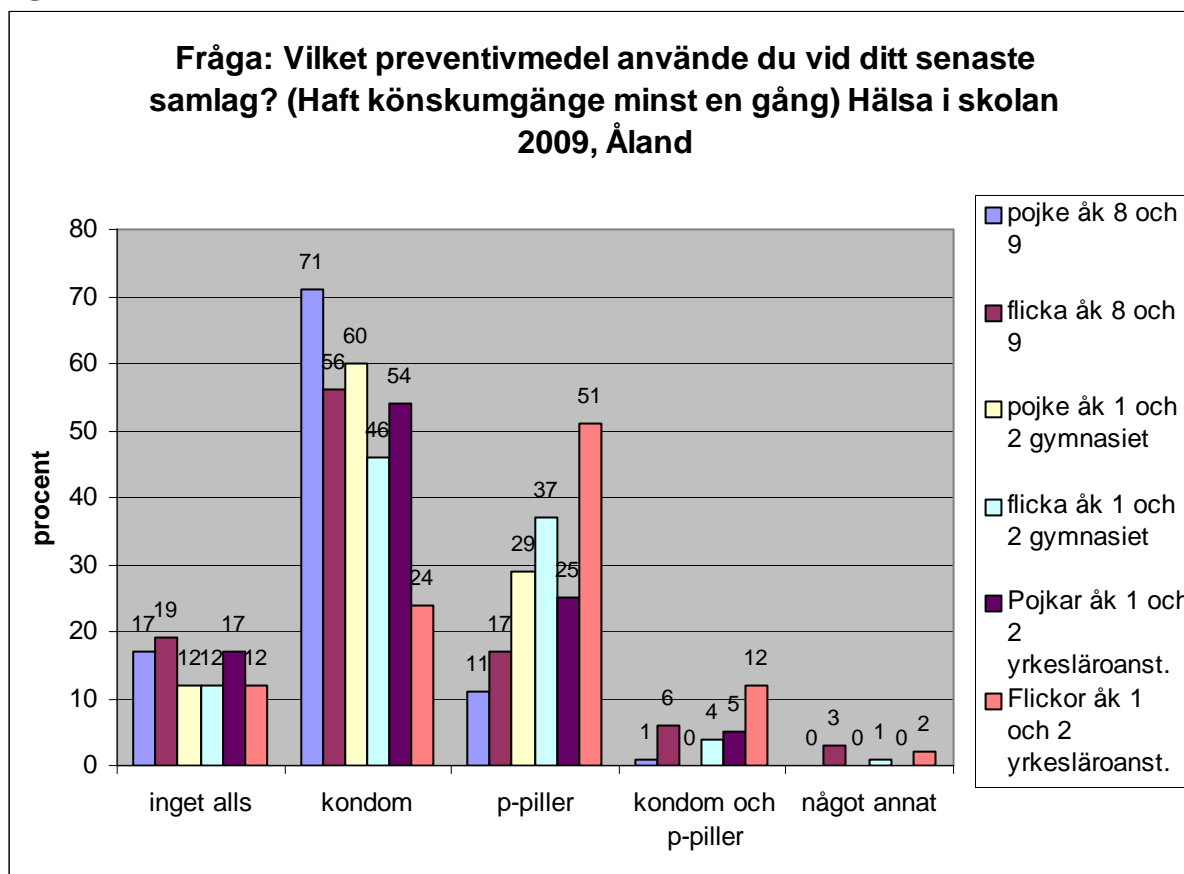
Figur: 5:6



Källa: Institutet för hälsa och välfärd

Under åren 2000-2009 rapporterades totalt 185 fall av klamydia bland ungdomar på Åland, av de drabbade var 82 procent kvinnor och 18 procent män (figur 5:5). År 2006 var antalet klamydiafall bland tonåringar på Åland 1 723 per 100 000 invånare och motsvarande siffror för hela landet var 1 036. År 2009 hade antalet gått ned till 570 per 100 000 för Åland jämfört med 1 006 för hela landet, vilket är en glädjande minskning för Ålands del (figur 5:6). Däremot anger personalen vid preventivmedelsmottagningen att antalet fall av kondylom har ökat.

Figur 5:7



Källa: Institutet för hälsa och välfärd

Det bästa sättet att skydda sig mot könssjukdomar är att använda kondom. På Åland hade 64 procent av eleverna i åk 8 och 9 använt kondom vid sitt senaste samlag, medan andelen i gymnasiet var 53 procent och i yrkesläroanstalterna 41 procent (figur 5:7). Motsvarande siffror för hela undersökningsområdet (Västra Finlands och Uleåborgs län samt Åland) var 62 procent för åk 8 och 9, 51 procent för gymnasiet samt 45 procent för yrkesläroanstalterna. Knappt en fjärdedel av flickorna i yrkesläroanstalterna hade använt kondom vid sitt senaste samlag medan andelen bland pojkarna i åk 8 och 9 var 71 procent.

Av de elever i undersökningen som uppgav att de var sexuellt aktiva hade 18 procent i högstadiet, 12 procent i gymnasiet och 15 procent i yrkesläroanstalterna inte använt något preventivmedel alls vid sitt senaste samlag (figur 5:7). I hela undersökningen var motsvarande siffror 17 procent i högstadiet, 8 procent i gymnasiet och 14 procent i yrkesläroanstalterna. I Sverige framkom i studien "Skolbarns hälsovanor" att av 15-åringarna som var sexuellt aktiva hade 59 procent av flickorna och 72 procent av pojkarna använt kondom vid sitt senaste samlag (32). Resultaten av skolhälsoundersökningen visar att de åländska ungdomarna är sexuellt aktiva i något högre grad i högstadiet och yrkesläroanstalterna än ungdomar i övriga landet, medan resultatet för gymnasiet visar en lägre aktivitet än för undersökningen totalt. 30

procent av de åländska eleverna i åk 8 och 9 uppgav att de hade haft samlag i undersökningen år 2009, jämfört med 22 procent för hela undersökningen. På åk 1 och 2 i gymnasiet hade 36 procent av de åländska eleverna haft samlag jämfört med 40 procent totalt och i yrkesläroanstalterna var andelen 67 procent på Åland jämfört med 62 procent i undersökningen totalt.

När det gäller sexualitet och samlevnad finns det en fråga i undersökningen Hälsa i skolan där svaret ger anledning till oro för Ålands del. På frågan "Har du någonsin haft samlag mot din vilja?" svarade 2 procent av pojkarna och 11 procent av flickorna i åk 8 och 9 jakande, jämfört med 2 procent av pojkarna och 4 procent av flickor i hela undersökningen. I gymnasiet var andelen 1 procent för pojkarna och 8 procent för flickorna och i yrkesläroanstalterna 3 procent för pojkarna och så hög som 23 procent för flickorna. I hela undersökningen var andelen i gymnasiet 2 procent för pojkarna och 5 procent för flickorna och i yrkesläroanstalterna 3 procent för pojkarna och 11 procent för flickorna.

6. HABILITERINGSVERKSAMHET PÅ ÅLAND

Generellt om habilitering

Habilitering ger samverkande insatser utifrån medicinskt, pedagogiskt, psykologiskt och socialt perspektiv, och syftar till att ge barn och ungdomar med funktionshinder bästa möjliga funktionsförmåga och bästa möjliga förutsättningar för delaktighet i samhället.

Habilitering har sin utgångspunkt i det miljörelaterade handikappbegreppet, det vill säga Världshälsoorganisationens definition av handikapp: "Det är inte ditt funktionshinder som avgör om du har ett handikapp. Det är istället brister i den fysiska, sociala eller psykologiska miljön som skapar handikapp".

Habilitering riktar sig till personer med medfödda och oftast livslånga funktionshinder, eller till personer med funktionshinder som uppstått i tidig ålder. Funktionshindret kan ge en nedsättning i förmågan att röra sig, se, höra, förstå, uppfatta omvärlden eller relatera till andra människor. Habiliteringsinsatserna utgår från varje individs behov och syftar till att förebygga och minska de svårigheter som funktionshindret kan medföra i det dagliga livet.

Habilitering skiljer sig från rehabilitering

Rehabilitering ges till vuxna personer, eller äldre barn och syftar till att få tillbaka bästa möjliga funktionsförmåga efter en olycka eller en sjukdom.

Den lokala habiliteringens historia

Habiliteringen på Åland startade i liten skala i slutet på 1970-talet och det är, på samma sätt som i omvärlden, barnenheten som ansvarar för verksamheten. Inga resurser inom den offentliga sjukvården har dock tilldelats habiliteringen, utan verksamheten har skötts genom att sakkunniga inom den offentliga sjukvården har träffats regelbundet och koordinerat verksamheten.

Barnenheten har bidragit med läkare och konsulterande neurologer samt sakkunniga konsulter från Folkhälsans habiliteringsavdelning i Helsingfors och socialkuratorn har fungerat som koordinator. Barn- och ungdomspsykiatrien har representerats av psykiater och psykolog, och de för habiliteringsteamet mycket viktiga tal-, ergo-, och fysioterapeuterna har alla sin tjänst inom rehabiliteringsenheten.

Tack vare god vilja och ett gemensamt engagemang har ett så kallat habiliteringsteam som omfattar ovan beskrivna kompetens vuxit fram.

Nuvarande verksamhet

Habiliteringsverksamheten omfattar alla barn med mera omfattande neurologiska handikapp. Inom detta ryms barn med funktionshinder som t ex utvecklingsstörning, autism och rörelsehinder. Mellan 60-80 barn ingår i regelbunden habiliteringsverksamhet, vars insatser utgår från en habiliteringsplan som är uppgjord i samråd med föräldrar och terapeuter. Utöver detta bedöms och handläggs ett hundratal barn per år i habiliteringsteamet i ett initialt utredningsskede.

Förutom uppföljningen i habiliteringsteamet där enbart sakkunniga deltar, ordnas också nätverksmöten med föräldrar, daghemspersonal, socialtjänsten, omsorgen, ansvariga terapeuter och läkare. En stor del av dessa möten initieras av habiliteringsteamet.

Framtidens habiliteringsverksamhet

Våren 2006 tillsattes en habiliteringskoordinator med uppgift att i första hand strukturera upp verksamheten samt fungera som en länk mellan familjerna och habiliteringsteamet. Tjänsten omfattar 54 procent av heltid är ett första steg i riktning mot visionen om en tydligt definierad habiliteringsverksamhet med en egen budget.

I Ålands hälso- och sjukvårds verksamhetsplan för år 2009 framgår i enlighet med detta att habiliteringsverksamheten planeras få en fastare struktur i samarbete med den privata sektorn och skapa embryot till en egen mottagning för diagnostik och behandling. Med tanke på det stora antalet barn som ingår i habiliteringsverksamheten och det faktum att Ålands hälso- och sjukvård har ett motsvarande ansvar för habiliteringen som för rehabiliteringen, anses detta vara en nödvändig utveckling.

7. ÖVRIGA RESURSER

Barnombudsmannen

Under våren 2006 inrättades en tjänst som barnombudsman vid Ålands landskapsregering. Verksamheten grundar sig på FN:s barnkonvention och viktiga hörnpelare är att barnen får skydd och omvårdnad, barnets andel av samhällets resurser bevakas samt att barnen har rätt att uttala sig och vara delaktiga i beslut som rör dem. Beslut bör tas med barnens välmående för ögonen. Innan beslut fattas om trafikmiljö, kulturfrågor o.s.v. ska en konsekvensanalys om vad beslutet innebär för befolkningsgruppen barn göras. Barnombudsmannen kan på eget initiativ lämna synpunkter, informera och debattera sådant som berör gruppen barn. Målet är att barnperspektivet ska beaktas redan innan beslut fattas och lagar som berör barnbefolkningen blir till. Barnombudsmannen ersätter inte befintligt stödsystem och ska inte fungera som en hjälptelefon utan företräder barn ur ett brett, generellt perspektiv.

Åländska barn och ungdomar kan använda Barnens Hjelptelefon i Sverige. Landskapsregeringen köper tjänsten och alla under 18 år kan ringa mot lokalsamtalsavgift. Den som använder tjänsten får vara anonym och man bestämmer själv vad man vill prata om.

Fältarna

Mariehamns stad har fyra fältarbetare anställda för att arbeta med åländska ungdomar i åldern 13-20 år, med tyngdpunkt på högstadiet. 25 procent av kostnaderna betalas av de övriga åländska kommunerna. Fältarna har tystnadsplikt och anmälningsplikt.

Fältarna försöker finnas där ungdomar finns och besöker alla högstadieskolor på fasta Åland varje vecka. De är ute på stan på eftermiddagarna och på ungdomsgårdarna vissa kvällar. På hösten far man ut till högstadierna och har en dubbellektion med alla elever i åk. 7 samt träffar sjuornas föräldrar. Om en ungdom har problem hemma kan man komma på familjesamtal tillsammans med föräldrarna, men ungdomen kan också träffa en fältare enskilt. När en ungdom under 18 år kallas till polisförhör medverkar en fältare. Fältarna har samarbete med bl.a. polisen, akuten, skolorna och ungdomsbyrån. Till fältarnas verksamhet hör att ordna olika resor och aktiviteter för ungdomar. Man genomför även undersökningar om ungdomars hälsa, välmående och datavanor. Fältarna har sitt kontor på Uncan i Mariehamn och kan nås per telefon, mail eller MSN.

Landskapsföreningen Folkhälsan på Åland

Landskapsföreningen Folkhälsan på Åland har flera former av verksamhet som riktar sig till barn och unga. Verksamheten *farfar/farmor i skolan* ger barn kontakter över generationsgränserna. Folkhälsan har huvudansvaret för rekrytering och handledning av medfostrarna och fungerar som koordinator. Folkhälsan utbildar ledare för Ronja- och Birkgrupper. *Ronjaverksamheten* riktar sig till flickor i åk 1-6. Inom gruppen diskuterar och reflekterar man över olika teman eller utför aktiviteter. Målsättningen är att stärka flickornas självkänsla och självförtroende samt att motverka mobbning och stärka solidaritet och respekt. *Birkverksamheten* riktar sig till pojkar i samma ålder och målsättningen är i stort densamma som för flickgruppen.

Tjejgrupper är en fritidsverksamhet som vill engagera tonårsflickor och vara en hjälp och ett stöd för att skapa en egen identitet och hitta sig själv i en vuxenroll. Verksamheten vänder sig främst till tjejer i högstadiet.

Storasysterverksamheten är en form av mentorskap där en äldre tjej regelbundet under två terminer träffar en yngre tjej för att över en fika finnas till som ett stöd i vardagen. Målsättningen är att förebygga, förhindra och stoppa destruktivt beteende samt att skapa

trygga unga tjejer som gör sunda och förnuftiga val. Hittills har 11 personer på Åland gått storasysterutbildningen.

Garageprojektet vänder sig till äldre tonåringar i riskzonen som är intresserade av att lära sig att mecka på bilar.

Rädda Barnen på Åland

Lekterapeuten vid ÅHS barn- och ungdomsenhet är anställd av Rädda Barnen på Åland och samarbetar med ÅHS personal. Lekterapi erbjuder barn och ungdomar möjlighet att bearbeta rädsla och utsatthet genom lek och skapande.

En annan av Rädda Barnens fasta verksamheter på Åland är Öppna Förskolan. Dessutom håller man i ett projekt om Barnens Internet. Rädda Barnen stöder barnfamiljer ekonomiskt och bidrar till ökad kunskap hos vuxna genom sitt bibliotek och genom att ordna föreläsningar i aktuella ämnen.

Röda Korset på Åland

Personal från Röda Korsets informerar om hiv och aids på gymnasialstadiet och har kampanjer där man delar ut kondomer och ger upplysning om könssjukdomar, t ex under Rock-off och på internationella aids-dagen.

Ungdomsmottagning

Frågan om en ungdomsmottagning på Åland har under många år varit aktuell. En mottagning som motsvarar Folkhälsans tonårspolikliniker i riket finns inte på Åland, och det saknas ett ställe för speciellt pojkar att vända sig till med frågor. En ungdomsmottagning skulle vara av särskild betydelse för de ungdomar som slutat skolan, och som därmed inte kan vända sig till skolhälsovården med sina frågor. I dag besöker många flickor preventivmedelsrådgivningen, men pojkar som inte är studerande saknar ett ställe dit de kan vända sig med sina problem och funderingar.

I Sverige finns olika modeller för ungdomsmottagningar och förutom barnmorska/sjuksköterska anses det vara en fördel om det finns tillgång till barnläkare. Ofta har man en barnpsykiatrisk konsult knuten till verksamheten och det förekommer särskilda pojkmottagningar.

I november 2008 öppnade en ungdomsmottagning på nätet i Sverige, UMO.se (33) för unga mellan 13 och 25 år. Här kan man hitta aktuell och kvalitetssäkrad information om sex, hälsa och relationer. UMO.se är en kraftfull satsning för att underlätta ungas möjlighet att få svar på frågor som kan upplevas som svåra eller känsliga. Förutom faktatexter, filmer och reportage om sex- och samlevnadsfrågor, fysisk hälsa, mobbning, rättigheter, normer, ätstörningar, alkohol och våld, finns en webbaserad frågetjänst. Besökaren kan ställa frågor anonymt och få ett personligt svar. Barnmorskor, psykologer, läkare, kuratorer och dietister svarar på de ungas anonyma frågor. Om man upplever att ungdomarna behöver kontakt med hälso- och sjukvården hänvisar man dem vidare. Det finns också en svarsbank där redan besvarade frågor läggs ut. UMO.se är framtagen av Sjukvårdsrådgivningen SVR AB och den fortsatta driften sköts av landsting och kommuner. Landskapsregeringen har varit i kontakt med Sjukvårdsrådgivningen SVR AB angående åländska ungdomars möjlighet att ställa personliga frågor. Svaret blev att man svarar på alla frågor utan ersättning oberoende vilket land frågeställaren bor i, den enda begränsningen är att man klarar av att behandla högst 60 frågor per vardag. UMO.se är en välkommen resurs för åländska ungdomar, då man har möjlighet att ställa anonyma frågor. På det sättet når man även grupper som inte besöker studerandehälsovården och preventivmedelsmottagningen.

Det finns ett behov av en ungdomsmottagning på Åland, men det är en fråga om hur man fördelar befintliga resurser. Ett alternativ är att det sker inom ÅHS budgetramar och utformas som ett projekt. Primärvårdens preventivmedelsrådgivning och barn- och ungdomspsykiatrien kunde i samarbete med fältarna och förslagsvis socialarbetare från kommunerna se på hur man genom att knyta ihop resurser kunde lösa frågan. Den psykologtjänst som inrättades inom primärvården under år 2007 kan också ses som en resurs i detta sammanhang.

För närvarande pågår en centralisering av studerandehälsan, där skolhälsovårdare, psykologer, kuratorer samt preventivmedelsmottagningen kommer att verka inom samma byggnad. Man kan i det sammanhanget även diskutera om det i framtiden är möjligt att utvidga den verksamheten till att även omfatta de ungdomar som inte hör till studerandehälsan eller företagshälsovården.

KÄLLOR

1. Ålands statistik- och utredningsbyrå 2009. *Statistisk årsbok för Åland 2009*. Mariehamn
2. NOMESKO 2009. *Helsestatistik for de nordiske lande 2007*. Köpenhamn
3. Statistikcentralen 2009. www.stat.fi
4. Social- och hälsovårdsministeriet 2005. *Barnrådgivningen som stöd för barnfamiljer. Handbok 2005:12*. Helsingfors
5. Ålands hälso- och sjukvård 2009. *Verksamhetsberättelse 2008*. Mariehamn
6. Stakes 2002. *Skolhälsovården 2002. En handbok för skolhälsovårdare, läkare, grundskolor och kommuner. Stakes handböcker 54*. Helsingfors
7. Social- och hälsovårdsministeriet 2007. *Handbok för studerandehälsovården*. Social- och hälsovårdsministeriets publikationer 2006:13. Helsingfors
8. Ålands hälso- och sjukvård 2009. Statistikuppgifter.
9. WHO 2005. *The European health report 2005. Public health action for healthier children and populations*.
10. Socialstyrelsen 2009. *Folkhälso rapport 2009*. Stockholm
11. Lilja, J., Larsson, S. 2003. *Ungdomsliv, identitet, alkohol och droger*. Folkhälsoinstitutet. Stockholm
12. Luopa, P., Puusniikka, R., Harju, H., et.al. 2009 *Hälsa i skolan 2009. Situationen på Åland*. Institutet för hälsa och välfärd, Helsingfors.
13. Luopa, P., Puusniikka, R., Harju, H., et.al. 2009. *Hälsa i skolan i yrkesläroanstalter 2009. Situationen på Åland*. Institutet för hälsa och välfärd, Helsingfors.
14. Hvidtfeldt, T., Nyström, S. 2009. *Skolelevers drogvanor 2008*. CAN, Rapport nr 114 Stockholm
15. Ålands landskapsregering 2007. *Alkohol- och narkotikapolitiskt program år 2007 - 2011 för landskapet Åland*. Mariehamn
16. Ålands landskapsregering 2004. *Rapport över drogundervisningen i grundskolorna och förslag till plan för drogundervisningen på Åland*.
17. Stockholms läns landsting, *Vårdguiden* www.varldguiden.se
18. Nordiska ministerrådet 2006. *Nordic Plan of Action on better health and quality of life through diet and physical activity*.
19. Lager, A. 2007. *Övervikt bland barn-system för nationell uppföljning: 2005/2006 års uppdatering*. Statens folkhälsoinstitut och Centre for Health Equity Studies. Stockholm
20. Social- och hälsovårdsministeriet 2008. *Statsrådets principbeslut om utvecklingslinjerna för motion och kost som främjar hälsa*. Social- och hälsovårdsministeriets broschyrer 2008:10. Helsingfors
21. Social- och hälsovårdsministeriet 2005. *Motionsrekommendationer för förskoleverksamhet*. Social- och hälsovårdsministeriets handböcker 2005:17. Helsingfors
22. Undervisningsministeriet och Ung i Finland r.f. 2008. *Rekommendation om fysisk aktivitet för skolbarn i åldern 7-18 år*. Helsingfors
23. Statens näringsdelegation 2008. *Rekommendation för skolbarnspisningen*. Helsingfors
24. Livsmedelsverket och Statens folkhälsoinstitut 2005. *Handlingsplan för goda matvanor och ökad fysisk aktivitet*. Stockholm
25. Folkpensionsanstalten 2009. *FPA-statistik sjukförsäkring 2008*. Helsingfors
26. Statens offentliga utredningar 2006. *Ungdomar stress och psykisk ohälsa. Analys och förslag till åtgärder*. SOU 2006:77. Stockholm
27. Statens folkhälsoinstitut 2005. *Trygg och säker sexualitet och en god reproduktiv hälsa. Kunskapsunderlag till folkhälso politisk rapport 2005. Målområde 8*. Stockholm
28. Stakes 2009. *Aborter och steriliseringar 2008*. Helsingfors

29. Socialstyrelsen 2009. *Aborter 2008*. Stockholm
30. Institutet för hälsa och välfärd 2009. *Nordisk abortstatistik 2007*. Helsingfors
31. Institutet för hälsa och välfärd 2009. *Registret för smittsamma sjukdomar*. www.thl.fi
32. Forsberg, M. 2006. *Ungdomar och sexualitet. En forskningsöversikt år 2005*. Statens folkhälsoinstitut, Stockholm
33. Ungdomsmottagning på nätet. www.umo.se