

Tillsammans för jämlik hälsa och ett bra liv i Jönköpings län

Regional strategi 2016-2025
Handlingsplan 2018-2019

Regionfullmäktige 2015-11-24

Jesper Ekberg
Folkhälsa och sjukvård
Region Jönköpings län, Box 1024, 551 11 Jönköping
© Region Jönköpings län, www.rjl.se

Förord

”Tillsammans för jämlik hälsa och ett bra liv i Jönköpings län”

År 2015 blev vi Region Jönköpings län. Hela tanken med regionbildningen är att arbeta tillsammans för ett bra liv i en attraktiv region. En utgångspunkt är att sträva efter en hållbar utveckling utifrån alla tre dimensioner – socialt, ekologiskt och ekonomiskt. Det befolkningsinriktade arbetet för jämlik hälsa är naturligtvis en central del. Regionen skriver i sin verksamhetsplan: Vår region ska vara den bästa platsen att växa upp på.

På totalen blir vi friskare och lever allt längre, men samtidigt gäller inte den utvecklingen alla invånare. Utmaningen är densamma i vårt län som nationellt och internationellt - det handlar om gemensamma insatser för att minska skillnaderna i hälsa. I Jönköpings län finns unika förutsättningar att lyckas genom den kraftfulla samverkan som finns mellan länets kommuner, Region Jönköpings län, arbetsgivare, föreningsliv, civilsamhälle, högskola och många fler.

Jag vill passa på att tacka alla involverade i framtagandet av strategi och handlingsplan. Det har varit ett riktigt teamarbete från lokalt till regionalt plan. Tillsammans har vi lagt grund för fortsatt samverkan och samlärande för ett bra liv i en attraktiv region.

Agneta Jansmyr
Regiondirektör
Region Jönköpings län

Innehåll

TILLSAMMANS FÖR JÄMLIK HÄLSA OCH ETT BRA LIV I JÖNKÖPINGS LÄN	1
FÖRORD	3
INNEHÅLL	5
SAMMANFATTNING	6
CENTRALA BEGREPP	8
MINSKADE SKILLNADER I HÄLSA – ETT ENAT MÅL FRÅN GLOBAL TILL LOKAL NIVÅ	13
KOSTNADER FÖR OJÄMLIKHET I HÄLSA	16
NULÄGESANALYS	16
FOLKHÄLSOARBETET I REGIONAL OCH LOKAL SAMVERKAN	20
ANDRA STRATEGIER, PROGRAM OCH HANDLINGSPLANER	23
VÄGEN TILL STRATEGI OCH HANDLINGSPLAN	23
REGIONAL STRATEGI 2025	26
ANDRA STRATEGIER, PROGRAM OCH PLANER SOM BIDRAR TILL ARBETET FÖR JÄMLIK HÄLSA OCH ETT BRA LIV I JÖNKÖPINGS LÄN	32
REFERENSER	38
BILAGA 1 HÄLSOTAL UTIFRÅN FÖDELSELAND, SYSSELSÄTTNING OCH UTBILDNING	40
BILAGA 2 HÄLSOTAL FÖRDELAT PER KOMMUN, LÄNET OCH RIKET	42

Sammanfattning

Det genomsnittliga hälsoläget i Sverige och i Jönköpings län har blivit allt bättre samtidigt som hälsogapet mellan grupper i samhället är oförändrat eller ökar. Detta har gjort att folkhälsovetenskapen de senaste åren, både globalt och nationellt, har fokuserat på hur social hållbarhet, samhällsutveckling och jämlikhet i hälsa hör ihop. Fokus har förflyttats från "lika till alla" till att se människors individuella behov och förutsättningar.

För att förbättra människans förutsättningar för ett bra liv krävs strategiskt arbete, gemensamt fokus och kunskap om att hälsan är ojämlikt fördelad i befolkningen. Med detta som utgångspunkt har Region Jönköpings län tagit initiativ till en samverkansprocess med olika aktörer i länet. Syftet har varit att tillsammans ta fram en strategi och handlingsplan för jämlik hälsa och ett bra liv i Jönköpings län.

Strategin *Tillsammans för jämlik hälsa och ett bra liv i Jönköpings län* gäller år 2016-2025 och syftar till att integrera jämlik hälsa i politiska och verksamhetsnära beslut, stärka samverkan och samlärande för folkhälsoarbete samt rikta insatser till grupper i samhället med sämre förutsättningar till ett bra liv. I Jönköpings län är varje människa en möjlighet med unik kompetens som ska tas tillvara

Övergripande mål till 2025:

- **Livsvillkoren har förbättrats för alla invånare i Jönköpings län.**
- **Skillnaderna i hälsa har minskat mellan olika grupper¹.**
- **Invånarna har förbättrade förutsättningar att själva främja sin hälsa**

För att uppnå de övergripande målen krävs hänsyn till andra aktuella strategier, program och handlingsplaner.

Strategin har tre strategiska mål och nio handlingsområden. Kopplat till strategin finns en handlingsplan för 2016-2017 som utgår från de nio handlingsområdena vars aktiviteter ska bidra till uppfyllandet av de strategiska målen.

Strategiskt mål 1: Hållbara strukturer i styrning och ledning för en jämlik hälsa

Handlingsområde 1: Statistik och analys

Handlingsområde 2: Medborgarmedverkan

Handlingsområde 3: Hälsoekonomi

Handlingsområde 4: Förbättringsarbete och forskning

¹ Skillnader i hälsa mellan olika grupper definieras i den här strategin som skillnader mellan socioekonomiska (utbildningsnivå, inkomstnivå, social status) och geografiska faktorer samt de sju diskrimineringsgrunderna etnisk tillhörighet, religion eller annan trosuppfattning, sexuell läggning, kön, könsöverskrivande identitet och uttryck, ålder samt funktionsnedsättning. (SKL, 2013)

Strategiskt mål 2: Stärkt samverkan och samlärande regionalt och lokalt

Handlingsområde 5: Samverkan och samlärande

Strategiskt mål 3: Jämlik hälsa och bra livsvillkor genom hela livet

Handlingsområde 6: Barn, unga och unga vuxnas livsvillkor och hälsa

Handlingsområde 7: Försörjning och sysselsättning

Handlingsområde 8: Samhällsplanering och närmiljö

Handlingsområde 9: Äldres livsvillkor och hälsa

Framtagande och revidering av strategi och handlingsplan är en process i nära samverkan med länets kommuner, representanter från civilsamhället och länets övriga länsaktörer.

Centrala begrepp

Hälsa

Hälsa kan uttryckas på flera olika sätt. Världshälsoorganisationens, WHO, definition år 1948 var "Hälsa är ett tillstånd av fysiskt, mentalt och socialt välbefinnande och inte endast frånvaro av sjukdom". (Janlert, 2000)

Hälsa är enligt Nordenfelt att må bra samt att ha tillräckligt med resurser för att klara vardagens krav och för att förverkliga sina personliga mål. (Nordenfelt, 1991)

Folkhälsa

Folkhälsa är ett uttryck för befolkningens hälsotillstånd, som tar hänsyn till såväl nivå som fördelning av hälsan. En god folkhälsa handlar därför inte bara om att hälsan bör vara så bra som möjligt, den bör också vara så jämnt fördelad som möjligt. Folkhälsa är en resurs för samhället medan hälsa är en resurs för individen. (Janlert, 2000)

Folkhälsoarbete

Folkhälsoarbete innebär systematiska och målinriktade hälsofrämjande och sjukdomsförebyggande insatser för att åstadkomma en god och jämlik hälsa för hela befolkningen. (Janlert, 2000)

Hälsofrämjande åtgärder

Hälsofrämjande åtgärder innebär att stärka eller bibehålla människors fysiska, psykiska eller sociala välbefinnande. (SKL, 2013)

Sjukdomsförebyggande åtgärder

Förebyggande åtgärder innebär att förhindra uppkomst av eller påverka förlopp av sjukdomar, skador, fysiska, psykiska eller sociala problem. (SKL, 2013)

Utgångspunkterna för folkhälsa och ojämlik hälsa sammanfaller i Folkhälsokommitténs definition av hälsofrämjande arbete:

"Hälsofrämjande arbete är den process som ger människor möjlighet att öka kontrollen över sin hälsa och främja den. För att detta ska kunna uppfyllas måste människan ges förutsättningar att kunna påverka de faktorer som kan begränsa dessa möjligheter" (Socialdepartementet, 2000)

Funktionshinder och funktionsnedsättning

Funktionshinder definieras som den begränsning som en funktionsnedsättning innebär för en person i relation till omgivningen. Exempel på begränsningar kan vara svårigheter att klara sig själv i det dagliga livet och bristande delaktighet i arbetslivet, sociala relationer, fritids- och kulturaktiviteter, utbildning samt demokratiska processer. Det handlar framför allt om bristande tillgänglighet i och anpassning av omgivningen (MFD, 2014).

Ojämlikhet i hälsa

Ojämlikhet i hälsa innebär orättfärdiga skillnader som kan undvikas. Det finns inga biologiska eller psykologiska orsaker bakom dem. Snarare beror de på orättvisa skillnader i de förutsättningar vi har när vi föds, lever, arbetar och åldras. Enligt kommissionen för hälsans sociala bestämningsfaktorer (CSDH²) är definitionen av ojämlikhet i hälsa systematiska skillnader som bedöms vara åtgärdbara genom rimliga åtgärder (The commission on Social Determinants of Health, 2005). Ojämlig hälsa kan även förklaras som "skillnader i hälsotillstånd mellan grupper och individer som är onödiga, möjliga att undvika och som dessutom anses orättvisa". (Janlert, 2000)

Skillnader i hälsa

Skillnader i hälsa har sin grund i de förhållanden där människor växer upp och lever och i de system som tillämpas för att hantera ohälsa och sjukdom. Dessa skillnader i hälsa är påverkbara och kan finnas i en eller flera av hälsans aspekter mellan olika grupper som kvinnor, män, flickor, pojkar eller ha samband med socioekonomiska faktorer som utbildningsnivå, inkomstnivå, social status och geografiska faktorer. Andra faktorer som också påverkar skillnader i hälsa utgår från de sju diskrimineringsgrunderna etnisk tillhörighet, religion eller annan trosuppfattning, sexuell läggning, kön, könsöverskridande identitet och uttryck, ålder samt funktionsnedsättning. (WHO, 2008)

Social gradient

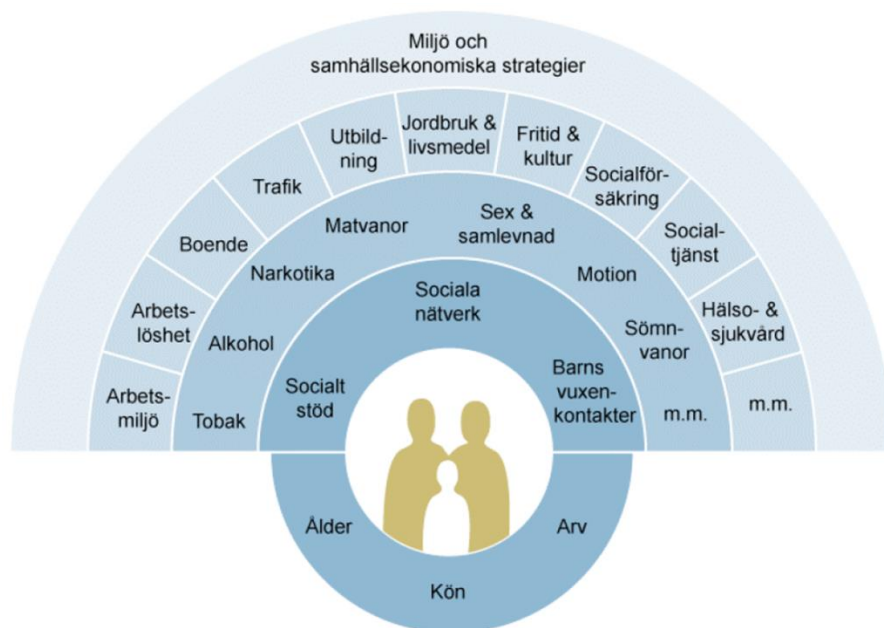
"Det finns en social gradient i hälsa – ju lägre en persons sociala position är, ju sämre är hans eller hennes hälsa. Åtgärder skall rikta in sig mot att reducera gradienten i hälsa. Att bara rikta in sig på de mest utsatta kommer inte att reducera ojämlikheten i hälsa tillräckligt. För att reducera den sociala gradienten, måste åtgärder vara universella, men med en omfattning och intensitet som är proportionell till graden av utsatthet. Vi kallar detta proportionell universalism". (UCL, Institute of Health Equity, 2010)

Hälsans bestämningsfaktorer

Hälsan påverkas av olika faktorer som på olika sätt och på olika nivåer samspelar med varandra och påverkar vår hälsa i positiv eller negativ riktning. Dahlgren och Whiteheads (1991) modell för hälsans bestämningsfaktorer beskriver en struktur för vilka faktorer i människors levnadsförhållande och levnadsvanor samt i samhällsorganisationen som bidrar till hälsa och ohälsa. De tre individuella faktorerna ålder, kön och arv bedöms icke påverkbara, medan övriga faktorer är möjliga att påverka på individ, grupp och samhällsnivå. (Dahlgren G, 1991)

² THE COMMISSION ON SOCIAL DETERMINANTS OF HEALTH, World Health Organization
http://www.who.int/social_determinants/resources/action_sd.pdf?ua=1 s.31-34

Figur 1 Hälsans bestämningsfaktorer



Hälsans bestämningsfaktorer enligt Dahlgren och Whiteheads modell (1991).

Hållbar utveckling och dess olika dimensioner

Folkhälsobegreppet ansluter till begreppet hållbar utveckling, vilket är ett begrepp som används för att peka ut en önskvärd samhällsutveckling. Den kanske vanligast förekommande definitionen av hållbar utveckling kommer ur Bruntlandkommissionens rapport "Vår gemensamma framtid" som publicerades 1987: *"Hållbar utveckling är utveckling som tillgodoser dagens behov utan att äventyra kommande generationers möjligheter att tillgodose sina behov"*. Hållbar utveckling är när alla tre dimensionerna, social, ekonomisk och ekologisk hållbarhet tillmäts lika stort värde. (Bruntlandkommissionen, 1987)

Social hållbarhet

Social hållbarhet handlar om samhällets förmåga att lösa sina problem och om samspelet mellan myndigheter och civilsamhället. (Olsson, 2012) Det handlar också om rättvisa, rättigheter, makt och välbefinnande samt om att bygga ett långsiktigt stabilt och dynamiskt samhälle där grundläggande behov uppfylls.

Ekonomisk hållbarhet

Ekonomisk hållbarhet innebär att hushålla med materiella och mänskliga resurser på lång sikt.

Ekologisk hållbarhet

Ekologisk hållbarhet handlar om att långsiktigt bevara vattnens, jordens och ekosystemens produktionsförmåga och att minska påverkan på naturen och människans hälsa till vad de "klarar av". (Jacobsson)

Normkritik

Normer är uppfattningar, idéer och oskrivna regler som formar människor i relation till andra och samhället. Den som följer normen har makt och möjlighet att antingen upprätthålla normen eller bidra till att den förändras. Normkritik innebär att sätta fokus på makt för att synliggöra och ifrågasätta de normer som påverkar människors uppfattning om vad som är normalt. När makten synliggjorts kan ansvaret för förändringsarbetet läggas på rätt nivå. Den möjligheten finns på såväl person- organisations – och samhällsnivå.

Genom att förändra strukturer, finns förutsättning för hållbara och långsiktiga förändringar (Jämställ.nu. 2013)

Mänskliga rättigheter

De mänskliga rättigheterna är universella alla människor, oavsett land, kultur och sammanhang, är födda fria och har lika värde och rättigheter. Förenta nationerna (FN) har slagit fast att de ekonomiska, sociala och kulturella rättigheterna är av lika stort värde som de medborgerliga och politiska rättigheterna och att dessa är odelbara³.

De mänskliga rättigheterna inbegriper många delar i en människas liv och syftar till att alla människor ska få möjlighet att leva ett drägligt liv. De inkluderar regler om människors möjlighet att överleva, inbegripet föda och husrum, människors rätt till sina innersta tankar och trosuppfattningar, skydd för familjen, frihet från tortyr och slaveri, rätt till utbildning, yttrandefrihet och möjlighet att delta i landets styrelse (Mänskliga rättigheter. 2015)

Interkulturell kompetens

I ämnet interkultur sker en fokusering på processer och skeenden i mötet mellan individer, grupper och kulturer över kulturella gränser. Denna interaktion utgår från alla människors lika värde och rättigheter oavsett social, etnisk eller religiös bakgrund. Det handlar om att skapa gemensamma spelregler som bygger på erkännande, självreflektion, deltagande, identitet och insikten om ett ömsesidigt bildningsbehov. Interkulturell kompetens förutsätter ett förhållningssätt till andra som präglas av öppenhet och flexibilitet samt en medvetenhet och kunskap om olika kulturella uttryck inklusive sina egna. (Stier, 2009)

Förbättringskunskap

Förbättringskunskap⁴ är ett samlat begrepp för teorier, metoder och verktyg vilka används för att lyckas med förändringar som ska leda till hållbara förbättringar, utveckling och innovation av verksamheter och arbetssätt. Utgångspunkten är små steg i rätt riktning för att nå ständiga förbättringar. Exempel på metoder som

³ Mer information om de mänskliga rättigheterna finns på www.manskligarattigheter.se

⁴ Mer om förbättringskunskap finns att läsa på Kulturums hemsida. Kultorum är ett centrum för utveckling och förbättringsarbete inom hälso- och sjukvård och tandvård i Region Jönköpings län. <http://plus.rjl.se/infopage.jsf?nodeId=38344>

används är genombrottsmetodiken, coaching-modellen och sociala innovationer. Forskning av förbättringskunskap bedrivs inom det tvärvetenskapliga forskningsområdet förbättringsvetenskap. (Qulturum, Jönköping Academy)

Genombrottsmetodiken

Genombrottsmetodiken innebär att minska gapet mellan det vi vet genom forskning och det vi gör i praktiken. Metoden bygger på i stora drag på att ett förbättringsområde identifieras och övergripande mål sätts. Tvärprofessionella team sätts samman för att utifrån sitt nuläge sätta upp delmål och testa olika idéer vilka bygger på många små förändringar över tid samt mäter om dessa bidrar till förbättring. Teamen kombinerar förbättringsarbete på hemmaplan med gemensamma samlingar för att lära av varandras erfarenheter. Ett centralt verktyg i förbättringsarbetet är förbättringshjulet eller PGSA-hjulet som står för Planera, Göra, Studera och Agera. (Qulturum)

Coaching

Coaching⁵ fokuserar på de färdigheter och kunskaper som bidrar till att en människa har förmågan att få andra människor att växa och utvecklas. Coaching bygger också på att i samverkan med andra människor utveckla de miljöer och omgivningar där de befinner sig för att uppnå en förbättring genom nya färdigheter, vanor, rutiner eller arbetssätt. (Qulturum)

Social innovation

Initiativ som strävar efter att möta samhällets utmaningar, och som innefattar innovativa idéer och metoder för hur vi ska lösa samhällsproblem på nya sätt. Kan vara allt från arbetsvillkor och utbildning till samhällsutveckling och hälsa. Det civila samhället utvecklas och stärks. (Qulturum)

Samlärande

Samlärande bygger på delaktighet, kommunikation och mångfald av tankar och idéer. Genom att samverka får vi utbyte av varandra som ger ett lärande både på individ- och gruppnivå. (Qulturum)

⁵ Mer information om coaching finns på Qulturums webbplats, <http://plus.rjl.se/infopage.jsf?nodeId=40845#>

Minskade skillnader i hälsa – ett enat mål från global till lokal nivå

Det genomsnittliga hälsoläget i Sverige och i Jönköpings län har under lång tid blivit allt bättre, vilket visar på att många insatser inom välfärdssektorn varit lyckade. Dock har skillnader i hälsa inte förbättrats, tvärtom har hälsogapet mellan olika samhällsgrupper ökat. Generellt har resursstarka personer, till exempel de med längre utbildning, högre inkomst, eller födda i Sverige, bättre hälsa och hälsosammare levnadsvanor. Det är också i dessa grupper som till exempel medellivslängden ökat mest.

Minskade skillnader i hälsa finns tydligare på agendan globalt sedan Världshälsoorganisationens (WHO) oberoende kommission för hälsans sociala bestämningsfaktorer, publicerade forskningsrapporten "Closing the gap in a generation; health equity through action in the social determinants of health" år 2008. (WHO, Closing the gap in a generation. Health equity through action on the social determinants of health. Final report, 2008) Kommissionen tillsattes mot bakgrund av att WHO upplevde de stora globala hälsoklyftorna som oacceptabla och ville ta en bred ansats för att komma till rätta med dem. Arbetet leddes av Sir Michael Marmot och rapporten har därför populärt kommit att kallas Marmotrapporten. Rapporten lyfter fram behovet av att se på helheten i det som påverkar folkhälsan genom att fokusera på hur social hållbarhet, samhällsutveckling och jämlikhet i hälsa hör ihop. Den visar också att ogynnsamma sociala förhållanden är en nyckelfaktor bakom ohälsa, sjukdom och för tidig död. I rapporten fastställs att det är möjligt att undvika en ojämlik hälsa:

"Ojämlikhet i hälsa går att undvika, eftersom den har sin grund i de förhållanden under vilka människor växer upp, lever, arbetar och åldras och de system som tillämpas för att hantera sjukdomar. De villkor under vilka människor lever och dör påverkas i sin tur av politiska, sociala och ekonomiska krafter." (WHO, 2008)

Kommissionen lämnade följande tre rekommendationer för att minska ojämlikheten i hälsa.

1. Förbättra förutsättningarna för människors dagliga liv.
2. Angrip den ojämna fördelningen av makt, pengar och resurser – globalt, nationellt och lokalt.
3. Mät problemet, utvärdera åtgärderna och expandera kunskapsbasen. Utbilda olika professioner i hälsans sociala bestämningsfaktorer och öka allmänhetens medvetenhet om dessa.

Rätten till högsta uppnåeliga hälsa är en grundläggande rättighet. Den är universell och ömsesidigt beroende av andra rättigheter. Med bristande och skilda förutsättningar för att upprätthålla en god hälsa, inskränks individens möjligheter att utöva andra mänskliga rättigheter. Rätten till högsta uppnåeliga

hälsa utgår från FN:s allmänna förklaring om mänskliga rättigheter och har införlivats i konventionen om ekonomiska, sociala och kulturella rättigheter, som Sverige tillträtt. Rätten omgärdas av ett strikt förbud mot diskriminering i utövandet.

Ett rättighetsperspektiv på hälsa förmedlar ett synsätt om att hälsan betingas både av understöd från offentlig sektor, liksom friheter gentemot både den offentliga och privata sektorn. Avseende friheterna är utgångspunkten att individen har rätt att själv bestämma och kontrollera sin hälsa och kropp, liksom att den kroppsliga integriteten ska vara oantastlig gentemot, exempelvis, fysiskt våld eller tvångsvård. I fråga om understöd avses det offentligas ansvar att skydda individen mot hälsofarliga ämnen, beteenden och miljöer, liksom att tillhandahålla, genom hälso- och sjukvård och andra samhällstjänster, de rätta förutsättningarna för att individen ska uppleva högsta uppnåeliga hälsotillstånd (FN 2000).

De globala målen och Agenda 2030 syftar till att utrota fattigdom och hunger, förverkliga de mänskliga rättigheterna för alla, uppnå jämställdhet och egenmakt för alla kvinnor och flickor samt säkerställa ett varaktigt skydd för planeten och dess naturresurser. De globala målen är integrerade och odelbara och balanserar de tre dimensionerna av hållbar utveckling: den ekonomiska, den sociala och den miljömässiga." Agenda 2030 innehåller 17 mål för hållbar utveckling och 169 delmål." Begreppet hållbar utveckling är centralt och syftar till en utveckling som tillfredsställer dagens behov utan att äventyra kommande generationers möjligheter att tillfredsställa sina behov. (Regeringskansliet, 2015)

2015 tillsatte regeringen en kommitté, Kommission för jämlik hälsa, som fick i uppdrag att lämna förslag som kan bidra till att hälsoklyftorna minskar. Regeringsmål om att de påverkbara hälsoklyftorna ska slutas inom en generation ligger till grund för kommissionens arbete.

Kommissionen förslår åtta målområden för en god och jämlik hälsa:

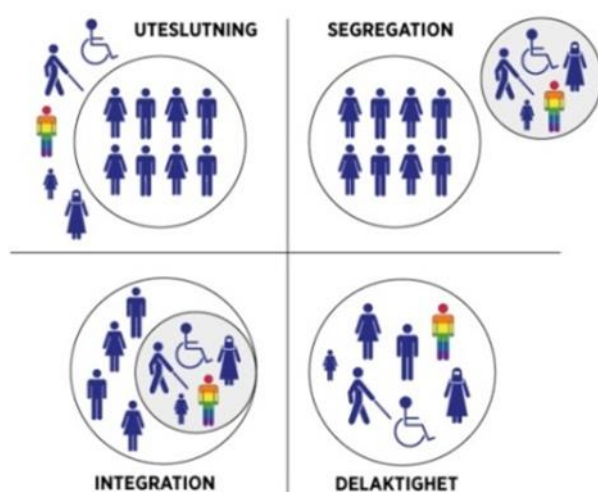
1. Det tidiga livets villkor
2. Kunskaper, kompetenser och utbildning
3. Arbete, arbetsförhållanden och arbetsmiljö
4. Inkomster och försörjningsmöjligheter
5. Boende och närmiljö
6. Levnadsvanor
7. Kontroll, inflytande och delaktighet
8. En jämlik och hälsofrämjande hälso- och sjukvård

(Statens offentliga utredningar, 2017)

En viktig del i att kunna minska skillnaderna i hälsa är att alla medborgare känner sig delaktiga i samhället. Det är också av stor betydelse att kunna påverka sin egen tillvaro samt att ha makt över sin vardag. Individer som själva kan planera och styra sina liv har i större utsträckning en bättre hälsa än de som inte kan detta.

Dessa möjligheter är nära kopplade till i vilken grad individen upplever sig vara delaktig i att kunna påverka i samhället. Genom att utgå från människors behov och förutsättningar, ta personers unika kompetens och erfarenhet till vara. Centralt för att uppnå en mer jämlik hälsa är att även involvera personer som annars har svårt att göra sin röst hörd i samhället. Det är av stor vikt att involveringen inte stannar vid integration utan resulterar i delaktighet. (SKL, 2013) Se figur 2.

Figur 2 Modell för delaktighet



Bilden vill påminna om svårigheten för alla medborgare att vara delaktiga. Den illustrerar behovet av att gå från segregation, integration till delaktighet för att kunna utjämna skillnader i hälsa. Illustratör: Johanna Eriksson

I Jönköpings län har det sedan år 1998 funnits ett hälsopolitiskt program som antogs av Landstinget i Jönköpings län och samtliga kommuner i länet. Programmet har bidragit till ett aktivt hälsofrämjande och förebyggande folkhälsoarbete, byggt på samverkan i länet. Fokus i det hälsopolitiska programmet ligger på ett brett hälsofrämjande arbete och riktade insatser som bidrar till långsiktig och hållbar utveckling. De senaste årens forskning och kunskapsunderlag pekar dock på att det hälsofrämjande och sjukdomsförebyggande arbetet, i högre utsträckning, behöver utgå ifrån utmaningen att minska skillnader i hälsa. Insatserna ska även fortsättningsvis vara både generella och riktade men fokus ska flyttas från "lika för alla" till att utgå från människors behov och förutsättningar. (WHO, Closing the gap in a generation. Health equity through action on the social determinants of health. Final report , 2008) (SKL, 2013)

Kostnader för ojämlikhet i hälsa

De senaste åren har kopplingen mellan ekonomi och hälsa blivit allt tydligare. Hälsa ses numera som en variabel som i hög utsträckning påverkar humankapitalet. Om ett land, region eller kommun har en god folkhälsa bidrar det till en hållbar utveckling och ekonomisk tillväxt. Sambanden är starka mellan ohälsa och svag lokal ekonomi. Medellivslängden kan ses som ett väsentligt mått på hur välfärdsstater lyckas skapa förutsättningar för bättre levnadsvillkor. (Socialstyrelsen S. F., 2014)

Hälsoekonomiska beräkningar har visat att ojämlikhet i hälsa medför stora kostnader för samhället, både i form av förlorade levnadsår, direkta kostnader för t ex hälso- och sjukvård och sjukersättning samt indirekta kostnader som produktionsbortfall (Västra Götalandsregionen 2011, Sirona Health Solutions 2015). En studie från Västra Götalandsregionen beräknade kostnaden för ojämlikhet i hälsa till 1600 förtida dödsfall, drygt 27000 förlorade levnadsår, ett produktionsbortfall motsvarande 2,2 miljarder kronor samt en förlust i hälsa motsvarande 13,9 miljarder kronor per år i regionen (Västra Götalandsregionen 2011). Sirona Health Solutions har, på SKLs uppdrag, beräknat kostnaderna för ojämlikhet i prevalens av rökning, fetma och avsaknad av tillit till andra, i tre landsting/regioner. De kom bland annat fram till att socioekonomiska skillnader i prevalens av dagligrökning kostar ca 150 miljoner kronor årligen i Halland. Vidare konstateras att alla besparingar som är möjliga genom att utjämna dessa skillnader är fördröjda och kräver långsiktiga investeringar för att kunna realiseras i framtiden. Detta då minskningen av insjuknande i sjukdomar, relaterade till t ex rökning, kommer många år efter minskningen i prevalens av rökning. (Sirona Health Solutions 2015).

En viktig del i arbetet för en jämlik hälsa och minskade skillnader i hälsa är att organisationer ökar sin kunskap om hur ekonomiska beräkningar kan göras, vilka möjligheter som finns med sociala investeringar samt tar fram system som gör det möjligt att använda budgeten som ett styrmedel. (SKL, 2013)

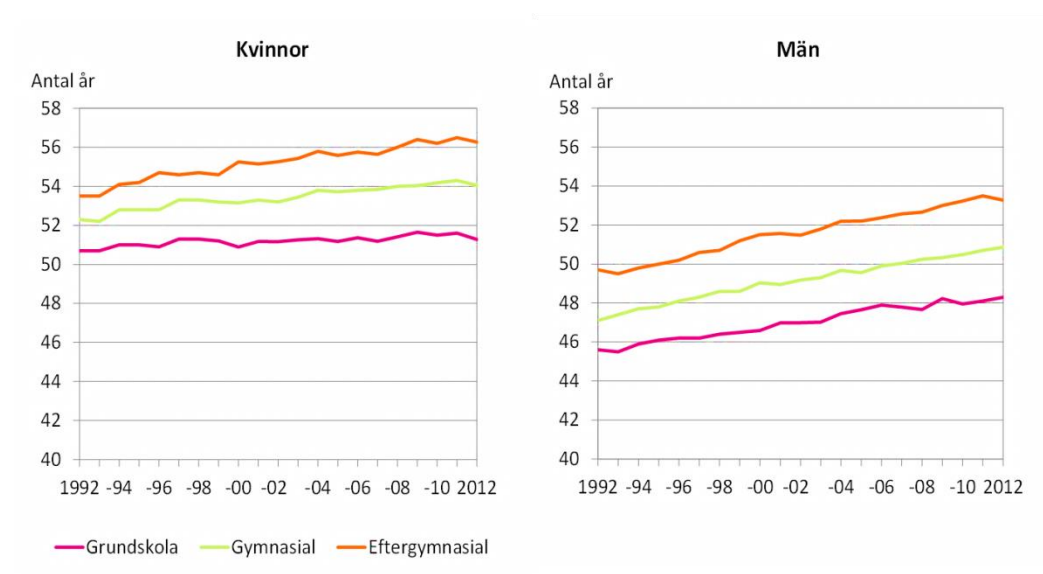
Nulägesanalys

Det finns idag mycket statistik att tillgå som visar på skillnader mellan kön, ålder och kommuner. Dock är det fortfarande svårare att ta fram lokal statistik vad gäller till exempel födelseland, socioekonomiska grupper och funktionsnedsättning. Som en del i arbetet att minska skillnaderna i hälsa i Jönköpings län presenteras här ett urval av statistik på nationell nivå och länsnivå. Detta har varit ett av underlagen för de prioriteringar som gjorts i denna strategi och kommer under perioden 2016-2025 utvecklas vidare och följas kontinuerligt.

Skillnader i hälsa i Sverige

Generellt är personer med längre utbildning, högre inkomst, i högre samhällsskikt eller födda i Sverige friskare och lever längre. Det är också i dessa grupper som till exempel medellivslängden ökat mest. År 2012 skiljde det fem år i förväntad återstående medellivslängd vid 30 års ålder mellan kvinnor med grundskole- och eftergymnasial utbildning i Sverige. Dessa skillnader återfinns även hos män. Noterbart är också att ökningen i medellivslängd varit större för kvinnor med eftergymnasial utbildning jämfört med kvinnor med högst grundskoleutbildning under de senaste 20 åren. (Folkhälsomyndigheten, 2014)

Diagram 1 Utvecklingen av livslängd mellan grupper med olika utbildning



Bilden illustrerar förväntad återstående medellivslängd vid 30 års ålder fördelat efter högsta fullföljda utbildning. Kvinnor och män, perioden 1992 – 2012. I denna beräkning är utlandsfödda exkluderade på grund av metodproblem, bland annat att uppgift om utbildning saknas för många utlandsfödda i SCB:s register. Källa: SCB

När det gäller insjuknande i hjärtinfarkt finns skillnader mellan grupper med olika utbildningslängd. Insjuknandet har minskat i alla grupper under de senaste decennierna, men skillnaden mellan grupperna kvarstår. Motsvarande mönster ses för dödlighet i akut hjärtinfarkt, dock tycks skillnaderna mellan grupperna ha minskat något över tid. (Socialstyrelsen, 2014)

Skillnader i hälsa i Jönköpings län

Socioekonomiska grupper

I Jönköpings län finns tydliga skillnader i hälsa och levnadsvanor mellan olika socioekonomiska grupper. Individer som arbetar, är födda i Sverige och har eftergymnasial utbildning rapporterar i högre utsträckning bra hälsa och

levnadsvanor jämfört med övriga grupper. Nedan presenteras ett urval av data, se också bilaga 1.

Födelseland

Andelen med bra eller mycket bra självskattat allmänt hälsotillstånd är betydligt högre bland vuxna födda i Sverige (78 procent) jämfört med födda i övriga Europa (68 procent) respektive födda utanför Europa (64 procent). Även när det gäller självskattad tandhälsa finns stora skillnader mellan grupperna. Bland individer födda i Sverige har 81 procent ganska bra eller bra tandhälsa jämfört med 66 respektive 61 procent bland individer födda i övriga Europa respektive övriga världen. För andel vuxna med fetma ($BMI^6 \geq 30 \text{ kg/m}^2$) ses samma mönster.–Den psykiska ohälsan har ökat under senare år och andelen som rapporterar besvär av ångslan, oro eller ångest är 27 procent bland dem födda i Sverige, 36 procent bland dem födda i övriga Europa och 41 procent bland dem födda i övriga världen.

Sysselsättning

Andelen som rapporterar bra eller mycket bra allmänt hälsotillstånd skiljer sig avsevärt mellan personer som arbetar, är arbetslösa/i arbetsmarknadsåtgärd eller sjukskrivna/har sjukersättning. I gruppen sjukskrivna/ har sjukersättning skattar 21 procent sitt allmänna hälsotillstånd som bra/mycket bra jämfört med 58 procent i gruppen arbetslösa/i arbetsmarknadsåtgärd och 82 procent i gruppen som arbetar.

Bland ungdomar i skolår 9 finns skillnader i allmänt hälsotillstånd vid indelning efter föräldrarnas sysselsättning. Ungdomar vars föräldrar arbetar rapporterar i större utsträckning bra eller mycket bra allmänt hälsotillstånd (86 procent) jämfört med ungdomar med minst en arbetslös (75 procent) eller sjukskriven (71 procent) förälder.

När det gäller levnadsvanor finns skillnader mellan grupperna. Rökning är betydligt vanligare bland sjukskrivna och arbetslösa både bland ungdomar och vuxna. Andel i skolår 9 som röker är 10 procent bland dem vars föräldrar arbetar, 15 procent bland dem med minst en arbetslös förälder och 22 procent bland dem med minst en sjukskriven förälder. Motsvarande siffror bland vuxna är 6, 15 respektive 17 procent. För psykisk ohälsa finns de största skillnaderna mellan de som arbetar och de övriga två grupperna. Bland vuxna som arbetar är det 10 procent som känner sig stressade. Motsvarande andelar för övriga grupper är 27 procent (arbetslösa) respektive 25 procent (sjukskrivna).

Utbildning

Vid indelning efter utbildningslängd framträder också socioekonomiska skillnader i självrapporterat allmänt hälsotillstånd. Av de med högskoleutbildning anger 80 procent bra eller mycket bra allmänt hälsotillstånd jämfört med 76 och 69 procent bland de med högst gymnasie- respektive grundskoleutbildning. Tydliga skillnader

⁶ BMI = Body Mass Index. Vikten i kg/längden i m².

i samma riktning ses också när det gäller förekomst av fetma, högt blodtryck, daglig rökning samt riskbruk av alkohol. Andelen med fetma varierar mellan 14 och 27 procent och högt blodtryck mellan 24 och 36 procent, där förekomsten är lägst bland högskoleutbildade och högst bland grundskoleutbildade. När det gäller daglig rökning och riskbruk av alkohol är även det mer vanligt förekommande i gruppen med grundskoleutbildning: 14 procent röker dagligen jämfört med 7 procent bland gymnasieutbildade och 3 procent bland högskoleutbildade. Motsvarande siffror för riskbruk av alkohol är 17 (grundskola), 15 (gymnasiet) respektive 8 procent (högskola).

Skillnader i hälsa mellan andra grupper

Kön

Det finns skillnader i hälsa mellan män och kvinnor i länet. Kvinnor har betydligt högre ohälsotal (Försäkringskassans mått på antal dagar som ersatts av sjukförsäkringen), fler fallolyckor bland äldre och rapporterar något sämre hälsotillstånd än män. Däremot insjuknar män i större utsträckning i cancersjukdom, hjärtinfarkt och stroke samt rapporterar fler ohälsosamma levnadsvanor än kvinnor.

Geografi

Det finns också skillnader i hälsa mellan länets kommuner, till exempel finns stora skillnader i ohälsotalet och våldsbrott. Dessa geografiska skillnader redovisas tillsammans med skillnader mellan könen, socioekonomiska grupper respektive åldersgrupper i bilaga 2. (Region Jönköpings län, 2015)

Funktionsnedsättning

En tidigare nationell rapport visade på betydligt sämre fysisk och psykisk hälsa i gruppen funktionsnedsatta jämfört med övriga befolkningen (Statens folkhälsoinstitut 2008). I Jönköpings län har 20 procent av befolkningen en funktionsnedsättning enligt den definition som användes i denna rapport.

Ålder

Upplevelsen av att ha en god allmän hälsa minskar med stigande ålder. För psykisk välbefinnande är sambandet det motsatta, äldre har en bättre självskattad psykisk hälsa jämfört med unga (Hälsa på lika villkor, 2014).

Folkhälsoarbetet i regional och lokal samverkan

Efter antagandet av det hälsopolitiska programmet i Jönköpings län (Landstinget, 1998) år 1998 etablerades folkhälso-/hälsoråd, brottsförebyggande råd, välfärdsråd eller motsvarande i nästan samtliga kommuner i länet. Dåvarande landstinget tillsatte mer personella resurser för att stödja det lokala folkhälsoarbetet i kommunerna och öka samverkan. Flera av kommunerna tillsatte också egna resurser för folkhälsoarbetet. I dagsläget ser organisationen för arbetet med folkhälsa, jämlik hälsa och hållbar utveckling olika ut mellan kommunerna vad gäller styrning, ledning, finansiering och ansvariga tjänstemän. Varje kommun har en samverkanspart från sektion Folkhälsa vilken tillsammans med kollegor inom sektionen och i samverkan med kommunerna erbjuder stöd utifrån kommunernas behov.

Under arbetet med att ta fram strategin "Tillsammans för jämlik hälsa och ett bra liv i Jönköpings län" har kommunerna varit delaktiga och haft med lokala team. I processen har också nyckelpersoner från civilsamhället och länsaktörer. Under processen har det pågått en dialog mellan sektionen Folkhälsa och respektive kommun om hur de organisatoriska formerna för folkhälsoarbetet kan se ut samt hur arbetet med att minska skillnaderna i hälsa kan integreras i ordinarie styrning och ledning. Dialogen bidrar till att det regionala och lokala folkhälsoarbetet drar åt samma håll samt får stöd och utbyte av varandra.

Hälso- och sjukvården i länet har i uppdrag att arbeta hälsofrämjande och sjukdomsförebyggande. Primärvården har ett särskilt uppdrag att aktivt delta i det lokala folkhälsoarbetet för att minska skillnaderna i hälsa. Det ger ökade möjligheter för hälsofrämjande och sjukdomsförebyggande insatser i samverkan med andra aktörer i närsamhället. (Budget 2016, Region Jönköpings län).

Region Jönköpings län

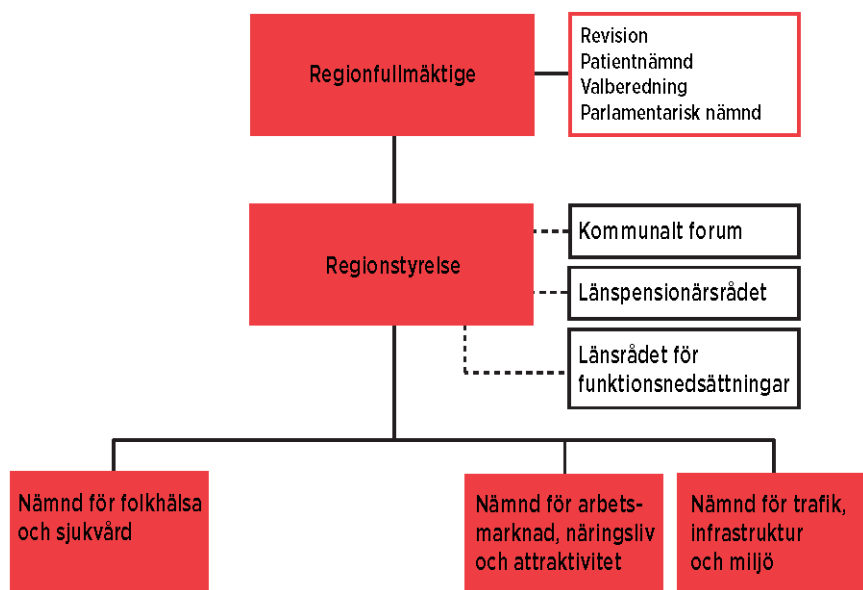
Nedan beskrivs den politiska organisationen, samarbetsformer med kommunerna i Region Jönköpings län samt vilken plats folkhälsa och jämlik hälsa har i dessa.

Övergripande frågor som demokrati, omvärldsbevakning, forskning och internationella relationer, liksom strategiska frågor och ägarfrågor gällande bolag, stiftelser med mera är regionstyrelsens ansvar. Regionstyrelsens arbetsutskott bereder ärenden som berör flera nämnder, till exempel jämlikhet och övergripande folkhälsofrågor.

Nämnden för folkhälsa och sjukvård har folkhälsa som ett ansvarsområde. De strategier och åtgärder som finns inom folkhälsoarbetet spänner dock över alla tre nämnder.

Kommunalt forum är en mötesplats och kontaktyta mellan Region Jönköpings län och länets kommuner för dialog och samverkan samt samråd inför de beslut som ska fattas inom regionkommunen. Det består av regionråden samt kommunstyrelseordförande från varje kommun. Kommunalt forum arbetar med ärenden inom så väl folkhälsa och sjukvård som regional utveckling.

Figur 3 Politisk organisation för Region Jönköpings län

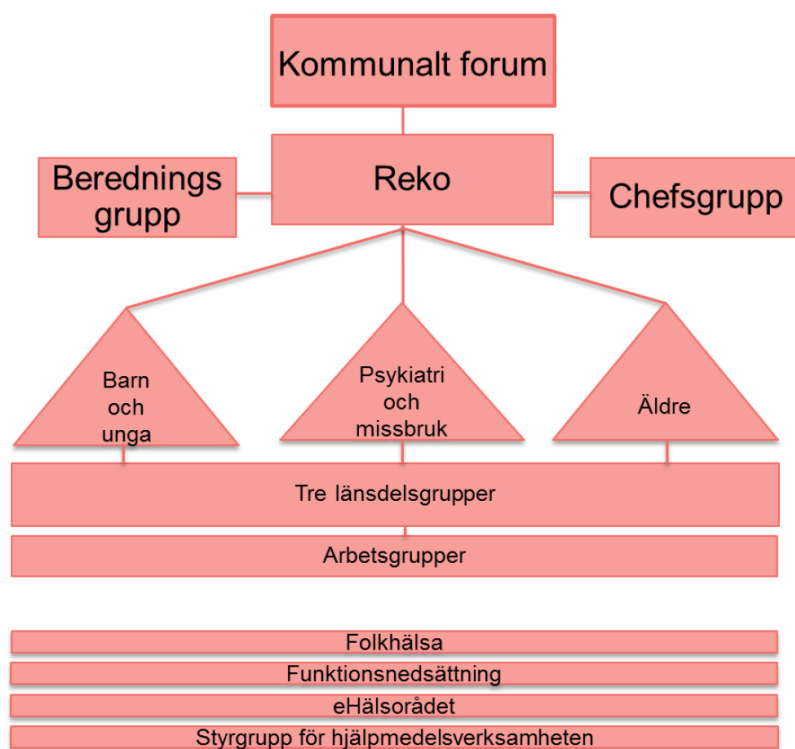


Bilden illustrerar strukturen för den politiska organisationen i Region Jönköpings län.

Kommunchefsgruppen förbereder ärenden till Kommunalt Forum. Regiondirektören leder kommunchefsgruppen där även representanter från Högskolan i Jönköping och Länsstyrelsen finns med. Kommunchefsgruppen har också varit delaktig i framtagandet av strategin och blir även fortsättningsvis en viktig plats för förankring och dialog för arbetet med folkhälsa och jämlik hälsa.

På nästa sida illustreras organisationen för samverkan inom folkhälsa och sjukvård, socialtjänst och skola. REKO-gruppen (ledningsgruppen för samverkan Region Jönköpings län – kommun) består av hälso- och sjukvårdsdirektörer, socialchefer och skolchefer. De bär det samlade samverkansansvaret utifrån de tre strategigrupperna barn och unga, psykiatri och missbruk samt äldre. I strategigrupperna finns ledningsfunktioner samlade och folkhälsa är prioriterat som ett område som ska ingå i samtliga strategigrupper. Via länsdelsgrupper och arbetsgrupper skapas förutsättningar för utveckling och spridning av framgångsrikt arbete.

Figur 4 Ledningssystem för samverkan inom folkhälsa och sjukvård, socialtjänst och skola



Bilden illustrerar strukturen för länets ledningssystem för samverkan. Kommunalt forum är en mötesplats för politiker i region och kommuner. Folkhälsa, funktionsnedsättning och e-hälsa ska tydligt finnas med i de tre strategigrupperna barn och unga, psykiatri och missbruk samt äldre.

Andra strategier, program och handlingsplaner

I Jönköpings län finns många olika aktörer och initiativ som arbetar för en bättre folkhälsa och mer jämlik hälsa. För att nå framgång i folkhälsoarbetet behövs ett gemensamt ansvarstagande mellan offentlig sektor, ideella krafter och den enskilda människan. Det är därför angeläget att de strategier, program och handlingsplaner som finns i Jönköpings län kompletterar varandra, samordnas och hittar gemensamma beröringspunkter. Den regionala strategin "Tillsammans för en jämlik hälsa och ett bra liv i Jönköpings län" kan med fördel vara en grund vid framtagande av nya strategier, program och handlingsplaner på kommun- och länsnivå.

Vid framtagandet av strategi och handlingsplan har hänsyn tagits till befintliga strategier, program och handlingsplaner. I slutet av dokumentet finns en sammanställning över merparten av dessa tillsammans med en kort presentationstext.

Vägen till strategi och handlingsplan

På uppdrag av den politiska ledningen i Region Jönköpings län och genom förankring i Läns-LAKO (numera Kommunalt Forum) tog sektionen Folkhälsa, Region Jönköpings län, initiativ till en samverkansprocess mellan olika aktörer med målet att ta fram en regional strategi med handlingsplan. Utgångspunkten har varit Marmotrapporten, Agenda 2030, Slutbetänkandet av Kommissionen för jämlik hälsa och tillgänglig statistik samt olika aktörers samlade kunskap och erfarenheter. Fokus är att minska skillnaderna i hälsa och att rikta insatser och resurser till de som behöver dem bäst.

Utmaningen att minska skillnaderna i hälsa ägs gemensamt av en rad aktörer. En samverkansprocess initierades av Region Jönköpings län, sektionen Folkhälsa, som bjöd in länets kommuner, civilsamhälle och berörda länsaktörer för framtagandet av strategin. Ett tydligt syfte med processen var och är att stödja en utveckling av det lokala arbetet parallellt med framtagandet av länsövergripande strategier.

Samverkansprocessen för framtagandet av strategi och handlingsplan inriktades på att det är de lokala och vardagsnära behoven som är utgångspunkten för stödet från regional och nationell nivå, inte tvärt om. Strategin med dess handlingsplan ska vara ett stöd för det lokala arbetet för jämlik hälsa och ett bra liv, på samma sätt som länsstrategier behöver anpassas till den nationella nivån.

Figur 5 Lokala behov som utgångspunkt

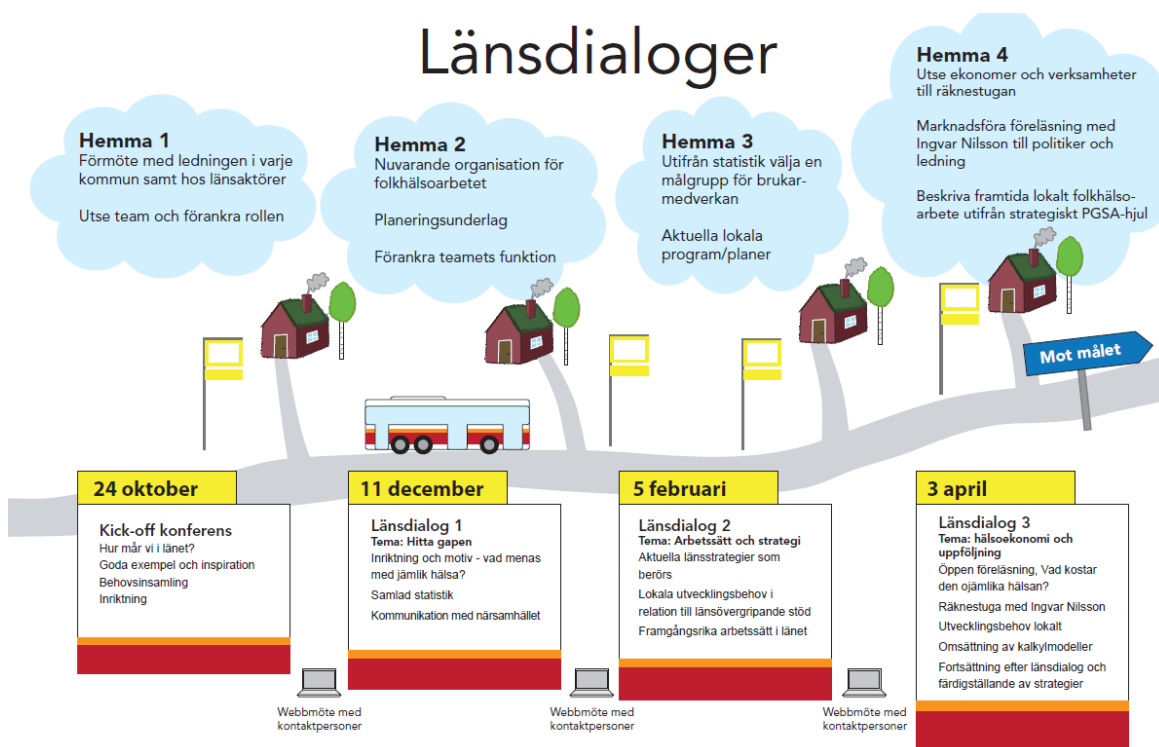


Bilden illustrerar hur olika strategier och handlingsplaner stödjer varandra på olika nivåer i samhället och hur de i sin tur bidrar till att vara ett stöd för den enskilda medborgaren.

Samverkansprocessen var inspirerad av genombrottsmetodiken som är ett beprövat arbetssätt där team varvar gemensamt arbete med förbättringsarbete på hemmaplan.

Vid kick-off-konferensen den 24 oktober 2013 visades en filmad bussresa genom olika stadsdelar i Jönköping där skillnader i hälsa illustrerades. Parametrar för bland annat andel utlandsfödda och andel förvärvsarbetande förändrades markant beroende på vilka busshållplatser som passerades. Efter konferensen samlades team från varje kommun, representanter från olika länsaktörer och civilsamhället vid tre länsdialoger för att tillsammans arbeta fram innehållet i strategi och handlingsplan. Parallellt med samverkansprocessen har varje aktör som deltagit förankrat och arbetat vidare inom sin egen organisation mellan länsdialogerna. Sektionen Folkhälsa har hållit ihop arbetet och haft kontinuerlig dialog med de olika aktörerna på olika sätt, bland annat genom lokala träffar i varje kommun. Efter länsdialogerna tillsattes en mindre arbetsgrupp med kontaktpersoner som fortsatte arbeta med strategin och handlingsplanen.

Figur 6 Samverkansprocessen illustrerad som en bussresa



Bilden visar samverkansprocessen från kick-off konferensen den 24 oktober 2013 till sista stora samverkansmötet, länsdialog 3, våren 2014.

Revideringen av handlingsplanen för 2018-2019 har pågått under 2017. Sektionen Folkhälsa har besökt kommunerna för dialog kring det fortsatta arbetet med att utjämna skillnader i hälsa, förankrat förslag i ledningssystemet för samverkan, haft avstämningar med processledare för respektive handlingsområde samt arbetsgrupperna kopplade till dessa. Avstämningar har även skett med ansvariga för den Regionala utvecklingsstrategin, Program för hållbar utveckling samt med Länsstyrelsen.

Regional strategi 2025

De mål och insatser som prioriterats i denna strategi med tillhörande handlingsplan utgår ifrån befintligt statistiskt underlag, internationella och nationella rekommendationer, forskning och beprövad erfarenhet. Detta har vägts samman med det som framkommit från länsdialoger, kontaktpersonsträffar, gruppträffar inom varje handlingsområde, kontakt med nyckelpersoner inom olika organisationer i länet samt vid uppföljningsmöten i kommunerna.

Samverkansprocessen med att ta fram en gemensam strategi för jämlik hälsa har inneburit att många har varit involverade vilket bidragit till ett stort engagemang. Flera aktörer har redan påbörjat eget arbetet med att hitta bra strukturer för att minska skillnaderna i hälsa.

Strategin vänder sig till länsövergripande och lokala aktörer samt medborgare som kan bidra till en jämlik hälsa och ett bra liv i Jönköpings län

Syftet med strategin:

1. Integrera jämlik hälsa i politiska och verksamhetsnära beslut.
2. Stärka samverkan och samlärande samt involvera medborgare i folkhälsoarbetet.
3. Rikta insatser till grupper⁷ i samhället med sämre förutsättningar till ett bra liv.

Den regionala strategin innehåller övergripande mål, strategiska mål och handlingsområden samt revidering och uppföljning.

Övergripande mål till 2025

Strategin *”Tillsammans för jämlik hälsa och ett bra liv i Jönköpings län”* tar sin utgångspunkt i att varje människa är en möjlighet. Tillsammans förbättrar vi livsvillkoren där medborgaren lever, lär, arbetar och leker. Alla medborgare ska ha bästa möjliga förutsättningar att kunna påverka sitt liv och därmed sin hälsa.

- **Livsvillkoren har förbättrats för alla invånare i Jönköpings län.**
- **Skillnaderna i hälsa har minskat mellan olika grupper.**
- **Invånarna har förbättrade förutsättningar att själva främja sin hälsa**

⁷ Skillnader i hälsa mellan olika grupper definieras i den här strategin som skillnader mellan socioekonomiska (utbildningsnivå, inkomstnivå, social status) och geografiska faktorer samt de sju diskrimineringsgrunderna etnisk tillhörighet, religion eller annan trosuppfattning, sexuell läggning, kön, könsöverskrivande identitet och uttryck, ålder samt funktionsnedsättning. (SKL, 2013)

Strategiska mål och handlingsområden

De övergripande målen påverkas genom arbete med strategins tre strategiska mål och nio handlingsområden, vilka är ömsesidigt beroende av varandra.

Handlingsområde ett till fem är grundläggande för övriga områden och utgör ett stöd för prioritering och ledning av de handlingsområden som finns under strategiskt mål 3. Strategiskt mål 2 ska hålla samman arbetet med strategin, skapa innovativa mötesplatser och bidra till erfarenhetsutbyten. Samverkan och samlärandet ska fokusera på utmaningen att de insatser som görs faktiskt gör skillnad.

Samtliga handlingsområden och dess aktiviteter ska genomsyras av ett rättighetsperspektiv, ett normkritiskt och interkulturellt förhållningssätt och insatserna som görs ska anpassas i utformning och omfattning utifrån grupper⁸ olika behov.

Figur 7 Illustration av strategins mål och handlingsområden



Bilden illustrerar att vi tillsammans reser mot målen att förbättra livsvillkoren och minska skillnaderna i hälsa för olika grupper i samhället. De blå skyltarna visar strategiskt viktiga handlingsområden som gör det möjligt att prioritera och utveckla insatser i handlingsområde 6-9. Mötesplatserna i handlingsområde 5 håller ihop arbetet och ska bidra till bättre samverkan och samlärande.

⁸ Skillnader i hälsa mellan olika grupper definieras i den här strategin som skillnader mellan socioekonomiska (utbildningsnivå, inkomstnivå, social status) och geografiska faktorer samt de sju diskrimineringsgrunderna etnisk tillhörighet, religion eller annan trosuppfattning, sexuell läggning, kön, könsöverskrivande identitet och uttryck, ålder samt funktionsnedsättning. (SKL, 2013)

Strategiskt mål 1: Hållbara strukturer i styrning och ledning för en jämlik hälsa

Folkhälsa och jämlik hälsa ska ha en tydlig plats i regionala och lokala ledningsstrukturer. Organisationer ska ha strukturer, verktyg och arbetssätt som bidrar till att skapa långsiktiga förutsättningar för att minska skillnaderna i hälsa. De beslut som tas och det arbete som görs ska genomsyras av en hög grad av delaktighet.

De handlingsområden som finns under strategiskt mål 1 handlar om att påtagligt förbättra processerna för hur vi använder statistik och gör analyser, ökar medverkan från de människor som berörs av insatserna, utvecklar förmågan att leda och prioritera hälsoekonomiskt samt omsätter förbättringsarbete och forskning på ett systematiskt sätt.

Handlingsområden

1. Statistik och analys
2. Medborgarmedverkan
3. Hälsoekonomi
4. Förbättringsarbete och forskning

Strategiskt mål 2: Stärkt samverkan och samlärande regionalt och lokalt

För att öka förutsättningarna för jämlik hälsa och ett bra liv behövs bättre och effektivare samverkan och ett samlärande mellan civilsamhället, länets kommuner, Region Jönköpings län och andra länsaktörer. Samverkan ska också utvecklas till att vara mer behovsstyrd utifrån att minska skillnaderna i hälsa. Innovativa sätt att mötas för ett bättre samlärande är viktigt för att sprida goda exempel och erfarenheter i länet. Den samverkan och det samlärande som ryms inom strategiskt mål två ska ses som ett komplement till redan befintliga länsövergripande forum och nätverk för samverkan. En viktig del är att hålla ihop och följa upp arbetet och insatserna som ska genomföras under strategins tidsperiod 2016-2025. En annan viktig del är att kontinuerligt sammanfatta vilka behov som finns på lokal nivå och utifrån det samordna relevanta insatser som gör skillnad.

Handlingsområde

5. Samverkan och samlärande

Strategiskt mål 3: Jämlik hälsa och bra livsvillkor genom hela livet

Hälsofrämjande och sjukdomsförebyggande insatser ska anpassas i utformning

och omfattning utifrån grupper⁹ olika behov. Det handlar om att rätt insats genomförs till rätt målgrupp vid rätt tidpunkt. För barn och unga är barnkonventionen särskilt betydelsefull där tidig upptäckt av behov hos barn är viktigt. För äldres livsvillkor och hälsa inriktas arbetet på hur vi tillsammans kan skapa förutsättningar för att fler ska få vara friska och aktiva längre upp i åldrarna. För individer i arbetsför ålder är det viktigt att få möjlighet att delta i arbetslivet efter sin egen förmåga eller att ha en annan meningsfull sysselsättning. Det är också viktigt att ha social och ekonomisk trygghet för att kunna försörja sig själv.

Samhällsplanering och insatser för att förbättra naturliga och bebyggda miljöer i människors närmiljö kan bidra till en god och jämlik hälsa i befolkningen. Tillgång till natur, parker och grönområden är viktigt för människors hälsa och välbefinnande. En meningsfull fritid och tillgång till att kunna utöva ett aktivt friluftsliv är också viktiga delar.

Handlingsområden

6. Barn, unga och unga vuxnas livsvillkor och hälsa
7. Försörjning och sysselsättning
8. Samhällsplanering och närmiljö
9. Äldres livsvillkor och hälsa

Åldersintervall

Följande åldersintervall används i den här strategin:

- Barn och unga 0-17 år
- Unga vuxna 18-29 år
- Äldre 65 år och uppåt

Kommunikation som verktyg för måluppfyllelse

God kommunikation bygger på vår förmåga att förstå vad länsinvånare, medarbetare, samarbetsparter och andra intressenter behöver och vill veta. Förmågan att kommunicera är avgörande för att vi ska kunna nå strategiska mål och vision.

En allt mer digitaliserad värld i ständig förändring ställer krav på en kommunikation i ständig utveckling. Valet av innehåll, kanal och kontaktyta måste säkerställas utifrån olika målgruppers och aktörers behov. Befintliga kanal- och kommunikationsstrategier behöver omsättas i arbetet för en mer jämlik hälsa.

⁹ Skillnader i hälsa mellan olika grupper definieras i den här strategin som skillnader mellan socioekonomiska (utbildningsnivå, inkomstnivå, social status) och geografiska faktorer samt de sju diskrimineringsgrunderna etnisk tillhörighet, religion eller annan trosuppfattning, sexuell läggning, kön, könsöverskrivande identitet och uttryck, ålder samt funktionsnedsättning. (SKL, 2013)

Revidering och uppföljning

Strategin följs upp genom att följa ett antal indikatorer som ska ge återkoppling på att insatserna bidrar till att uppfylla de övergripande målen. Indikatorerna följs upp årligen eller så ofta som är lämpligt. Revidering av strategin görs 2025.

Handlingsplanen revideras vartannat år i dialog med regionala och lokala aktörer och genom medborgarmedverkan. Kontinuerlig uppföljning sker inom respektive handlingsområde via avstämningsrapporter som sedan utgör underlag för revideringen. Handlingsområde fem, samverkan och samlärande, håller samman det löpande arbetet inom respektive handlingsområde.

Data för att följa indikatorerna inhämtas från nationella, regionala och lokala källor. Indikatorerna kommer brytas ned på kön, ålder och socioekonomiska variabler för respektive kommun där så är möjligt och lämpligt.

Brist på tillförlitlig och tillgänglig data på grupp nivå har identifierats i framtagandet av denna strategi med tillhörande handlingsplan och är därför ett angeläget förbättrings- och utvecklingsområde. Detta medför att det under arbetets gång kan komma att läggas till indikatorer som anses vara viktiga för att kunna följa utvecklingen i hälsa och se om skillnaderna minskar.

Indikatorer för att följa det övergripande målet, "Livsvillkoren har förbättras för alla invånare i Jönköpings län", är:

- Andel elever i skolår 9 som är behöriga till gymnasiet
- Andel gymnasieelever som fullföljer sin utbildning inom 4 år
- Andel arbetslösa av befolkningen 16-64 år
- Andel arbetslösa av befolkningen 18-24 år
- Andel långtidssjukskrivna av befolkningen 16-64 år
- Andel invånare 0-19 år i socioekonomiskt utsatta familjer
- Anmällda våldsbrott
- Andel ekonomiskt utsatta äldre

Indikatorer för att följa det övergripande målet, "Skillnaderna i hälsa har minskat mellan olika grupper¹⁰", är:

- Återstående medellivslängd vid födseln
- Självskattat allmänt hälsotillstånd
- Andel som röker
- Andel med riskbruk av alkohol

¹⁰ Skillnader i hälsa mellan olika grupper definieras i den här strategin som skillnader mellan socioekonomiska (utbildningsnivå, inkomstnivå, social status) och geografiska faktorer samt de sju diskrimineringsgrunderna etnisk tillhörighet, religion eller annan trosuppfattning, sexuell läggning, kön, könsöverskrivande identitet och uttryck, ålder samt funktionsnedsättning. (SKL, 2013)

- Andel ungdomar som intensivkonsumerar alkohol
- Andel med övervikt och fetma
- Andel med psykisk ohälsa

Det övergripande målet "Invånarna har förbättrade förutsättningar att själva främja sin hälsa" följs upp via en särskild redovisning av genomförda aktiviteter i samband med revideringen av handlingsplanen.

Andra strategier, program och planer som bidrar till arbetet för jämlik hälsa och ett bra liv i Jönköpings län

Det finns flera initiativ, internationella, nationella och regionala strategier som bidrar till arbetet för en förbättrad och jämlik hälsa i Jönköpings län. Till dessa hör bland annat:

Internationella och nationella

Gör jämlikt- gör skillnad

Landsting, regioner och 20 kommuner har arbetat tillsammans med SKL i Samling för social hållbarhet – minska skillnader i hälsa under 2011 - 2013. Arbetet resulterade i fem rekommendationer och 23 åtgärder som bidrar till att stärka den sociala hållbarheten och minska skillnaderna i hälsa.

<http://www.skl.se/download/18.60cfc024148311288823355/1409646611579/SKL+Rapport+G%C3%B6r+i%C3%A4mlikt+-+g%C3%B6r+skillnad%21+fullversion+2013.pdf>

WHO: s rapport "Closing the Gap in a generation" av Sir Michael Marmot

WHO såg de stora globala hälsoklyftorna som oacceptabla och ville ta en bred ansats för att komma tillrätta med dem. En kommission tillsattes som leddes av Marmot. Kommissionens rapport är ett av de viktigaste dokument som skrivits på hälsoområdet under de senaste decennierna. I vissa delar av världen ökar medellivslängden och folkhälsan blir bättre medan den stagnerar i andra.

Också inom länderna finns mycket stora hälsoklyftor som är nära förbundna med sociala förhållanden – hälsans sociala bestämningsfaktorer.

"Utjämna hälsoskillnaderna inom en generation- Jämlikhet i hälsa genom påverkan av de sociala bestämningsfaktorerna"

http://whqlibdoc.who.int/hq/2008/WHO_IER_CSDH_08.1_swe.pdf?ua=1
(sammanfattning av rapporten på svenska)

WHO, policy och strategi Health 2020

Europaregionen inom WHO har tagit fram en policy och strategi som utgör Europas ramverk för hälsa och välmående. Det övergripande målet är att förbättra hälsan för alla och att minska ojämlikhet i hälsa.

http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0011/199532/Health2020-Long.pdf?ua=1

"Report on health inequalities in the EU"

Rapporten redogör för EU-kommissionens åtgärder och genomförande för att minska olikheterna i hälsa i EU.

http://ec.europa.eu/health/social_determinants/docs/report_healthinequalities_swd_2013_328_en.pdf

Malmökommissionen

Våren 2011 tillsattes en politiskt oberoende grupp med mål att ta fram strategier för att minska skillnader i hälsa hos Malmös invånare. Gruppen fick namnet Malmökommissionen. Uppdraget är att ta fram ett vetenskapligt underlag för hur Malmöbornas hälsa ska kunna förbättras långsiktigt. Rapporterna ligger till grund för politiska beslut i regionen. <http://malmo.se/kommission>

Regionala

Regional utvecklingsstrategi (RUS)

RUS – Regional utvecklingsstrategi för Region Jönköping » 2025, fastställdes av Regionstyrelsen den 20 juni 2013. Den regionala utvecklingsstrategin (RUS) är en vägvisare för regionens, det vill säga Jönköpings läns, samlade utvecklings- och tillväxtarbete. Strategin pekar ut vad som krävs för att Region Jönköping ska bli en framgångsrik och växande region till år 2025.

Det regionala utvecklingsarbetet och de resurser som satsas från regionen, staten och EU ska vägledas av prioriteringarna i RUS. Hänsyn ska tas till alla hållbarhetsdimensioner för en god livsmiljö, ökad jämställdhet, jämlikhet och mångfald.

Alla utvecklingsinsatser ska bidra till att förbättra möjligheterna för länets invånare att **leva av**, d.v.s. näringslivstillväxt och fler sysselsatta, och att **leva i**, d.v.s. inkludering och livsmiljö.

<http://www.rjl.se/Om-regionen/om-organisationen/Region-Jonkopings-lans-uppdrag/RUS-regional-utvecklingsstrategi/>

På väg mot jämställdhet. Strategi för jämställdhetsintegrering i Jönköpings län 2014-2018

Länsstyrelsen arbetar för jämställdhet i länet utifrån regeringens nationella jämställdhetspolitik.

Det nationella målet är att kvinnor och män ska ha samma makt att forma samhället och sina egna liv. Strategin anger en riktning och utgör ett stöd för länets arbete mot jämställdhet. I strategin berörs folkhälsa särskilt i fokusområdena Mäns våld mot kvinnor samt Jämställd hälsa. Strategin är framtagen av Länsstyrelsen inom ramen för Jämställdhetsrådet i Jönköpings län; ett samverkansråd med syfte att vara samordnande och pådrivande i länets jämställdhetsarbete. Rådet leds av landshövdingen och rådets ledamöter

representerar myndigheter, näringsliv och idéburna organisationer.
<http://lansstyrelsen.se/jonkoping/Sv/manniska-och-samhalle/jamstalldhet/>

Handikappolitiskt program Landstinget i Jönköpings län

Det handikappolitiska programmet ska se till att landstinget blir ett föredöme i arbetet med att underlätta livsvillkoren för människor med olika former av funktionsnedsättning. Helhetssyn och samordning är viktiga utgångspunkter, men det handlar också om attityder, förhållningssätt och bemötande.
http://plus.rjl.se/box_files/box38734/handikappolitiskt_program_2003.pdf

Program för hållbar utveckling 2013-2016 – utifrån ett miljöperspektiv

Region Jönköpings län arbetar för en hållbar miljöutveckling som är hälsofrämjande och jämlik med barnens bästa i centrum, agerar klimatsmart och har ett klokt resurstänkande. Det ger bra förutsättningar för en sund livsmiljö och ett bra liv i ett attraktivt län. Regionens löfte till länsinvånarna är att arbeta för en utveckling som är hälsofrämjande och att minimera påverkan på miljön.
<http://www.rjl.se/Tillvaxt-och-utveckling/Miljo-och-hallbar-utveckling/>

Regional kulturplan 2015-2016

Under 2014 formuleras den regionala kulturplanen 2015-2017 för Jönköpings län. Den regionala kulturplanen är ett kultur- och konstpolitiskt dokument för vad det regionala konst- och kulturlivet ska ha för inriktning de kommande tre åren. Den regionala kulturplanen för Jönköpings län är en plan för utvecklingen av kulturen i länet och hur dessa relaterar till de nationella kulturpolitiska målen.
<http://www.rjl.se/Tillvaxt-och-utveckling/Kultur-i-lanet/Regional-kulturplan/>

Samverkan mot våld i nära relationer i Jönköpings län 2014-2018

Inom ramen för Jämställdhetsrådet i Jönköpings län har ett stort antal aktörer tagit fram ett gemensamt underlag för samverkan mot våld i nära relationer. Syftet med samverkansplanen är att genom samverkan utveckla länets arbete mot våld i nära relationer, förbättra stödet för drabbade och förebygga våldet. Fokusgruppen våld i nära relationer, underställd Jämställdhetsrådet, kommer att vara ansvarig för genomförandet och uppföljningen av planen.
<http://www.lansstyrelsen.se/jonkoping/Sv/nyheter/2014/Pages/samverkan-mot-vald-i-nara-relationer-i-jonkopings-lan-2014-2018.aspx>

Insikt/Utsikt

Visionen för Insikt/Utsikt är att Jönköpings län ska vara fritt från skador av alkohol och tobak samt fritt från narkotika, dopning och missbruk och beroende av läkemedel. Arbetet med Insikt/Utsikt i Jönköpings län grundar sig på de nationella handlingsplaner som finns på alkohol- och drogområdet. Insikt/Utsikt är ett samarbete mellan Länsstyrelsen, Landstinget, Polismyndigheten, länets kommuner samt en mängd andra aktörer och frivilligorganisationer.
<http://insiktutsikt.nu/wp-content/uploads/2010/04/Handlingsplan-Insikt-utsikt.pdf>

Hela kedjan till företaget

En förstudie vars syfte är att kartlägga behov hos målgruppen, arbetslösa kvinnor och män 16-64 år, och arbetsgivare. Förstudien skall förbereda för att rusta hela kedjan: målgruppen, myndigheter och arbetsgivare. Resultatet skall på lång sikt medföra att arbetslösa får arbete och blir självförsörjande.

<http://www.esf.se/sv/Resultat/Projektbanken/Behallare-for-projekt/Smaland-och-Oarna/Hela-kedjan-till-foretaget/>

Verksamhetsplan 2015 – Samordningsförbunden i länet

Inom länet finns tre förbund för finansiell samordning inom rehabiliteringsområdet. Varje förbund är bildat av Landstinget i Jönköpings län, Försäkringskassan, Arbetsförmedlingen och kommunerna inom förbundets område.

- *Högländets Samordningsförbund* omfattar kommunerna Aneby, Eksjö, Nässjö, Sävsjö, Tranås och Vetlanda.

- *Finnvedens Samordningsförbund* omfattar kommunerna Gislaved, Gnosjö och Värnamo.

- *Samordningsförbundet Södra Vätterbygden* omfattar kommunerna Habo, Jönköping, Mullsjö och Vaggeryd.

www.finsamjonkopingslan.se

Strategi för integrationsarbetet i Jönköpings län 2015 – 2020

En integrationsstrategi finns framtagen av länsstyrelsen. I samband med detta bildades ett Integrationsråd i Jönköpings län 2013 som består av 28 ledamöter från myndigheter, näringsliv och idéburna organisationer. Rådet leds av Landshövdingen. Syftet med rådet är att det ska främja en samsyn samt öka samverkan och delaktighet kring integrationsarbetet genom att skapa en arena för att lyfta integrationsfrågorna, i Jönköpings län. Rådet ska vara pådrivande för ett effektivare integrationsarbete i länet, verka för att de nuvarande och kommande nationella integrationsmålen får genomslag i länet samt integrera ett mångkulturellt perspektiv i respektive verksamheter.

<http://lansstyrelsen.se/jonkoping/SiteCollectionDocuments/Sv/publikationer/2015/2015-22-Integrationsstrategi-2015-2020.pdf>

Primärvård inom vårdval i Jönköpings län

Regelbok för vårdval i Jönköpings län har tagits fram på uppdrag av landstingsfullmäktige. Den anger förutsättningarna för att bli godkänd och bedriva primärvård i Jönköpings län. Regelboken beskriver även vårdenheter och uppdrag utifrån Landstingets modell och mål för primärvården.

http://plus.lj.se/info_files/infosida38390/primarvard_inom_vardval_i_jonkopings_lan_2014.pdf

Hälsopolitiskt program för Jönköpings län

Region Jönköpings län har en ansvarsfull roll i att länets befolkning ska ha förutsättningar för en så god och jämlik hälsa som möjligt, fysiskt, psykiskt och

socialt. Vi samarbetar med länets kommuner, myndigheter, näringsliv, föreningsliv och andra organisationer.

År 1998 antogs ett hälsopolitiskt program av Läns-LAKO (landstings- och kommunpolitiskt samverkansorgan) som visade på olika vägar att nå de övergripande målen för jämlikhet i hälsa. En O-vision formulerades:

- Alla medborgare skall tillförsäkras möjligheter till ett gott och aktivt liv på lika villkor.
- Ingen skall dö i förtid eller drabbas av ohälsa, sjukdom eller skada som hade kunnat undvikas.
- För kommande generationer skall hälsoarbetet ges en långsiktig och hållbar utveckling.

Programet betonar följande inriktning för ett aktivt folkhälsoarbete i Jönköpings län:

1. Främja samarbete och verka för att uppnå en helhetssyn med alla aktörer inom folkhälsoarbetet
2. Arbeta hälsofrämjande och sjukdomsförebyggande för att skapa likvärdiga förutsättningar för allas hälsa i länet
3. Särskilt rikta insatserna mot grupper som är mest utsatta för hälsorisker
4. Ta initiativ till utbildnings-, forsknings- och utvecklingsinsatser inom folkhälsoområdet
5. Vidareförmedla forsknings- och utvecklingsresultat så att de bidrar till en långsiktig hållbar utveckling
6. Ta till vara och sprida erfarenheter från lokalt, regionalt, nationellt och internationellt folkhälsoarbete

Ett av målen i programmet inriktas på att varje kommun ska ha ett lokalt hälsoråd eller liknande med representanter från olika förvaltningar inom kommunen, andra offentliga organ, hälso- och sjukvården, tandvården, förenings- och näringslivet, företagshälsovård m fl. Det lokala hälsorådet skall ha ett samordningsansvar för att folkhälsofrågorna beaktas i all verksamhet och en lokal hälsoplanerare ska finnas knuten till varje råd.

http://plus.lj.se/info_files/infosida31886/halsopolitiskt_program.pdf

Nationella barnhälsovårdsprogrammet

En undersökning av Svensk Barnhälsovård 2011 visade att det förelåg stora skillnader i den svenska barnhälsovården, såsom varierat antal läkarbesök, olika metoder och olika remisskriterier. Dessutom framkom att det hälsofrämjande och förebyggande arbetet fick stå tillbaka. Pågående forskning visade att barnhälsovårdens universella program nådde de flesta, men att barn med ökade behov inte fick kompensatoriska insatser (Wallby 2012). Det nya nationella barnhälsovårdsprogrammet skiljer sig från det gamla genom tydligt beskrivna universella insatser tillsammans med program för riktade insatser till alla vid behov. Viktiga perspektiv lyfts fram utifrån barnet och dess familj såsom barnets

hälsa, utveckling och livsvillkor, barnkonventionen, etik, jämlikhet, genus samt förändringar i samhällsutvecklingen.

Socialstyrelsens vägledning (2014) anger ramar för barnhälsovården medan den webbaserade Rikshandboken i barnhälsovård ger konkreta råd för arbetets utförande.

<http://www.rikshandboken-bhv.se/Texter/Oversikt/Programforklaring/>

Handlingsplan för sexuell hälsa – med inriktning på ungdomar och unga vuxna i Jönköpings län

Arbetet med att förebygga hiv och andra sexuellt överförbara infektioner (STI) samt oönskade graviditeter är brett förankrat i flera specialiteter i hälso- och sjukvården. Arbetet i Region Jönköpings län utgår från länets handlingsplan för sexuell hälsa.

http://plus.lj.se/info_files/infosida32006/handlingsplan_for_sexuell_halsa_besluta_d.pdf

Åtgärdsprogram för Hälsans miljömål 2016-2020

Åtgärdsprogrammet håller på att tas fram och samordnas av Länsstyrelsen. Det omfattar miljö kvalitetsmålen God bebyggd miljö, Frisk luft, Giftfri miljö, Säker strålmiljö och Skyddande ozonskikt.

<http://www.lansstyrelsen.se/jonkoping/Sv/publikationer/rapporter/2015/Pages/2015-37.aspx>

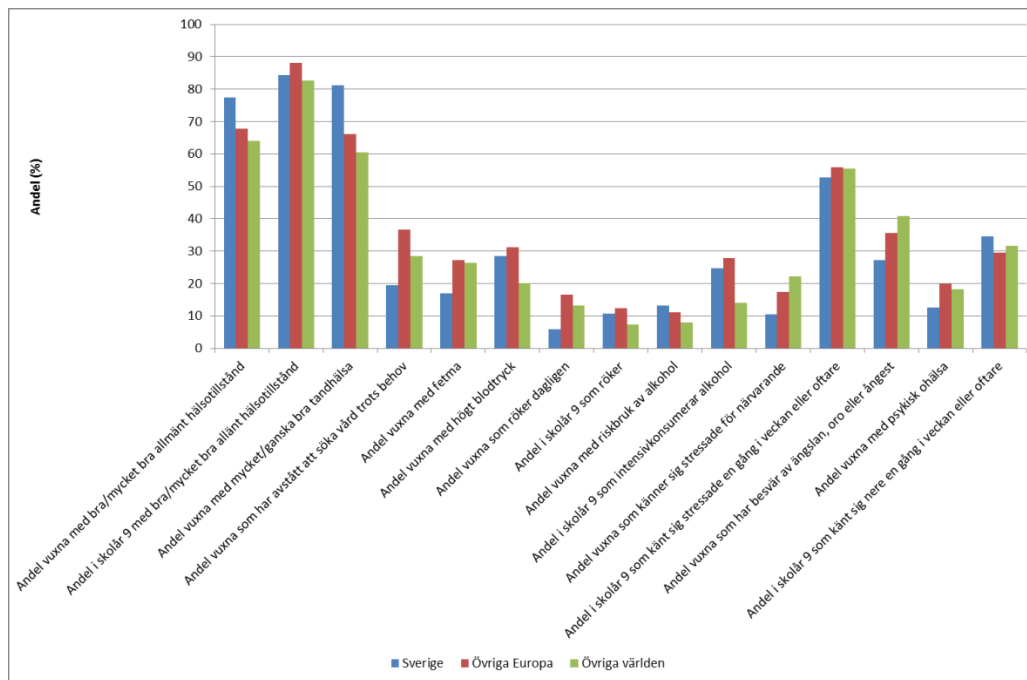
Referenser

- Bruntlandkommissionen. (1987). *Bruntlandkommissionens rapport till FN:s generalförsamling, Our Common Future*. Stockholm: Tiden.
- Dahlgren G, W. M. (1991). *Policies and strategies to promote social equity in health*. Stockholm: Institute for futures studies.
- Folkhälsomyndigheten. (2014). *Årsrapport 2014*. Stockholm: Folkhälsomyndigheten.
- Jacobsson, P. (u.d.). *Mot ett hållbart samhälle*. Stockholm: Kungliga tekniska högskolan.
- Janlert, U. (2000). *Folkhälsovetenskapligt lexikon* (1:a uppl.). Stockholm: Natur och kultur och Statens Folkhälsoinstitut.
- Landstinget. (1998). *Hälsopolitiskt program för Jönköpings län*. Jönköping: Landstinget i Jönköpings län.
- Nordenfelt, L. (1991). *Livskvalitet och hälsa* (1:a uppl.). Solna: Almqvist & Wiksell förlag.
- Olsson, S. (2012). *Social hållbarhet i ett planeringsperspektiv*. <http://www.socialhallbarhet.se/om-social-hallbarhet/>.
- Qulturum Region Jönköpings län. (den 24 februari 2015). *Qulturum*. Hämtat från <http://plus.rjl.se/qulturum> den 24 Februari 2015
- Region Jönköpings län. (den 10 Februari 2015). *Region Jönköpings län*. Hämtat från Hälso- och sjukvård, Bilaga till budget 2015: <http://www.rjl.se/Om-oss/Region-Jonkopings-lans-uppdrag/Budget-och-utvecklingsplaner> den 10 Februari 2015
- SKL. (2013). *Gör jämlikt - gör skillnad! Samling för social hållbarhet minskar skillnader i hälsa*. Stockholm: Sveriges Kommuner och Landsting.
- Socialdepartementet. (2000). *Hälsa på lika villkor- nationella mål för folkhälsan, SOU 2000:91*.
- Socialdepartementet. (2008). *Regeringens proposition 2007/08:110 En förnyad Folkhälsopolitik*. Stockholm: Regeringskansliet.
- Socialstyrelsen. (2014). *Hjärtinfarkter 1990-2013*. Stockholm: Socialstyrelsen.
- Socialstyrelsen, S. F. (2014). *Öppna jämförelser 2014 - Folkhälsa*. Edita Bobergs AB.

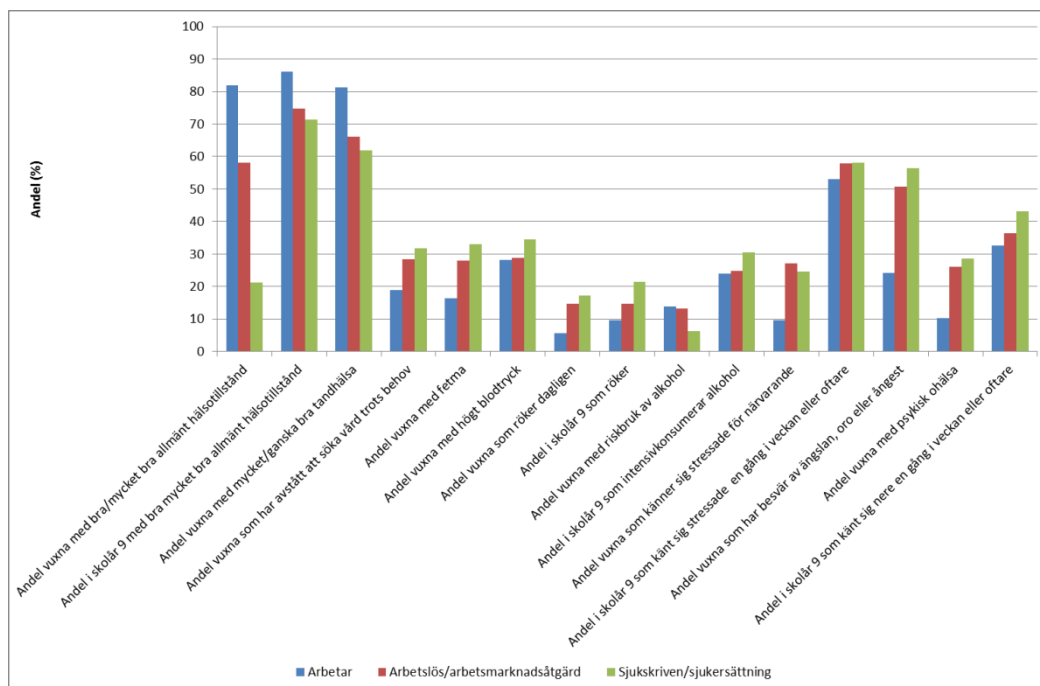
- solutions, S. h. (2015). *Folkhälsoekonomiska beräkningar*.
<http://skl.se/tjanster/kurserochkonferenser/dokumentation/alldokumentation/dokumentationinvesteraihalsavadvinnervi.4599.html>: SKL.
- Statens Folkhälsoinstitut. (2008). *Hälsa på lika villkor? Hälsa och livsvillkor bland personer med funktionsnedsättning*. Stockholm: Statens folkhälsoinstitut.
- Stier, J. (2009). *Kulturmöten - en introduktion till interkulturella studier*. Lund: Studentlitteratur.
- The commission on Social Determinants of Health. (2005). *Action on the social determinant of health: learning from previous experiences*. World Health Organization.
- UCL, Institute of Health Equity. (2010). *Fair Society Healthy Lives: The Marmot Review*.
- WHO. (2008). *Closing the gap in a generation. Health equity through action on the social determinants of health. Final report*. Commission on social determinants of health.
- WHO. (2012). *Health 2020*. (<http://www.euro.who.int/en/health-topics/health-policy/health-2020-the-european-policy-for-health-and-well-being>): World health organisation Europe.
- Västra Götalands Region. (2011). Hämtat från Kostnaderna för ojämlikhet i hälsa i Västra Götaland. En beräkning av vad socioekonomisk ojämlikhet kostar samhället. den 10 Februari 2015

Bilaga 1 Hälsotal utifrån födelseland, sysselsättning och utbildning

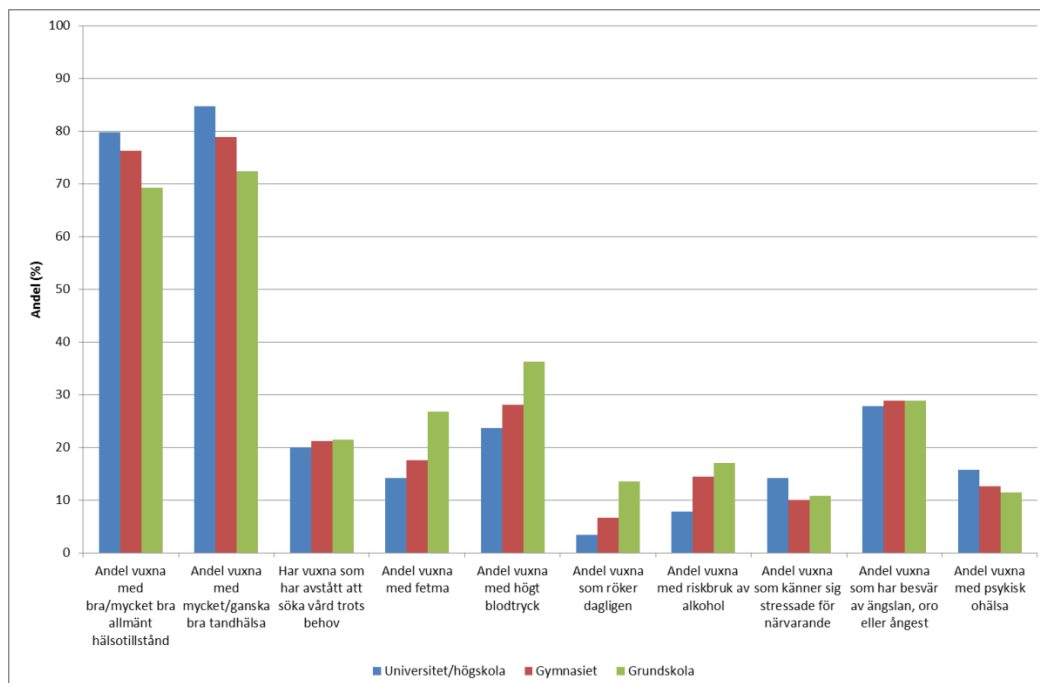
Hälsotal i procent utifrån födelseland (Sverige, övriga Europa och övriga världen)



Hälsotal i procent utifrån sysselsättning (arbetar, arbetslös/arbetsmarknadsåtgärd och sjukskriven/sjukersättning)



Hälsotal i procent utifrån utbildningsnivå (universitet/högskola, gymnasiet och grundskola)



Bilaga 2 Hälsotal fördelat per kommun, länet och riket

	Rikets/länets genomsnitt	Aneby	Eksjö	Nässjö	Sävsjö	Tranås	Vetlanda	Gislaved	Gnosjö	Vaggeryd	Värnamo	Habo	Mullsjö	Jönköping
Andel (%) barn som finns i ekonomiskt utsatta hushåll, 2010 (länet)	10,1	10,2	8,0	12,5	12,6	12,9	9,1	10,7	10,2	10,2	8,0	5,4	5,7	10,4
Andel (%) elever i skolår 9 som skolkar en gång i månaden eller oftare, 2011 (länet)	7,3	1,8	5,0	5,9	5,3	7,5	7,6	6,1	2,7	7,0	4,7	6,0	11,3	9,7
Andel (%) behöriga till gymnasiet, 2010/2011 (riket)	87,7	88,2	92,0	86,1	80,0	83,0	86,3	84,8	80,5	79,7	89,6	84,7	94,5	86,1
Ohälsotal (antal dagar) kvinnor, juli 2012 (länet)	32,9	37,9	40,1	34,7	33,7	39	34,7	33,6	30,8	29,3	25,9	29,9	41,2	32,2
Ohälsotal (antal dagar) män, juli 2012 (länet)	22,2	24,5	24,1	25,4	23,4	25,6	22,1	21,0	20,1	20,1	20,0	16,5	24,2	22,2
Våldsbrott, antal per 100 000 inv, 2011 (länet)	900	1015	787	1025	857	1115	650	780	876	650	663	454	725	1006
Tonårsaborter (-19 år), antal per 1 000 kvinnor, 2011 (länet)	13,4	16,9	12,3	9,5	10,1	18,3	9,1	9,4	11,7	20,7	13,3	2,6	7,7	16,2
Andel (%) 4-åringar med övervikt och fetma, 2009-2011 (länet)	14,1	20,5	12,7	11,8	14,3	13,6	18,1	16,7	16,6	11,3	13,8	14,0	16,6	13,2
Andel (%) vuxna som är fysiskt aktiva minst 30 min per dag, 2008-2011 (länet)	66,0	64,0	64,0	59,0	63,0	69,0	67,0	63,0	69,0	66,0	62,0	66,0	65,0	65,0
Andel (%) elever i skolår 9 som äter frukost varje vardag, 2011 (länet)	66,1	78,4	79,9	67,0	70,7	65,0	67,1	61,8	60,2	58,0	65,9	60,0	71,4	65,5
Andel (%) elever i skolår 9 som intensivkonsumerar alkohol några gånger per år eller oftare, 2011 (länet)	17,2	7,1	20,3	24,8	22,9	12,2	14,9	17,6	14,0	14,5	16,1	7,1	16,7	19,1
Andel (%) vuxna med riskbruk av alkohol, 2008-2011 (länet)	8	8	11	11	8	13	10	11	12	11	7	9	9	12
Andel (%) elever i skolår 9 som röker, 2011 (länet)	13,3	9,1	6,3	24,0	9,4	9,5	7,4	10,5	11,5	16,2	11,2	6,0	21,5	16,5
Andel (%) rökare bland gravida, 2005-2009 (riket)	6,8	9,9	8,7	8,7	6,8	10,7	5,9	11,6	10,3	8,2	8,1	6,6	10,5	5,7
Andel (%) elever i skolår 9 som mår bra eller mycket bra, 2011 (länet)	88,8	94,6	89,5	84,8	88,4	85,1	91,0	84,6	84,2	88,9	92,3	90,5	84,8	89,2
Andel (%) vuxna med bra eller mycket bra allmänt hälsotillstånd, 2007-2010 (länet)	72	73,0	71,0	69,0	73,0	71,0	72,0	71,0	78,0	73,0	74,0	74,0	75,0	72,0
Andel (%) kariesfria 19-åringar, 2011 (länet)	36,2	49,0	48,0	32,0	31,5	38,0	31,4	37,5	26,3	25,5	37,4	33,8	41,0	37,1

