

Fallet Jokkmokk – hälsopolitik i länsprogrammet

Finn Diderichsen

Urban Janlert

Hälso- och sjukvården måste engagera sig i samhällsplaneringen! Den kunskap man har är ett viktigt medel för att försöka bygga ett bättre samhälle. Med Jokkmokks kommun som exempel visar författarna på de socialmedicinska effekterna när regionalpolitiken slagit fel. Att delta i det pågående länsprogramarbetet är en möjlighet att försöka få med hälsoaspekterna i samhällsplaneringen.

Finn Diderichsen och Urban Janlert arbetar båda som distriktsläkare i socialmedicin vid Socialmedicinska forskningsenheten i Luleå.

Sedan mitten av 1960-talet genomför man i Sverige en ny typ av ekonomisk samhällsplanering, det sk länsprogramarbetet. Hittills har omfattande länsprogram presenterats både 1970 och 1974. Arbetet på länsprogram 1980 är nu i full gång. De länsvisa programmen kommer under våren 1981 att ligga till grund för en proposition till riksdagen.

Vad har nu denna ekonomiska samhällsplanering med hälso- och sjukvården att göra? Syftet med planeringen är att "klarlägga utvecklingstendenserna i skilda regioner och söka ange behovet av åtgärder för att korrigera den spontana utvecklingen så att levnadsbetingelserna i de skilda regionerna blir så goda som möjligt."¹ Länsprogrammet skall alltså ge övergripande planeringsmål och formulera förslag till åtgärder utifrån kunskap om människornas förhållanden i regionen. I underlaget till länsprogram 1980 för Norrbottens län skriver man:

"Man kan ställa det kravet att människor i länet måste vara med och bidra med sin kunskap och

senare också delta i utvärderingen av länsplaneringens resultat. Detta kan ske genom studiecirklar, remissarbete och agerande genom sedvanliga politiska kanaler."²

Ur ett socialmedicinskt perspektiv är det ganska uppenbart att den kunskap om människors hälsotillstånd som hälso- och sjukvården besitter utgör ett viktigt kunskapsmedel då det gäller den framtida planeringen av samhället. Ett försök att ange metoder för hur den kunskap som olika sektorer i samhället besitter om människornas sociala situation skall kunna nyttiggöras i samhällsplaneringen är projektet "Social utvecklingsplanering i Norrbottens län".³ Socialstyrelsens dåvarande generaldirektör, Bror Rexed, sade i samband med en upptaktskonferens för projektet bl a följande:

"Framför allt är det viktigt att planeringsorganen i olika sektorer hör på vad de människor säger som faktiskt möter människor med problem, det vill säga socialarbetarna och hälso- och sjukvårdens arbetare. De har en stor fond av kunskaper om människors livsvillkor, ofta vet de mycket om de lokala förhållandena. Det måste därför skapas mekanismer så att det blir ett brett återflöde av kunskap och erfarenheter från de människor som jobbar i det sociala och medicinska till planeringsprocessen i alla myndigheter."⁴

Den kunskap om människors hälsotillstånd som hälso- och sjukvården besitter utgör ett viktigt kunskapsmedel då det gäller den framtida planeringen av samhället.

I Jokkmokks kommun produceras el-kraft till ett värde av två miljarder kronor per år. Ändå är Jokkmokk en fattig kommun som knappt har råd med skolmåltider.

Vad kan då tex socialmedicinen bidra med i detta fall? Vi vill ta Jokkmokks kommun som exempel, och relatera detta till det pågående länsprogramarbetet i Norrbotten.

Fallet Jokkmokk – socialmedicinska effekter av en felslagen regionalpolitik

I Jokkmokks kommun produceras el-kraft till ett värde av 2 miljarder kronor per år. Vid ett avbrott i kraftledningarna från Jokkmokk i januari 1979 mörklades stora delar av Sverige. Ändå är Jokkmokk en fattig kommun – så fattig att kommunalpolitikerna har diskuterat om man har råd att ge barnen frukt till skolmåltiderna.

Alltsedan de första vattenrallarna drog upp till Norrbotten 1910 har man fram till idag byggt ut Luleälven som rinner genom Jokkmokk. 30 procent av befolkningen är idag sysselsatt med att färdigställa det sista kraftverket. 1981 är allt slut. Trots att staten idag gör direkta vinster på elkraften i Jokk-

mokk med 1 miljard kronor per år får man i kommunen endast 5 miljoner tillbaka från staten i sk vattenregleringsmedel och dessa summor räcker inte till några fabriker.

Under perioden 1960–1978 minskade befolkningen i Jokkmokk med 35 procent genom utflyttning (se figur 1).

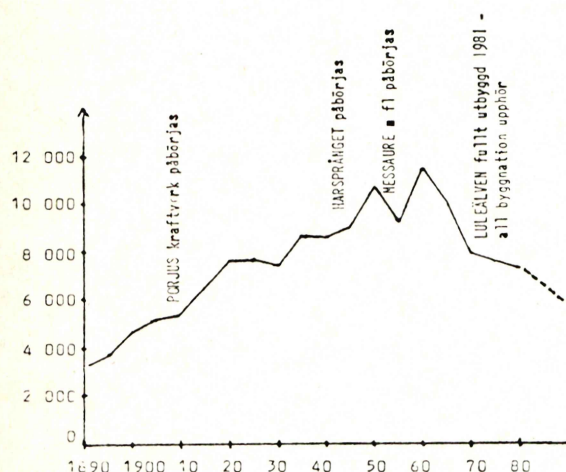
Trots detta har man inte kunnat bereda sysselsättning åt dem som stannat kvar. Antalet förtidspensionärer är högt – 23 procent av männen i åldern 50–64 år är förtidspensionerade (motsvarande rikssiffra är 12,5 procent). Värst är det för ungdomarna. Åldersgruppen 20–24 år utgör 7 procent av befolkningen men 19 procent av de öppet arbetslösa och 55 procent av de som är tillfälligt sysselsatta i beredskapsarbeten.

De kommande 3 åren kommer ytterligare 850 arbeten att försvinna. Inga ersättningsjobb är planerade.

Den stora ungdomsarbetslösheten och förtidspensioneringens sysslolöshet har sina konsekvenser. Alkoholmissbruket tilltar. Arbetslösheten för medelålders och äldre män hotar nu att snabbt stiga – vi vet att detta kommer att leda till ökad sjuklighet och dödlighet bla i hjärt-kärlsjukdomar. Att arbetslösheten är tre gånger så hög i Norrbotten som i riket kan beräknas kosta 30 människor livet varje år. Ser vi på förekomst av nervösa besvär i Norrbottens olika kommuner så ligger Jokkmokks kommun högst.⁵ Invånarna i Jokkmokk har fått bära stora offer för en orättvis regionalpolitik. Den ensidiga näringsstrukturen domineras av riskfyllda anläggningsarbeten och har resulterat i en överdödlighet på 56 procent i olycksfall bland männen 1970–1975, se figur 2.⁶

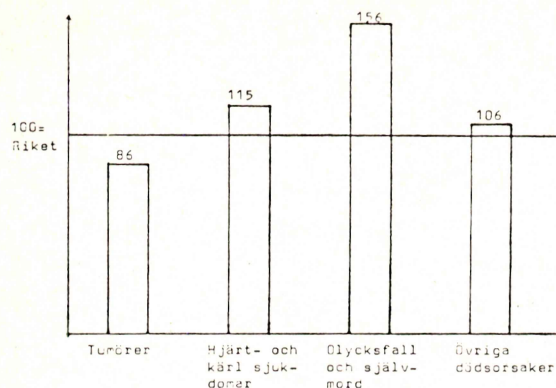
Även de som flyttat söderut har drabbats. Undersökningar visar att flyttning i sig påverkar levnadsförhållanden i negativ riktning. En studie av Åberg m fl visar att människor som flyttat från Norrland

Figur 1. Befolkningsutveckling i Jokkmokks kommun 1890–1978.



Att arbetslösheten är tre gånger så hög i Norrbotten som i riket kan beräknas kosta 30 människor livet varje år.

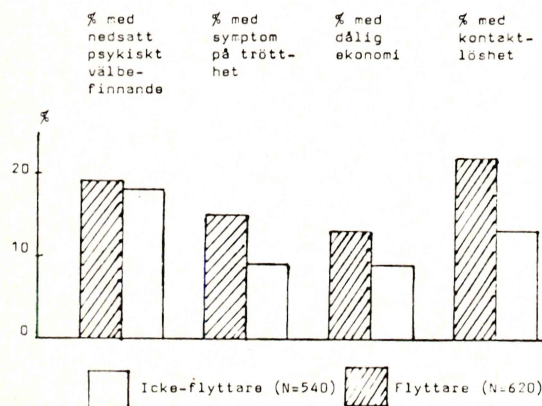
Figur 2. Dödsorsaksmönster i Jokkmokk 1970-75 (Män).



med statligt flyttningsbidrag (s.k. starthjälpflyttare) har fått sämre ekonomi, ökad social isolering och ökad trötthet jämfört med icke-flyttare (se figur 3).⁷

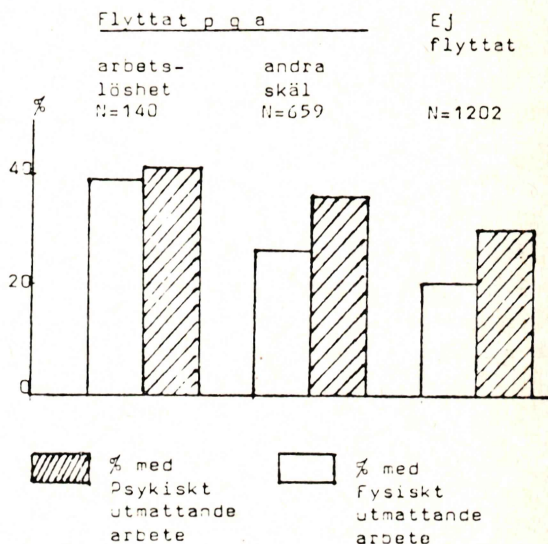
I en studie från Luleå har det visat sig att flyttare från glesbygden till ett nytt bostadsområde i Luleå har drabbats av en ökad sjukfrånvaro för främst psykosomatiska symptom från mag-tarmkanalen, huvudvärk m.m., jämfört med de som stannat kvar. Detta gällde endast socialgrupp III medan tjänstemän i socialgrupp I och II närmast visade tendens till minskad frånvaro efter flyttning.⁸ Detta överensstämmer med andra undersökningar som visat att flyttarna oftast kan delas i två grupper. En som

Figur 3. Levnadsnivå 5 år efter flyttning för en grupp flyttare från Norrland med statligt flyttningsbidrag jämfört med en grupp icke-flyttare.



startar med goda förutsättningar i form av utbildning m.m. och som använder flyttning till att förbättra sin situation – en typ av karriärflyttning. Den andra gruppen som domineras av arbetare med kortare utbildning flyttar oftare för att det inte finns arbete på orten. De som flyttar p.g.a. arbetslöshet får ofta de sämre jobben och därmed ökad risk för sämre hälsa (se figur 4).

Figur 4. Andel med fysiskt respektive psykiskt utmattande arbete, bland flyttare och icke-flyttare. (Ur SOU 1978: 60, data från levnadsnivåundersökningen 1974).



Planering över gränserna

Planeringsarbetet idag äger för det mesta rum utan någon närmare kontakt mellan de olika sektorerna. Länsprogrammet tar inte med något hälsoperspektiv och hälso- och sjukvårdsplaneringen tar inte med samhällsperspektivet. Samtidigt står det helt klart att man är i stort behov av varandras kunskaper. Skall landstinget – som hälso- och sjukvårdsutredningen förslår – ta ett övergripande ansvar för människornas hälsotillstånd så räcker det inte med att planera enbart sjukvården. Ett preventivt arbete kräver att man kan gripa in i de samhällsstrukturer och levnadsvillkor som ytterst bestämmer människornas hälsa. Att planera för människors hälsa är också att planera för deras arbete och boende.

Då sjukvården idag diagnosticerar sjukdomar så betraktar man dem i regel som rent personliga fenomen.

Då sjukvården idag diagnosticerar sjukdomar så betraktar man dem i normalfallet som rent personliga fenomen. Även om den enskilde läkaren eller sköterskan kan ha helt klart för sig att gastriten beror på oron inför uppsägningen från arbetet, så förblir detta privata reflexioner.

I länsprogramarbetet finns dock en möjlighet att till en bredare grupp föra fram det som annars för det mesta stannar mellan journalpärmarna. Vi kan dokumentera hur regional underutveckling och strukturuomvandling med åtföljande arbetslöshet, förtidspensionering och omflyttning är frågor av central betydelse för vår samhällsutveckling och välfärd.

Såväl lokala som regionala myndigheter behöver kunskap för att styrka sina krav gentemot de centrala myndigheterna. Kunskap är inte detsamma som makt, men kunskap kan engagera och bli ett instrument i händerna på de människor som vill förändra sin och sitt lokalsamhälles situation.

Att ta ansvar för sin hälsa innebär inte bara att sluta röka och dricka alkohol. Att ta ansvar för sin hälsa innebär också att tillsammans med andra försöka ändra på för hälsan ogynnsamma levandsvillkor. Detta kräver kunskap om vad som är skadligt för hälsan, varför det är farligt och vad man kan göra för att få det annorlunda.

I Norrbotten pågår – liksom i övriga län i Sverige – under våren 1980 ett intensivt arbete med att studera, kommentera och komplettera länsstyrelsens underlag för länsprogrammet. Där deltar både

Kunskap är inte detsamma som makt, men kunskap kan engagera och bli ett instrument i händerna på de människor som vill förändra sin och sitt lokalsamhälles situation.

ämbetsverk och organisationer av skilda slag. Ett stort antal studiecirkelar har också startat runt underlagsmaterialet till programarbetet. I detta arbete måste även den lokala hälso- och sjukvården delta.

REFERENSER

1. Anvisningar från inrikesdepartementet 1969-03-28 till samtliga länsstyrelser för utarbetande av regionalpolitiska handlingsprogram.
2. Underlag för länsprogram 1980. Länsstyrelsen i Norrbottens län. Planeringsavdelningens rapportserie 1980: 1. Luleå.
3. Social utvecklingsplanering i Norrbottens län. Socialstyrelsen redovisar 1977: 11.
4. *B Raxed*: Valfärdsinriktad samhällsplanering. I Social utvecklingsplanering i Norrbottens län. Socialstyrelsen redovisar 1977: 11, s 36.
5. Levnadsnivåundersökning i Norrbottens län – del 1. Social utvecklingsplanerings rapportserie, Rapport 10. Luleå 1979.
6. Regional dödlighet 1970–1975. Information i prognosfrågor 1978: 6. Sveriges officiella statistik. Stockholm 1978.
7. *R Åberg & Å Dahlberg*: Geografisk rörlighet – sociala och ekonomiska effekter. I SOU 1978: 60 Arbetsmarknadspolitik i förändring, s 249–315.
8. *F Diderichsen*: Omflyttning, boende och hälsa. Byggforskningen 1981 (under publ).