

En samverkansresa för hälsa

Summering och avstamp, Strategi för hälsa 2017-2023



Innehåll

Hälsa som strategi för att klara välfärdsuppdraget	4
Än mer aktuellt idag.....	4
Samverkansresan i stora drag	6
Från strategi till verkstad	9
Lokal data – gemensam baslinje.....	10
Lära av varandra	13
Dialog utifrån lokal kontext	14
Smart resursanvändning	17
Måluppfyllelse.....	21
Hälsans utveckling	21
Uppföljning av indikatorer.....	22
Måluppfyllelse för barn och ungas hälsa.....	24
Måluppfyllelse för vuxna i arbetsför ålder	31
Måluppfyllelse för äldres hälsa.....	36
Prioritet, angreppssätt och resultat i Sveriges län	40
Uppföljande samtal.....	40
Fyra förflyttningsområden	41
Förflyttning 1: Mer fokus på hälsa i ledningsstruktur och mål.....	41
Förflyttning 2: Nya samverkansformer och kortare vägar till handling.....	46
Förflyttning 3: Fler prövar nytt och inför långsiktigt	48
Förflyttning 4: Det är hela systemets resultat som räknas	51
Lärande från platser som gör skillnad	54
Avstamp för fortsatt arbete	60
Avstamp 1: Förverkliga potentialen!.....	62
Avstamp 2: Systematiken är fortfarande avgörande.....	62
Avstamp 3: Lokalt och regionalt fokus	63
Bilaga 1.....	64

Förord

Alla vet att det är bättre att förebygga än att reparera. Ändå får inte framgångsrikt hälsofrämjande och förebyggande arbete tillräckligt genomslag i ett nationellt perspektiv. Varför då och hur kan vi ändra på det? Vår förhoppning är att den här rapporten kan bidra till ytterligare kraft och incitament till ett aktivt hälsofrämjande och förebyggande arbete som gör skillnad såväl lokalt, regionalt som nationellt. Att agera tidigt i samverkan är smart resursanvändning.

Rapporten vänder sig i första hand till förtroendevalda, chefer och ledare i kommuner och regioner som arbetar för en utvecklad samverkan för befolkningens hälsa. Strategi för hälsa är ett uppdrag som har inriktats på att utveckla kommuners och regioners gemensamma ledning av hälsofrämjande och förebyggande arbete. Skolan, socialtjänsten samt hälso- och sjukvård har varit den främsta mottagaren, men över tid har fler aktörer anslutits för att bredda engagemanget. Ett viktigt steg har varit att ta armkrok med närliggande uppdrag, såsom Nära vård och psykisk hälsa.

Vilka lärdomar drar vi för fortsatt arbete? Rapporten innehåller dels en analys av måluppfyllelsen av överenskomna mål, dels en nulägesbild över hur samverkansarbetet har utvecklats i Sveriges län utifrån ett fokus på prioritering, angreppssätt och resultat. Nu tar vi avstamp för fortsatt arbete. Det är viktigare än någonsin att ha hälsa som strategi för att klara välfärdsutmaningen.

Ett särskilt tack till alla kommuner och regioner som har medverkat i uppföljningsarbetet. Det är i dialogen som vi tillsammans hittar behoven och lösningarna.

Stockholm, juni 2023

Fredrik Lennartsson och Kerstin Evelius

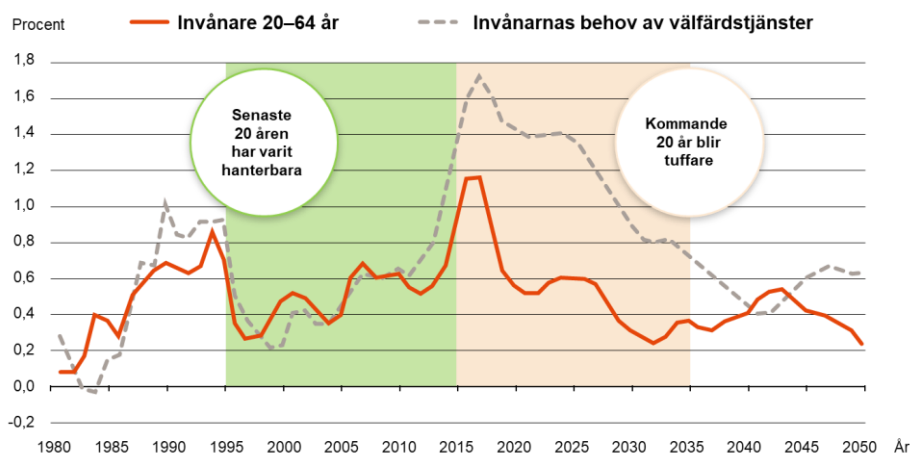
Avdelningen för vård och omsorg

Hälsa som strategi för att klara välfärdsuppdraget

Än mer aktuellt idag

Hälsöfrämjande och förebyggande arbete blir alltmer nödvändigt, dels för att bromsa behovsökningarna som har sin grund i demografiska faktorer, dels för att bidra till ett bättre nyttjande av tillgängliga resurser. Att genomföra tidiga insatser i samverkan mellan relevanta aktörer i välfärden är smart resursanvändning i tider då den hållbara utvecklingen är under press, såväl ekonomiskt och socialt som ekologiskt.

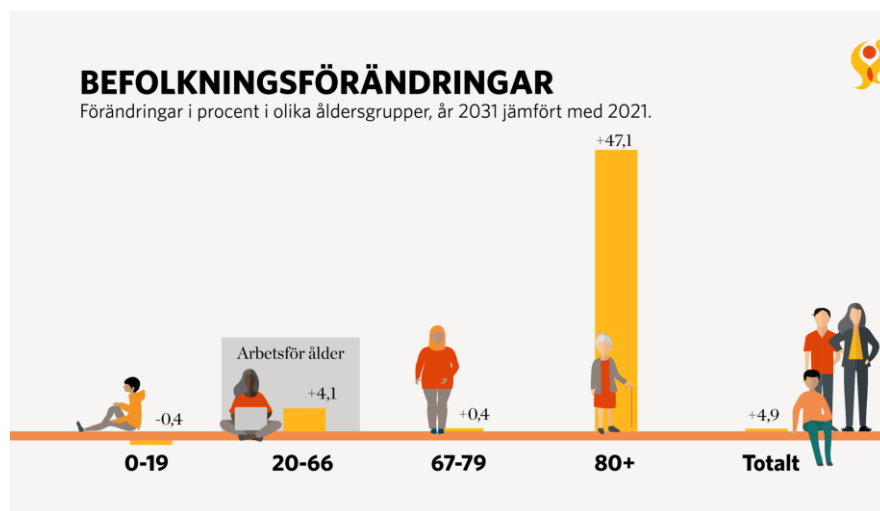
Redan när Strategi för hälsa lanserades nationellt 2017 var den demografiska utvecklingen det främsta skälet. En åldrande befolkning innebär ett ökat behov av välfärdstjänster vilket är en utmaning när gruppen i arbetsför ålder inte ökar i motsvarande utsträckning.



Figur 1 En illustration av den demografiska utvecklingen över tid och det växande gapet mellan invånarnas behov av välfärdstjänster och andelen i arbetsför ålder. Källa: SKR, 2017

Idag är kompetensutmaningen ett faktum i många kommuner och regioner. Mellan 2021 och 2031 förväntas antalet invånare som är 80 år eller äldre öka

med drygt 47 procent, medan ökningen i åldern 20–66 år beräknas till 4,1 procent.



Figur 2 En översikt för befolkningsförändringar utifrån olika åldersgrupper där gruppen som är 80+ ökar kraftigt jämfört med den förvärvsaktiva åldersgruppen mellan 20–66 år. Källa: SKR, 2022.

Värdet av hälsofrämjande och förebyggande arbete kan inte bara värderas i minskade samhällskostnader och minskade behov av vård och omsorg. Att ha ett gott välbefinnande och en god hälsa är så mycket mer än att inte vara sjuk.

För den enskilda människan är hälsan en resurs i vardagslivet som bidrar till ett självständigt och gott liv, samtidigt som resurser frigörs när behov av vård och omsorg skjuts fram. Enligt Världshälsoorganisationen (WHO) är hälsofrämjande arbete den process som ger människor möjligheter att öka kontrollen över sin hälsa och att förbättra den. Såväl den som redan har en god hälsa som den som har en kronisk sjukdom ska kunna bibehålla eller förbättra sin hälsa och uppleva välbefinnande.

Hälsa är att i glädje vara upptagen av sina livsuppgifter (Hans George Gadamer, tysk filosof)

Ett stärkt hälsofrämjande och förebyggande arbete kan bidra i en tid av allmän oro i samhället, ekonomiska påfrestningar och ett säkerhetspolitiskt osäkert läge. Även covid-19-pandemin har aktualiserat vikten av en god hälsa och ett

fungerande samspel mellan olika aktörer på lokal, regional och nationell nivå. Det blev tydligt att det var samma bakomliggande faktorer som ökade risken för att bli smittad eller svårt sjuk, som också påverkade möjligheterna till en jämlik hälsa i befolkningen. SKR har sammanställt kommuners och regioners lärdomar från covid-19-pandemin i följande två rapporter: Att lära av en kris – kommuners och regioners lärdomar från covid-19-pandemin¹, samt För ett motståndskraftigt samhälle – lärdomar under covid-19 synliggör vikten av en god och jämlik hälsa²

Samverkansresan i stora drag

Arbetet med Strategi för hälsa har växt fram i etapper. År 2015 tog SKR:s kongress beslut om att SKR skulle ta fram en sammanhållen långsiktig strategi för framtidens, hälso- och sjukvård och omsorg tillsammans med kommuner, landsting och regioner. Under framtagandet av strategin breddades uppdraget till att omfatta hälsan i befolkningen där välfärdsområdena hälso- och sjukvård, socialtjänst, förskola och skola inkluderades.

Tidigt konstaterades att samverkan mellan välfärdens olika delar är en nyckel för att uppnå målen. En enskild människas liv är inte uppdelat i separata lådor. Människors hälsa och livssituation består av en mängd sammanflätade faktorer och förutsättningar som välfärden, trots sin organisatoriska uppdelning, måste klara av att svara upp mot. Det betyder att en enskild aktör inte kan nå målen utan att samarbeta med andra aktörer som påverkar människors liv och hälsa.

Strategin ingår i SKR:s inriktningsdokument för kongressperioden 2020–2023 där utvecklingen drivs utifrån tre övergripande mål, varav målet Hållbar välfärd och utveckling har direkt koppling till Strategi för hälsa. Ett av de strategiska delmålen är: Kommuner och regioner jobbar tillsammans med Strategi för hälsa för att uppnå strategins mål: En god och jämlik hälsa, God kvalitet samt Hållbart och uthålligt.

Det förväntade resultatet enligt verksamhetsplan 2022 hade fokus på att mål i högre grad behöver leda till uppvisade resultat: Kommuner och regioner som

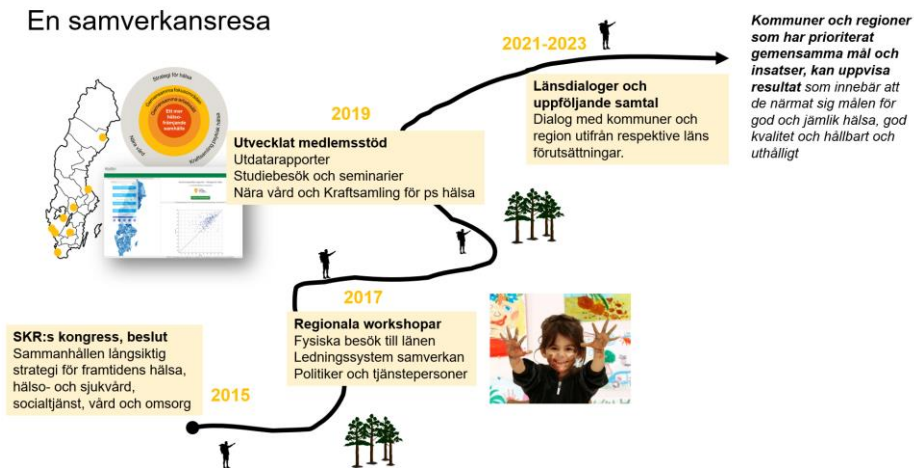
¹ [Att lära av en kris - utvärdering av covid-19 pandemin, SKR 2023 \(länk\)](#)

² [För ett motståndskraftigt samhälle, SKR 2021 \(länk\)](#)

har prioriterat gemensamma mål och insatser, kan uppvisa resultat som innebär att de närmat sig målen för god och jämlik hälsa, god kvalitet och hållbart och uthålligt.

Kommuner och regioner har deltagit i och erbjudits stöd för utveckling av systematiskt samverkansarbete. Följande milstolpar har passerats under arbetets gång:

- 2016 formulerades förslag till mål och indikatorer som sedan diskuterades och förankrades med kommuner, landsting och regioner i länsvisa workshops
- 2017 lanserades Strategi för hälsa genom en nationell konferens med kommun- och regionledningar.
- 2019–2020 utvecklades medlemsstödet genom webbaserade studiebesök till platser som kan uppvisa resultat, Lärande exempel, webbsända seminarier och förbättrade analysrapporter utifrån indikatorerna togs fram. Ett närmare samarbete med angränsande uppdrag som Nära vård och Kraftsamling för psykisk hälsa utvecklades. Särskilda avsnitt om framgångsrikt hälsofrämjande och förebyggande arbete började belysas i Ekonomirapporterna (SKR).
- 2021–2023 genomfördes länsvisa dialoger med kommuner och regioner. Syftet var att utifrån behoven i varje län föra dialog om utvecklad samverkan för främjande och förebyggande arbete samt identifiera prioriterade förbättringsområden. Tio länsdialoger har genomförts. Dialogerna kompletterades våren 2023 med uppföljande samtal med ansvariga tjänstepersoner i de länsvisa ledningsstrukturerna.



Figur 3 Strategi för hälsa har växt fram i etapper

Engagemanget i arbetet med Strategi för hälsa har breddats över tid. En bidragande förklaring är att arbetet allt mer har betonat att främjande och förebyggande arbete är en resurs för att uppnå målen för redan befintliga uppdrag hos kommuner och regioner: Hälsa som strategi för att klara välfärdsuppdraget.

Strategi för hälsa har varit och är en del av en större omställning till mer proaktivt och hälsofrämjande arbete. Utöver närliggande uppdrag som Nära vård och Kraftsamling för psykisk hälsa, finns fler perspektiv som alla betonar vikten av tvärssektoriellt arbete och hållbarhet över tid. De globala målen för hållbar utveckling är en viktig utgångspunkt. Ledningen i kommuner och regioner behöver arbeta aktivt med exempelvis folkhälsa, social hållbarhet och Agenda 2030, barnets rättigheter, jämställdhet och mänskliga rättigheter. Olika horisontella sakområden behöver samordnas för att välfärden ska nå sin fulla potential och tillgodose alla människors grundläggande behov och rättigheter. Genom samverkan mellan kommuner, regioner och andra aktörer, skapas möjligheter att ta sig an komplexa samsamhällsutmaningar som respektive verksamhet inte klarar att hantera på egen hand.

Ett aktuellt exempel är förslaget till en ny socialtjänstlag som lyfter fram hur socialtjänsten bör arbeta mer förebyggande, kunskapsbaserat, jämlikt, jämställt och tillgängligt med brukaren i fokus (Hållbar socialtjänst – en ny socialtjänstlag, SOU 2020:47)



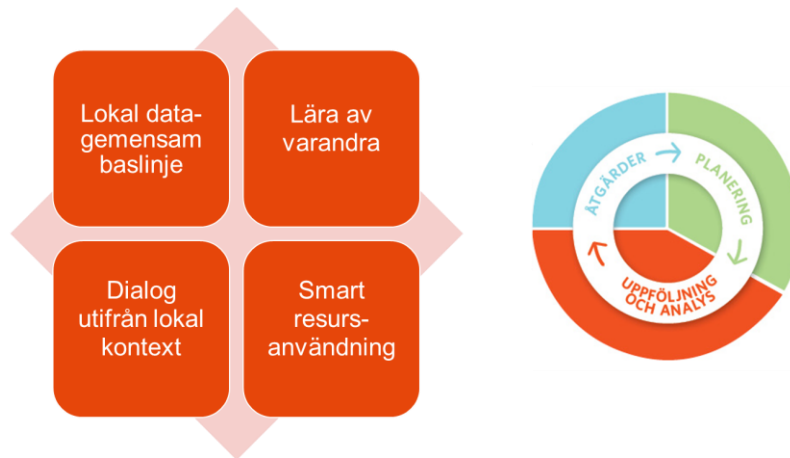
Figur 4 Samordnat och hållbart. Ett mer hälsofrämjande samhälle är i fokus för många aktuella uppdrag.

Från strategi till verkstad

Över tid har arbetet med Strategi för hälsa utvecklats till former för handfast stöd till att bedriva en gemensam verkstad hos kommuner och regioner. Arbetet har organiserats i fyra stödområden:

- Lokal data – gemensam baslinje
- Lära av varandra
- Dialog utifrån lokal kontext
- Smart resursanvändning

En bottenplatta för alla fyra stödområdena har varit systematiken i planering, uppföljning och analys och åtgärder.



Figur 5 Fyra stödområden för verkstad

Enligt en medlemsenkät om folkhälsoarbete i kommuner och regioner som genomfördes hösten 2022 känner en stor del av kommunerna (69 procent) och regionerna (18 av 20) till att SKR arbetar med Strategi för hälsa. Av kommuner och regioner som använder det stöd som tagits fram, anger de flesta kommunerna (85 procent) att det är bra eller mycket bra, men av regionerna svarar endast 8 av 20 att stödet är bra eller mycket bra.

Lokal data – gemensam baslinje

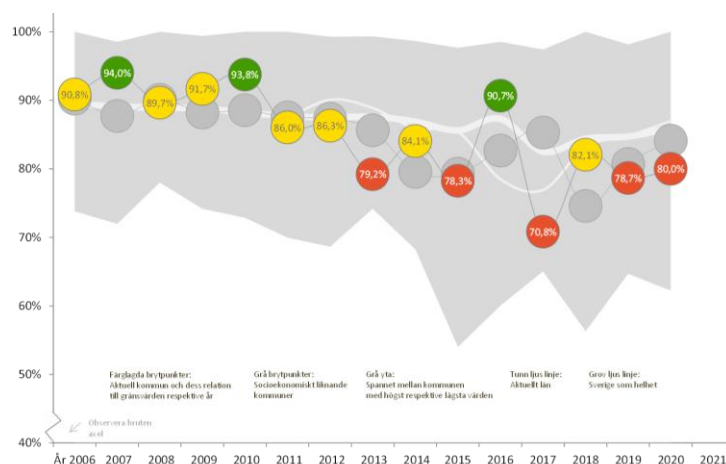
Kommun- och regiondatabasen Kolada har funnits med från starten i arbetet med Strategi för hälsa. Här finns en särskild tabell med samtliga indikatorer och deras resultat. Kommuner och regioner kan ta fram sina resultat och jämföra med andra kommuner och regioner över tid. Det finns även möjlighet att jämföra sig med andra kommuner och regioner utifrån län, storlek eller socioekonomisk befolkningsstruktur.

För att ytterligare underlätta analyser och tolkning av resultat på kommunal nivå har specifika utdatarapporter tagits fram som baseras på indikatorerna i Strategi för hälsa. Rapporterna har uppdaterats årligen. Syftet med rapporterna är att ge kommuner och regioner ett gemensamt resultat- och analysunderlag som möjliggör jämförelser och illustrerar trender över tid på ett lättillgängligt sätt. Dessa utdatarapporter kan användas för att kommunicera resultat och skapa engagemang.

Resultaten i SKR:s medlemsenkät för folkhälsa visar att närmare hälften av kommunerna och regionerna använder sig av kommunrapporterna. De kommuner och regioner som använder dem är mycket nöjda med dem (87 procent av kommunerna som använder dem samt alla regioner som använder dem).

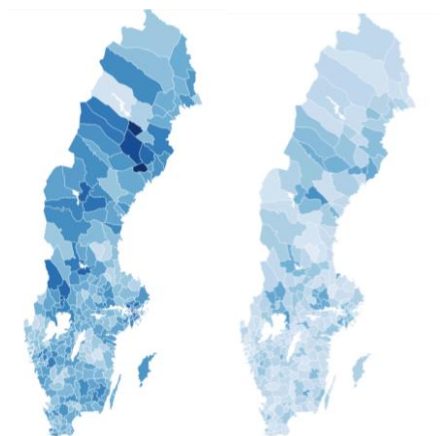
Varje målområde presenteras med en översikt av kommunens resultat och är uppdelad på kvinnor och män. Därefter visas diagram för kommunen för varje indikator tillsammans med resultatet för länet/regionen och riket, min- och maxvärden för alla kommuner, samt ett genomsnitt för kommuner med liknande socioekonomisk struktur.

Nedan finns ett exempel på linjediagram ur en kommunspecifik rapport utifrån indikatorn elever i åk 9 som är behöriga till yrkesprogram. De färgade punkterna visar utvecklingen av kommunens resultat i relation till alla kommuner (samma färgsättning som i Kolada). De grå brytpunkterna är utvecklingen över tid för socioekonomiskt liknande kommuner, grov ljus linje är Sverige som helhet och den tunna ljusa linjen är länet. Genom att sätta den lokala utvecklingen i relation till utvecklingen med riket, länet och jämförbara kommuner har målsättningen varit att öka användbarheten och bidra till lokal analys. Tre av fyra kommuner och samtliga regioner anger i medlemsenkäten att det finns ett samarbete mellan kommun och region angående statistiken.

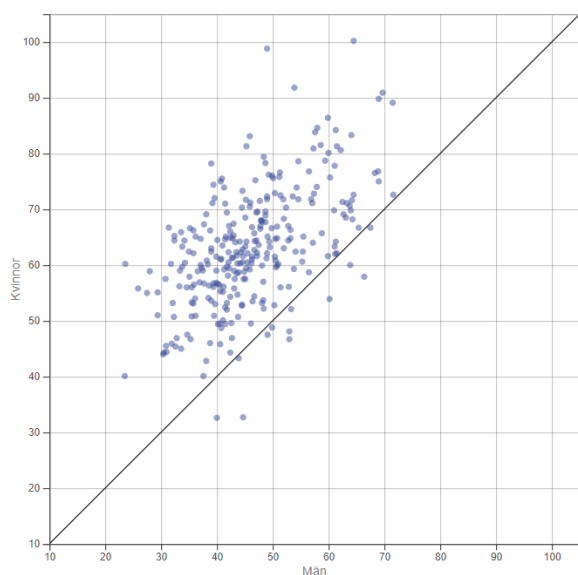


Figur 6 Exempel på en kommuns utveckling utifrån indikatorn elever i åk 9 som är behöriga till yrkesprogram, hemkommun, andel (%).

Ett ytterligare sätt att illustrera skillnader, och då mellan flickor/pojkar och kvinnor/män, är spridningsdiagram och kartor. Ett tydligt exempel med stora lokala skillnader och som dessutom har en tydlig skillnad mellan kvinnor och män är fallskador bland personer 80 år och äldre.



Figur 7 Lokala skillnader i förekomst av fallskador bland personer 80+, 3 årsmedelvärde, antal per 1000 invånare. Kartorna visar en högre förekomst hos kvinnor (vänster karta) i jämförelse med männen (höger karta)



Figur 8 Spridningsdiagram för fallskador bland personer 80+, 3-årsmedelvärde, antal per 1 000 invånare. Skillnader illustreras genom att åskådliggöra Sveriges kommuner (prickar) i relation till skillnad mellan kvinnor och män.

Fördjupande seminarier har genomförts för att visa på konkreta sätt att arbeta systematiskt med lokal data. De har handlat dels om systematiskt analys- och tolkningsarbete, dels om hur förebyggande arbete i samverkan kan vara ett angreppssätt för att skapa effektivitet och kvalitet med tillgängliga resurser.

Några seminarier har även visat exempel på hur kommuner och regioner samarbetar kring gemensam statistik. Ett lärande exempel som lyfts fram är Statistikgruppen i Örebro län som samlar kommuner, regionen och idrottsrörelsen (RF-SISU) för att gemensamt analysera och utveckla arbetet med folkhälsodata. Analysverkstäder har genomförts utifrån prioriterade temaområden: måluppfyllelse i skolan, åldrande med livskvalitet, inkluderande arbetsliv, trygghet samt barnfattigdom. Ett annat exempel är utvecklingen av Områdesprofiler i Östergötlands län – ett webbaserat verktyg där statistik om befolkningen presenteras på ett samlat sätt för varje vårdcentralområde. Vårdcentralerna i Östergötlands län har ett utökat områdesansvar och områdesprofilerna är ett stöd för uppdraget. Kommuner och regioner har även erbjudits särskilda kurser för tolkning och användning av statistik i förbättringsarbete, vilket det finns en kontinuerlig efterfrågan på.

Lära av varandra

Strategi för hälsa har genomfört webbsända studiebesök till platser runt om i Sverige för att belysa framgångsrikt lokalt samverkansarbete. Merparten har sammanställts som lärande exempel och finns samlade på SKR:s webbplats.

Sammantaget har 16 studiebesök genomförts. Ett kriterium för urvalet av platser för studiebesök har varit att det ska finnas en systematik för befolkningsinriktat arbete som ger resultat över tid. Rubriken för detta har varit Stolt samverkan. Den sammanfattar tre påståenden som har funnits med i introduktionen vid samtliga tillfällen:

- Vi vet vad vi vill!
- Vi gör tillsammans!
- Vi ser resultat!

Reflekterande workshoppar (så kallade knytkalas) har genomförts med de aktörer som har medverkat på studiebesöken. I följande kapitel presenteras de medverkandes bedömningar av vilka ingredienser som behövs för ett framgångsrikt hälsofrämjande och förebyggande samverkansarbete.

En sökning på användarstatistik på webben visar att de lärande exemplen som tagits fram inom Strategi för hälsa har laddats ner i genomsnitt cirka 250 gånger. Enligt SKR:s medlemsenkät om folkhälsoarbete anger kommuner och regioner som har tagit del av de lärande exemplen att de är mycket nöjda. Däremot är det totalt sett relativt få som nås av dem. Det finns därmed en potential att nå fler för att få större spridning av goda erfarenheter.

Strategi för hälsa har medverkat kontinuerligt på större nationella mötesplatser och konferenser där ledning för samverkan mellan kommuner och regioner samlas. Några exempel är Socialchefsdagarna, KOMMEK, Skolriksdagen, Mötesplats social hållbarhet, Vitalis, International Forum on Quality and Safety in Health Care samt arrangemang inom ramen för Nära vård och Kraftsamling för psykisk hälsa. Utvecklingsledare från kommuner och regioner som stödjer utvecklingen av Nära vård har erbjudits återkommande kurser i utvecklingsarbete. Ett viktigt fokus har varit verktyg och metodik kring hela processen från behovsanalys till uppföljning av genomfört arbete. Kursen har genomförts ett 20-tal gånger under perioden och blandningen av utvecklingsledare från både kommuner som regioner har uppskattats för att det gett möjlighet att lära av varandra och skapa förutsättningar för samarbeten.

Dialog utifrån lokal kontext

Kontinuerlig dialog mellan SKR, kommuner och regioner utifrån lokal kontext har varit en viktig strategi för att åstadkomma ett behovsanpassat stöd utifrån kommuners och regioners gemensamma fokus. Kommuner och regioner var delaktiga i framtagandet av Strategi för hälsa och dess mål och indikatorer. Dialogen har fortsatt under genomförandet och vid ett antal tillfällen har kommuner och regioner i samtliga län erbjudits tillfällen till dialog:

2016-2017	Regionala workshops
2019	Intervjuer med länens RSS-kontaktpersoner
2021	Länsdialoger
2023	Uppföljande samtal

2016–2017 genomfördes länsvisa konferenser eller workshops med kommun- och regionledningar. Ett viktigt syfte var att diskutera och förankra utkast till mål och indikatorer samt lokala/regionala resultat för strategi för hälsa. Ett annat syfte var att förmedla ett tydligt *varför* Strategi för hälsa behövs genom att exemplifiera hur många invånare som berörs, det vill säga en omräkning av

målen och statistiken till ett faktiskt antal i en kommun. Ett mål kan till exempel omsättas lokalt till att 13 färre små barn ska utsättas för tobaksrök i hemmet. År 2017 lanserades Strategi för hälsa på en nationell konferens för kommun- och regionledningar.

Under 2021–2023 har SKR erbjudit en möjlighet att genomföra länsdialoger med förtroendevalda och chefer som har en roll i samverkan mellan kommunerna och regionen i ett län. Syftet har varit att föra dialog om utvecklad samverkan för främjande och förebyggande arbete, samt prioriterade förbättringsområden. Det blev också ett tillfälle för att utbyta erfarenheter och lyfta fram lärande exempel.

Länsdialogerna har genomförts på ett behovsanpassat sätt utifrån varje läns förutsättningar. Det har inneburit att temat och innehållet har skilt sig åt mellan länen, vilket har varit ett uppskattat arbetssätt. 11 län har genomfört en länsdialog. Chefer och medarbetare från SKR:s olika avdelningar inom SKR har medverkat.



Figur 9 Exempel på lokala inbjudningar till länsdialog

Följande teman har varit i fokus för genomförda länsdialoger:

- Nära vård möter folkhälsa och regional utveckling (4 län)
- Hälsa genom hela livet (3 län)
- Samverkan för minskade hälsoskillnader (2 län)
- Barn och unga (psykisk hälsa/levnadsvanor) (2 län)

Genom länsdialogerna framkom behov och utmaningar där det även efterlyses mer nationellt stöd, till exempel när det gäller former för långsiktig och

gemensam finansiering av hälsofrämjande och förebyggande arbete. Många län har framgångsrika exempel som har potential att nå större genomslag om de sprids och anpassas till kontexten inom respektive län eller nationellt. Det uttrycks också behov av en mer samlad samverkan utifrån gemensamma samhällsutmaningar snarare än att ta sig an styckvisa sakfrågor. Hälsofrämjande och förebyggande arbete skapar positiva synergier för många aktörer, sakområden och initiativ.

Län	Regional workshop	Länsdialog	Uppföljande samtal
Blekinge	✓	✓	✓
Dalarna	✓		✓
Gotland	✓	✓	✓
Gävleborg	✓		✓
Halland	✓		
Jämtland	✓		✓
Jönköpings län	✓	✓	✓
Kalmar län	✓	✓	✓
Kronoberg	✓		✓
Norrbottnen			✓
Skåne	✓		✓
Stockholms län			
Södermanland	✓		✓
Uppsala län	✓		✓
Värmland	✓	✓	✓
Västerbotten	✓	✓	
Västernorrland	✓	✓	
Västmanland	✓	✓	✓
Västra Götaland	✓		✓
Örebro län	✓	✓	✓
Östergötland		✓	✓

Figur 10 Översikt för genomförda regionala workshops, länsdialoger och uppföljande samtal

Andra viktiga ytor för dialog har varit nätverket för kontaktpersoner inom regionala samverkans- och stödstrukturer (RSS), nätverket för regionernas folkhälsochefer, nätverket för strategiskt folkhälsoarbete i kommunerna samt de

olika chefsnätverk som finns samlade inom socialtjänst, skola och hälso- och sjukvård.

Smart resursanvändning

Att genom samverkan mellan kommuner och regioner agera tidigt är smart resursanvändning. Därför har särskilda avsnitt om vikten av förebyggande arbete funnits med i SKR:s Ekonomirapport sedan våren 2019. Behov, utmaningar och handfasta exempel från olika delar av landet har belysts. Syftet har varit att bidra till ett större genomslag och spridning av förebyggande och hälsofrämjande arbetssätt som har gett goda resultat för såväl befolkning som ekonomi.

Strategi för hälsa, Nära vård och Kraftsamling för psykisk hälsa har gemensamt arbetat fram underlag och genomfört webbsända seminarier i samband med att Ekonomirapporten har släppts. I en särskild skrift, *Förebygga eller reparera? Ekonomi och hälsa*³, finns avsnitten från Ekonomirapporten samlade tillsammans med en summering av följande framgångsfaktorer:

- Det finns långsiktiga mål över huvudmannagränser som utgår från befolkningens behov
- Pröva nytt och möjliggör samtidigt för ett långsiktigt arbete
- Involvera målgruppen/invånarna och följ upp utfallet kontinuerligt.
- Bygg in generella och riktade insatser i befintliga verksamheter och mötesplatser.
- Skapa samsyn om att disponera medel över organisations- och huvudmannagränser.

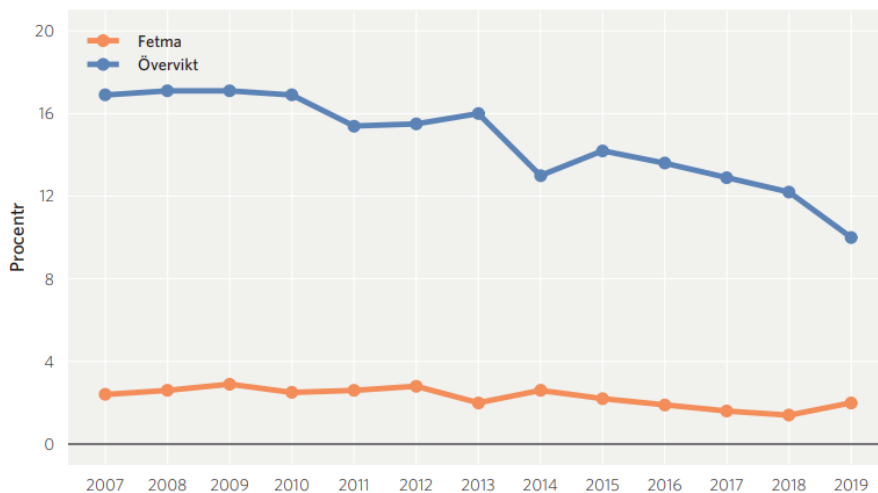
Nedan redogörs för två exempel som presenterats i Ekonomirapporten: Salutsatsningen i Västerbotten och Primärvårdens befolkningsinriktade arbete i fem regioner.

³ [Förebygga eller reparera? Ekonomi och hälsa, SKR \(länk\)](#)

Salutsatsningen i Västerbotten

Salutsatsningen – en hälsofrämjande satsning för barn och ungdomar i Västerbotten, initierades år 2005. Syftet är att alla barn och ungdomar 0–18 år ska nås av hälsofrämjande insatser under hela uppväxten, med början hos de blivande föräldrarna under graviditeten. Befintliga insatser stärks och nya utvecklas och införs för olika åldersgrupper i syfte att förebygga ohälsa (psykisk ohälsa, övervikt/fetma och karies), samt främja trygga och goda uppväxtvillkor.

Salutsatsningen motiverades av alarmerande rapporter, bland annat om övervikt/fetma redan hos fyraåringar. Den oroande nationella utvecklingen av övervikt och fetma kan kontrasteras mot Västerbottens län där förekomsten hos fyraåringar gradvis minskat mellan åren 2007 och 2019. Starten av denna minskning sammanfaller i tid med att Salutsatsningen nått länsspridning för blivande föräldrar och förskolebarn. En uppföljning under pandemi-åren är på gång.



Figur 11 Utveckling för övervikt och fetma hos fyraåringar i Västerbotten 2007-2019.

Satsningen har fått sitt namn från ordet salutogen som innebär ett hälsofrämjande förhållningssätt, då en grundtanke är att främja processer som ger barn och deras föräldrar en möjlighet att öka kontrollen över sin hälsa och förmåga att förbättra den. Studier visar att ett högt kroppsmasseindex (Body Mass Index, BMI) under unga år ofta följer med upp genom livet och medför

högre samhällskostnader på grund av sjuklighet, mer vård och produktivitetsförlust under vuxen ålder

Primärvårdens befolkningsinriktade arbete

SKR:s uppdrag Nära vård och Strategi för hälsa har tillsammans med Nätverket för hälsofrämjande hälso- och sjukvård (HFS) koordinerat ett erfarenhetsutbyte mellan regioner vars primärvård har påbörjat ett tydligare befolkningsinriktat arbete med ett förstärkt geografiskt uppdrag. I regionerna för Jönköpings län, Stockholm, Uppsala län, Västra Götaland och Östergötland pågår arbete för att knyta samman hälso- och sjukvårdens roll i det förebyggande och hälsofrämjande arbetet tillsammans med kommuner, civilsamhälle och andra aktörer i lokalsamhället.

De fem regionerna har ett gemensamt syfte i att genomföra hälsofrämjande och förebyggande insatser för god och jämlik hälsa, bland annat genom att öka tillgängligheten till hälso- och sjukvården utifrån ett socioekonomiskt perspektiv. De ekonomiska resurser som är avsatta används till aktiviteter inom förbättringsområden som exempelvis hälsokommunikation med nyanlända, psykisk hälsa och förbättrad samordning av arbetet genom särskilda samordningspersoner. Flera regioner utvecklar också nya sätt att presentera befolkningsanalyser genom samlad områdesstatistik.

Att pröva nya arbetssätt i samverkan mellan hälso- och sjukvård och det omgivande samhället är ett handfast sätt att få ytterligare kraft i omställningen till en god och nära vård. Sammantaget har erfarenhetsutbytet fokuserat på uppdrag, stödstruktur, samverkan med andra aktörer i närområdet, aktiviteter och uppföljning. Under våren 2023 genomfördes en workshop med temat Vad är primärvårdens uppdrag? – Så kan vi stödja det befolkningsinriktade arbetet. Utgångspunkten var de nya skrivningarna i hälso- och sjukvårdslagen som pekar på att primärvården ska tillhandahålla befolkningsinriktade insatser. Team från alla Sveriges län med tjänstepersoner som har ansvar för ledning, styrning och utveckling av primärvård deltog. Erfarenhetsutbytet fortsätter och har även börjat omfatta den kommunala primärvården.

Lärdomar för fortsatt arbete

- Den nationella nivån behöver underlätta för hur kommuner och regioner gemensamt kan lära av redan fungerande arbete. Generella arbetssätt kan nå större genomslag om de anpassas utifrån en lokal kontext.
- Det behövs ett mer utvecklat nationellt arbete för samhällsekonomisk analys och uppföljning av hälsofrämjande och förebyggande arbete.
- Hur kan verksamheter i högre grad nå alla grupper av invånare i det hälsofrämjande och förebyggande arbetet? Påverkbara skillnader behöver lyftas fram och följas upp utifrån ett jämlikhets- och jämställdhetsperspektiv.
- Verka för långsiktig finansiering av hälsofrämjande och förebyggande arbete, till exempel genom generella eller klustrade statsbidrag för gemensamma insatser hos kommuner och regioner.
- Myndigheters instruktioner och uppdrag behöver samordnas och bättre ta hänsyn till andra närliggande uppdrag.

Måluppfyllelse

Hälsans utveckling

Det är glädjande att några av de viktigaste förutsättningarna för befolkningens hälsa har förbättrats. Samtidigt finns det områden där utvecklingen har avstannat eller till och med gått bakåt.

Medellivslängden och den självskattade hälsan har förbättrats över tid i Sverige, tillsammans med en minskad dödlighet i de vanligaste sjukdomarna som hjärtinfarkt, stroke och cancer. Det syns även en tydligt minskning av riskkonsumtion av alkohol och droger bland vissa befolkningsgrupper, samt minskad tobaksrökning i hela befolkningen. Samtidigt är förekomsten av negativa hälsoutfall och riskabla levnadsvanor vanligare hos personer med lägre socioekonomisk position i jämförelse med personer i högre socioekonomiska positioner. Sambandet gäller särskilt för kvinnor.

Hälsan har inte förbättrats för alla. Skillnaderna mellan olika grupper av flickor, pojkar, kvinnor och män i olika socioekonomiska positioner visar sig genom hela livet och påverkas av en rad risk- och skyddsfaktorer som uppväxtförhållanden, skola, arbete och boendemiljö. Ett exempel är ekonomisk standard. Här syns en förbättring i de allra flesta befolkningsgrupperna, samtidigt som skillnaderna har ökat.





Ett ytterligare exempel är utbildningsnivån som ofta används som en markör för socioekonomiska skillnader bland kvinnor och bland män. Gruppen med kort utbildning har haft en negativ utveckling gällande hälsa under de senaste åren, samtidigt som gruppen har ändrats i både storlek och sammansättning. Utbildning ger inte i sig en bättre hälsa, men en längre utbildning ger bättre möjligheter till självförsörjning och förutsättningar att kunna påverka sitt liv gällande exempelvis boende och levnadsvanor. Här har såväl staten som regioner och kommuner möjlighet att samarbeta kring kompensering insatser för utsatta grupper, i kombination med generella satsningar för hela befolkningen.

Uppföljning av indikatorer

Strategi för hälsa innehåller 22 mål och indikatorer som sätter fokus på behovet av ett utökat hälsofrämjande och förebyggande samverkansarbete för befolkningens hälsa. Sveriges viktiga välfärdsverksamheter – förskola, skola, socialtjänst och hälso- och sjukvård – har stora möjligheter att påverka utvecklingen tillsammans med andra samhällsaktörer. Många av indikatorerna används inom en rad verksamhetsområden och valdes för att spegla hur kommuner och regioner kan göra gemensam skillnad inom målområdena En god och jämlik hälsa, God kvalitet, samt Hållbart och uthålligt.

Målen i Strategi för hälsa är framtagna tillsammans med kommuner och regioner och de indikatorer och mått som tillhör målen är valda utifrån vad som redan är insamlat och jämförbart över hela landet. Även om målen bara innebär en höjning på några få procentenheter på nationell nivå kan det finnas behov av större förbättringar på lokal och regional nivå. Varje mål behöver brytas ned och anpassas till respektive kommuns och regions förutsättningar och nuvarande nivåer.

Bilden på nästa sida syftar till att få en översikt över hur mål och indikatorer har förändrats över tid. Färgerna indikerar måluppfyllelse på följande sätt:

-  Målet är nått eller överträffat
-  Närmare målet eller oförändrat
-  Försämring
-  Elevupplevelsers indikatorer har ändrats så där finns inga jämförelser över tid och de har därför fått vit färg.

Dessutom finns det stora geografiska skillnader mellan regioner och mellan kommuner, skillnader mellan kön samt mellan olika socioekonomiska grupper. För en mer detaljerad översikt av resultaten se Bilaga 1.

Indikatorer måluppfyllelse

Strategi för hälsa

God och jämlik hälsa



Hållbart och uthålligt



God kvalitet



Figur 12 En översikt för måluppfyllelsen av 22 indikatorer utifrån tre målområden – god och jämlik hälsa, god kvalitet samt hållbart och uthålligt

Många indikatorer och resultat som rör befolkningens hälsa har ett starkt samband med socioekonomiska faktorer såsom utbildningsnivå och inkomst. Det är viktigt att strukturella och organisatoriska olikheter beaktas när resultaten tolkas. Därför har Kolada och SKR:s kommunspezifika rapporter tagit med jämförbara resultat för kommuner med en liknande socioekonomisk befolkningsstruktur. Vid uppföljning av mål är det inte bara angeläget att genomsnittet blir bättre, utan att skillnaderna också ska minska inom och mellan kommuner, inom och mellan regioner samt mellan olika socioekonomiska grupper av flickor, pojkar, kvinnor och män.

Målområdet En god och jämlik hälsa påverkas av att olika grupper av kvinnor och män i befolkningen har olika strukturella livsvillkor, levnadsförhållanden och levnadsvanor som sinsemellan påverkar varandra. Dessa villkor och förhållanden behöver beaktas i främjande, förebyggande och behandlande åtgärder behöver beakta inom hela välfärdssektorn. Resultaten har dessvärre inte förbättrats nämnvärt och de innehåller såväl könsskillnader som socioekonomiska skillnader. Dessutom är det ofta samma grupper av personer med lägre social position som utsätts för många olika riskfaktorer. Det gör att

effekten av ytterligare en faktor ofta blir starkare eftersom riskfaktorer tenderar att förstärka varandra.

Utbildningsnivå används ofta som socioekonomisk markör. Fördelningen av andelarna av utbildningsgrupper och gruppernas sammansättning har dock förändrats över tid. Till exempel utgör gruppen med förgymnasial utbildning idag endast 15 procent av befolkningen jämfört med cirka 40 procent för några decennier sedan.

Målområdet God kvalitet speglar den egenupplevda erfarenheten av skola, äldreomsorg, daglig verksamhet, gruppboende och primärvård hos elever, brukare och patienter. Här finns en mer positiv utveckling, men med stora skillnader mellan kommunerna.

Målområdet Hållbart och uthålligt handlar om livsvillkor men även om hur befolkningen mår och lever. Medellivslängden ökar men det finns fortfarande stora skillnader i såväl livslängd som upplevd hälsa. Det är vanligare att personer med låg socioekonomisk position dör före 65 års ålder, och det är särskilt tydligt bland kvinnor.

I nedanstående avsnitt är målen och resultaten uppdelade utifrån ett livscykelperspektiv: barn och unga, vuxna i arbetsför ålder, samt äldre. Det överensstämmer väl med hur samverkansstrukturerna i länen har organiserat sitt arbete.

Måluppfyllelse för barn och ungas hälsa

Måluppfyllelsen presenteras övergripande och ur ett livscykelperspektiv. De ingående indikatorerna för barn och ungas hälsa inkluderar livsvillkor och levnadsförhållanden, skolbarn och elevupplevelser.



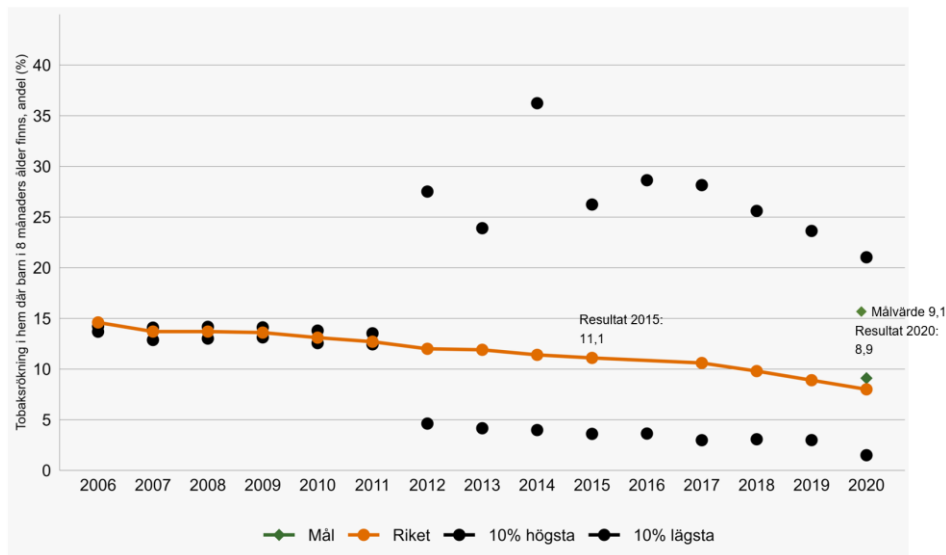
Figur 13 Övergripande illustration för måluppfyllelsen av mål - barn och ungas hälsa

Det mål som har uppnåtts är barns utsatthet för tobaksrök i hemmet, men det finns stor spridning mellan kommuner och mellan regioner som troligtvis beror på den socioekonomiska strukturen i befolkningen.

Även målen kring barn i ekonomiskt utsatta hushåll, behörighet till gymnasieskolan, samt nått examen i gymnasieskolan har förbättrats något, dock inte tillräckligt utifrån förhoppningarna då målen sattes år 2017. Även inom dessa mål finns stora geografiska och socioekonomiska skillnader samt könsskillnader. För en mer detaljerad översikt om resultaten se Bilaga 1.

Livsvillkor och levnadsförhållanden påverkar barns utsatthet för tobak och karies

Det går att kompensera för olikheter i livsvillkor och levnadsförhållanden, men det tar tid. Ett exempel på utveckling över tid är att tobaksrökningen har minskat rejält i hem där det finns 8-månaders barn. Det nationella målet för indikatorn är uppnått. Samtidigt visar mätningar att det fortfarande finns stora skillnader mellan olika kommuner, trots att det har skett en minskning bland de kommuner där det var vanligast förekommande med tobaksrökning. Bilden nedan visar nedgången i tobaksrökningen runt barnen. Samtidigt illustreras skillnaderna genom ett genomsnitt av resultaten för de 10 procenten av kommunerna som ligger högst respektive lägst.



Figur 14 Förekomst av tobaksrökning i hem bland 8-månaders barn under perioden 2006 till 2020. Utgångsresultatet år 2015 och målet är utsatt i grafen.

Antalet kariesfria 3-åringar är oförändrad på riksnivå. Vissa grupper är dock mer drabbade än andra. Socialstyrelsen har gjort en fördjupad studie om karies bland olika åldersgrupper ⁴. Den visar att det finns ett samband mellan karies och hur länge barn i 6-årsåldern har bott i Sverige – ju längre tid i Sverige desto större andel kariesfria barn. Samma undersökning visar ett tydligt samband med föräldrars socioekonomi. Skillnaderna mellan de som har bäst och sämst munhälsa har ökat.

Under senare år har Rikshandboken i barnhälsovård om barn och tobak ⁵ som beskriver barnhälsovårdens arbete med barn och tobak blivit en vägledning för fortsatt utveckling. Även regionernas system för kunskapsstyrning har bidragit genom etableringen av en nationell arbetsgrupp om levnadsvanor. En annan satsning som har fått fäste i stora delar av landet är utökade hembesöksprogram där kommunen och regionen samarbetar i områden där det bor många med låg socioekonomisk position. De utökade hembesöken görs gemensamt av barnhälsovården och förebyggande socialtjänst och erbjuds oftast till alla

⁴ [Munhälsoutveckling bland barn i förskoleålder. Samspelet mellan barns munhälsa och deras sociala och demografiska bakgrund, Socialstyrelsen, 2022 \(länk\)](#)

⁵ [Rikshandboken i barnhälsovård – barn och tobak, Sveriges Kommuner och Regioner \(länk\)](#)

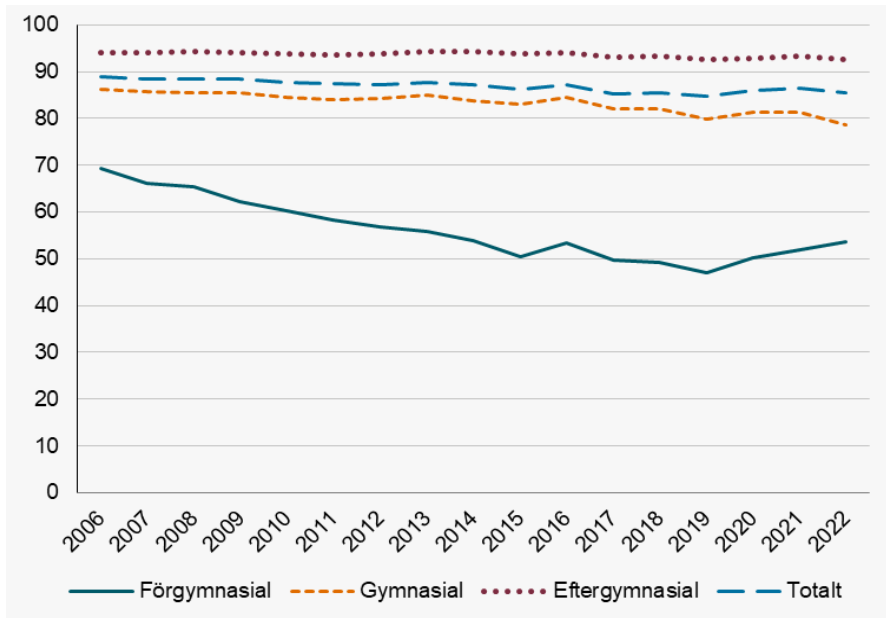
föräldrar som får sitt första barn i Sverige. Levnadsvanor och munhälsa är exempel på områden som har kunnat ges större utrymme genom hembesöksprogrammen. Arbetssättet kan på sikt ge positiva effekter för föräldraskap, relationer mellan föräldrar, minskat våld och ökad trygghet. Men det kan också ge effekter på kariesförekomst, utsatthet för passiv rökning och övervikt. Flera regioners folktandvård har även ett utåtriktat hälsofrämjande arbete för att bibehålla fler kariesfria barn.

I skriften Nära vård för barn och unga – exempel på inspirerande arbetssätt⁶ presenteras 13 exempel på hur nära, främjande, förebyggande, tidigt, samordnat och personcentrerat stöd för barn och unga kan se ut.

Fler når skolans mål och slutför gymnasieskolan med examen, trots stora socioekonomiska skillnader

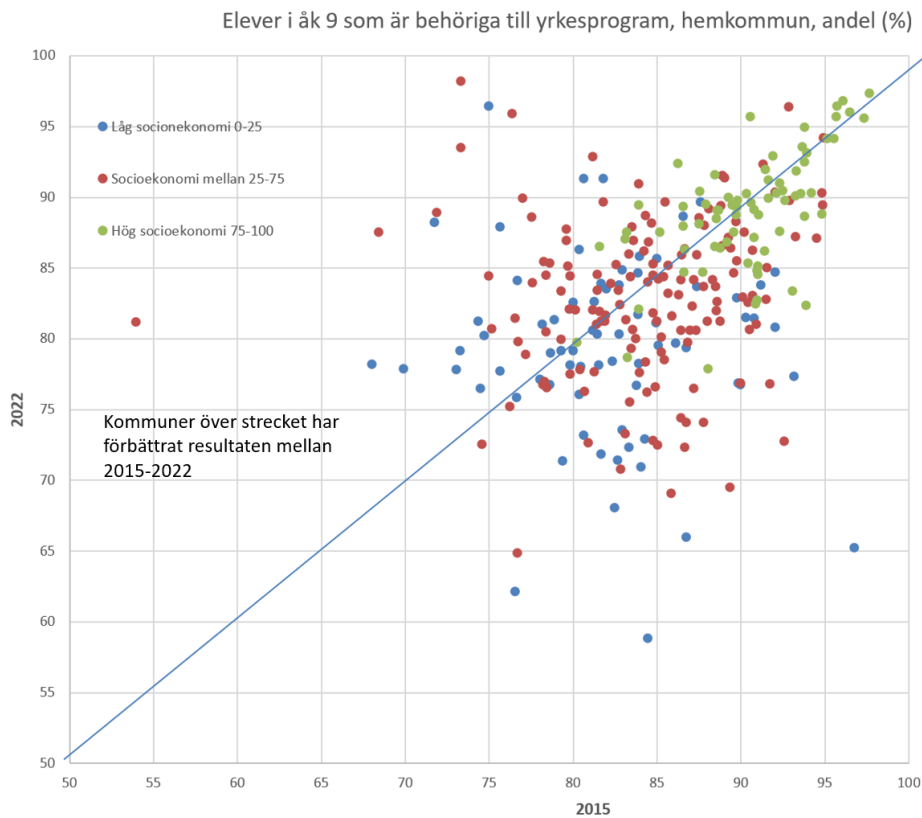
Andelen elever i årskurs 9 som är behöriga till gymnasieskolan har inte förändrats vid jämförelse mellan 2015 och 2022. Trenden har dock gått både ner och upp inom perioden som ofta beror på förändringar i elevsammansättningar. Det finns tydliga könsskillnader då fler flickor är behöriga än pojkar. Detta samvarierar också med socioekonomiska faktorer där föräldrarnas utbildningsnivå och var i världen eleven är född påverkar elevernas behörighet till gymnasieskolan. Dessa skillnader har ökat under perioden. År 2022 blev 93 procent av eleverna behöriga till gymnasieskolan bland de som hade föräldrar med eftergymnasial utbildning, jämfört med endast 54 procent bland barnen som hade föräldrar med förgymnasial utbildning. Det syns dock en ljusning under 2019–2022 där skillnaderna har minskat över tid.

⁶ [Nära vård för barn och unga, Sveriges Kommuner och Regioner, 2022 \(länk\)](#)



Figur 15 Behörighet till gymnasieskolan utifrån föräldrars utbildningsnivå. Efter en negativ utveckling hos föräldrar med förgymnasial utbildning syns en ljusning under 2019-2022. Källa: Folkhälsomyndigheten

Figuren på nästa sida visar hur stor andel av eleverna som är behöriga till gymnasieskolan i samtliga kommuner 2015 i förhållande till 2022. Det socioekonomiska sambandet syns även på kommunnivå där kommuner med stor andel invånare med eftergymnasial utbildning också har fler elever som är behöriga till gymnasieskolan (se färgerna). Bilden visar också att det finns kommuner som trots låg socioekonomisk struktur i befolkningen har lyckats med att få fler elever behöriga till gymnasieskolan.



Figur 16 Diagram över andelen behöriga elever i årskurs 9 som är behöriga till yrkesprogram i samtliga kommuner år 2015 i förhållande till 2022. Kommuner med låg, mellan respektive hög socioekonomi markeras med olika färger.

Ett viktigt steg är att komma in på ett nationellt program på gymnasieskolan – nästa steg är att slutföra det. En något större andel av eleverna slutförde gymnasieskolan med examen 2022 jämfört med 2015, men skillnaderna mellan kommunerna har ökat. Även här syns tydliga mönster beroende på kön, födelseland och föräldrarnas utbildningsnivå. Fler unga kvinnor än män når examen inom gymnasieskolan och det är en betydligt högre andel bland de som har föräldrar med eftergymnasial utbildning jämfört med de som har föräldrar med förgymnasial utbildning (dock är den gruppen mindre idag än för några decennier sedan, se sid 23). Färre barn som varit placerade under hela årskurs 9 har avslutat treårigt gymnasieprogram, men det finns endast uppgifter från cirka hälften av landets kommuner.

Pandemin påverkade förstås skolgången under perioden. De allra flesta flickor och pojkar i grundskolan hade ordinarie skolgång medan gymnasieelever periodvis hade distansundervisning. Det går i nuläget inte att se att pandemin har påverkat studieresultaten negativt, även om det funnits indikationer på kunskapsstapp hos vissa elevgrupper. Samtidigt Det syns också tendenser på andra negativa effekter allt eftersom tiden går. Pandemin har påverkat skolors möjligheter att tillgodose elevers behov av extra anpassningar och särskilt stöd. Skolorna ställde snabbt om till alternativa arbetssätt för att minska risk för olika elever.⁷

Under de senaste åren har det varit ett stort utvecklingsuppdrag på fullföljda studier i många kommuner och cirka hälften av alla kommuner har deltagit i olika utvecklingsområden⁸. Ett av dessa har fokus på att öka möjligheten att eleverna i grundskolan får gymnasiebehörighet och nå examen inom gymnasieskolan. Allt från förebyggande åtgärder såsom lovskolor, tidiga samordnade insatser (TSI) mellan skola och socialtjänst samt ökad närvaro i skolan har genomförts.

En viktigt förutsättning för goda livsvillkor och hälsa genom livet är skälig ekonomisk standard under barndomen. Andelen barn som lever under knappa ekonomiska resurser har minskat under perioden. Skillnaderna mellan kommunerna kvarstår dock och det finns fortfarande mycket stora socioekonomiska skillnader. Vart femte barn bland barn till föräldrar med förgymnasial utbildningsnivå lever under knappa ekonomiska resurser. Liknande skillnader finns bland barn födda utanför Europa jämfört med barn födda i Sverige. Vid en jämförelse med förekomsten av långvarigt låg ekonomisk standard så har det ökat under perioden men mest bland barn till föräldrar med förgymnasial utbildningsnivå.

⁷ [För ett motståndskraftigt samhälle – lärdomar under covid-19 synliggör vikten av en god och jämlik hälsa, Sveriges Kommuner och Regioner \(länk\)](#)

⁸ [Uppdrag fullföljd utbildning, Sveriges Kommuner och Regioner \(länk\)](#)

Lärdomar för fortsatt arbete

- Socioekonomiskt tuffa förutsättningar kan kompenseras genom åtgärder inom exempelvis förskola, skola, fritid för barn och unga och sysselsättning för deras föräldrar.
- Det är angeläget att ta ett samlat grepp kring jämförbara data för barns och ungas livsvillkor, levnadsförhållanden, levnadsvanor och hälsa. Det behövs för kunna följa och jämföra data på lokal, regional och nationell nivå på ett hållbart sätt.
- Samarbetet mellan välfärdsverksamheter som hälso- och sjukvård, förskola, skola och socialtjänst behöver systematiseras i högre grad för att främja barns hälsa, förebygga ohälsa och fånga upp barn som behöver mer insatser.

Måluppfyllelse för vuxna i arbetsför ålder

Måluppfyllelsen presenteras övergripande och ur ett livscykelperspektiv. De ingående indikatorerna för vuxna i arbetsför ålder inkluderar livsvillkor och levnadsförhållanden, brukarupplevelser, patientupplevelser samt hållbart och uthålligt.



Figur 17 Övergripande illustration för måluppfyllelsen av mål – vuxna i arbetsför ålder

De mål som har uppnåtts är medellivslängd och brukar-/patientbedömningar av delaktighet inom LSS samt kontinuitet och upplevt stöd inom primärvården. Det mål som har försämrats är stillasittande i befolkningen vilket på sikt kan påverka såväl upplevd ohälsa och minskad livskvalitet som sjukdomar.

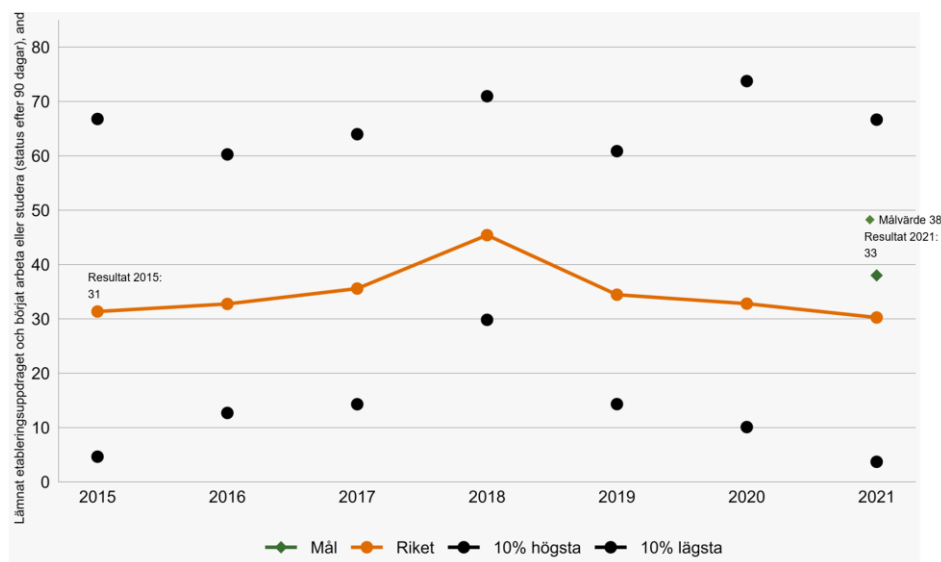
Även målet kring unga som varken arbetar eller studerar har förbättrats, dock inte lika mycket som var förhoppningen år 2017. Inom flertalet mål finns geografiska och socioekonomiska skillnader liksom könsskillnader mellan kvinnor och män. För en mer detaljerad översikt om resultaten se Bilaga 1.

Lokal samordning viktigt för att fånga upp grupper

Det är något fler unga män än kvinnor som varken arbetar eller studerar. Det är också något mer vanligt förekommande i pendlingskommuner och storstäder. Över tid så är det relativt oförändrat. Dock omfattar måttet inte alla unga kvinnor och män eftersom gruppens aktivitet inte återfinns i några register. Det kan finnas många orsaker till att en ung person varken arbetar eller studerar, till exempel längre utlandsresor, utmaningar med utbildning eller hög risk för fattigdom utan kontakt med myndigheter. Därför är det kommunala uppföljningsansvaret viktigt för att urskilja vilka som bör erbjudas lämpliga individuella åtgärder utifrån personens behov.

Resultaten för nyanlända i arbete eller studier var på väg mot målnivån för Strategi för hälsa redan 2018, se figur 18. Därefter har resultaten gått ner. Diagrammet visar även genomsnittet av resultaten för de kommuner som har 10 procent högst respektive lägst resultat. SKR bedömer att spridningen i landet beror på förändringar av Arbetsförmedlingens organisation och arbetssätt med kraftigt minskad lokal närvaro samt begränsad tillgång till personligt stöd från arbetsförmedlare. Även möjligheten till subventionerad anställning i form av extratjänster har minskat. SKR har tillskrivit regeringen om att möjliggöra för kommuner att få en lokalt koordinerande och vägledande roll i etableringsprogrammet för att tillgodose behovet av nära stöd och sammanhållna etableringsinsatser för nyanlända.⁹

⁹ [Brister i samordningsansvaret för nyanländas etablering behöver åtgärdas genom kommunal koordineringsfunktion, Sveriges Kommuner och Regioner, 2020 \(länk\)](#)



Figur 18 Diagram som visar utvecklingen av andel nyanlända i arbete eller studier 90 dagar efter avslutat etableringsprogram.

Det finns goda erfarenheter runt om i landet av att möta gruppens behov genom samverkan mellan region, kommun och andra samhällsaktörer. Ett exempel är satsningar på hälsofrämjande etablering och hälsokommunikation. Det pågår även projekt på öppna förskolor för att få fler barn att börja förskolan, främja språkinTEGRERING samt underlätta utrikesfödda kvinnors etablering på arbetsmarknaden. Tiden för nyanlända kvinnors etablering på arbetsmarknaden är betydligt längre än för nyanlända män. Kvinnors arbetsmarknadsintegration påverkas bland annat av föräldraledighet under den första tiden i Sverige.

SKR och regeringen har kommit överens om en gemensam satsning för att korta vägen till arbete för fler utrikes födda kvinnor med små barn.¹⁰

Ökat systematiskt arbete med brukar- och patientupplevelser av välfärdsverksamheter

Allt fler kommuner deltar i brukarundersökningar och arbetar med systematiskt utvecklingsarbete för att förbättra sin verksamhet utifrån brukarnas egna upplevelser. Resultaten har förbättrats över tid, framförallt inom individ- och familjeomsorgen. Det sker också erfarenhetsutbyten genom de regionala stödstrukturerna för socialtjänst och hälso- och sjukvård (RSS). Två goda

¹⁰ [Överenskommelse för 2023-2025 för att få fler utrikesfödda kvinnor i arbete \(länk\)](#)

exempel finns från Daglig verksamhet i Göteborg samt från LSS-verksamheter i Nässjö. Några av framgångsfaktorerna är att brukarundersökningarnas resultat används kontinuerligt i förbättringsarbete och i brukarråd. Genom ett ökat fokus på tillgänglighet har svarsfrekvensen ökat och politikerna stödjer en verksamhetsutveckling utifrån resultaten.

Även patientupplevelserna i primärvården har förbättrats. Det kompletterar de processmått som redan finns inom primärvården vilket ger en bra bas för utvecklingsarbete. Det finns flera exempel på systematiskt användande av resultat av patientupplevelser och andra kvalitetsindikatorer inom primärvården, bland annat i Sörmland. Ett alltmer etablerat stöd för kvalitetsarbete i den regionala primärvården är PrimärvårdsKvalitet som finns i samtliga 21 regioner och runt 90 procent av Sveriges vårdcentraler har tillgång till systemet. PrimärvårdsKvalitet omfattar kvalitetsindikatorer för lokalt och regionalt förbättringsarbete inom bland annat levnadsvanor, kontinuitet, samsjuklighet och prioritering.

Ett område för utveckling är behovsanalyser för att hitta grupper med behov i befolkningen samt registrering och stöd för levnadsvanor inom primärvården.

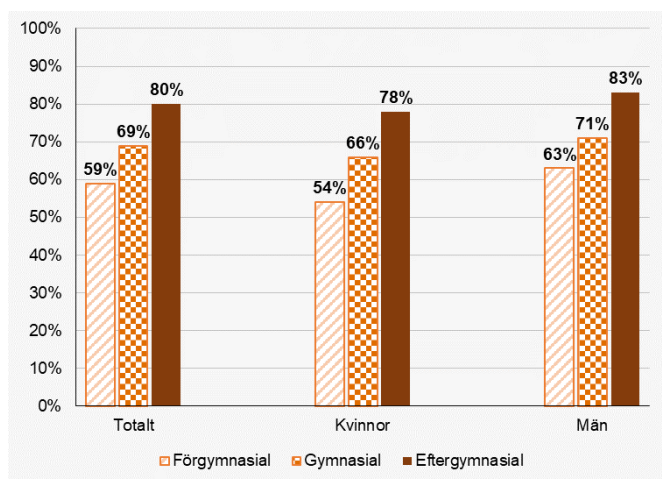
Det hänger ihop – livsvillkor, levnadsvanor, liv och död

Levnadsvanorna bidrar mest till sjukdomsburden i landet eftersom de påverkar risken för många sjukdomar. Levnadsvanorna har i sin tur ett starkt samband med livsvillkoren som både kan underlätta och försvåra för hälsosamma levnadsvanor.

När det gäller stillasittande och fysisk aktivitet i den vuxna befolkningen är utvecklingen paradoxal. Sakta men säkert ökar stillasittandet över tid. Det gäller särskilt män, men det ökar även för kvinnor. Paradoxen är att den fysiska aktiviteten också ökar, vilket ger anledning till reflektion. Hur ser olika befolkningsgruppers vardagsliv ut utifrån ett perspektiv på stillasittande och fysisk aktivitet?. Vid beräkning av index för alla levnadsvanor (stillasittande, fysisk aktivitet, goda matvanor, alkoholkonsumtion och rökning), syns sammantaget en försämring under perioden.

De flesta i befolkningen uppfattar sin hälsa som god och fler bland kvinnor än bland män. Under perioden är den självupplevda hälsan relativt oförändrad även om den förbättrats något sedan 2006. Det finns dock stora socioekonomiska

skillnader. Figur 19 nedan visar skillnader bland kvinnor och män med olika utbildningsnivåer som socioekonomisk markör.



Figur 19 Fördelning av självskattad hälsa i befolkningen utifrån kön och utbildningsnivå.

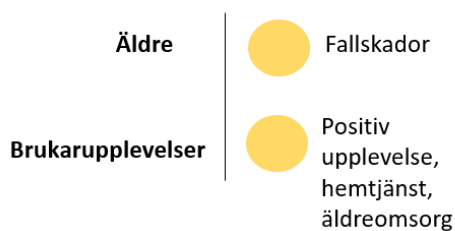
Dessa skillnader återkommer även när det gäller medellivslängden. Det skiljer 3,6 år i medellivslängd mellan kvinnor och män. Männen medellivslängd ökade mer än kvinnornas fram till 2019 vilket medförde att könsskillnaderna minskade. Men skillnaderna i livslängd förklaras mer av socioekonomiska faktorer än av kön. Det skiljer 6,8 år bland kvinnorna med kort utbildningsnivå (där den även minskat över tid) jämfört med kvinnor som har lång utbildningsnivå. Motsvarande skillnader bland män är 5,9 år. Utifrån födelseland finns också skillnader, men inte lika stora. Som mest skiljer det 1,5 år jämfört med de som fötts i Sverige. Dessa ojämlikheter som finns inom levnadsvanor, självskattad hälsa och medellivslängd syntes även utifrån vilka grupper som drabbades av covid-19 både gällande smittade, intensivvårdade och avlidna, framförallt i början av pandemin.

Lärdomar för fortsatt arbete

- Delaktighet och involvering av målgruppen/invånaren är centralt för ett gott resultat och utgör en grund för systematiskt kvalitetsarbete.
- Öka aktivitetsalternativen för unga utan studier eller arbete för att minska risken för ohälsa på sikt.
- Segregation och känsla av utanförskap kan vändas till integration och gemenskap genom målgruppsanpassade åtgärder och ett hälsofrämjande angreppssätt som lyfter olika gruppers behov. För att nå effekt behöver generella åtgärder i välfärdssektorn kunna anpassas i intensitet och utformning där behoven är större.
- SKR:s positionspapper för psykisk hälsa innehåller ytterligare förbättringsbehov.

Måluppfyllelse för äldres hälsa

Måluppfyllelsen presenteras övergripande och ur ett livscykelperspektiv. De ingående indikatorerna för äldres hälsa inkluderar fallskador bland personer 80 år och äldre, samt brukarupplevelse.



Figur 20 Övergripande illustration för måluppfyllelsen av mål – äldres hälsa

Inget av målen har uppnåtts men fallskadorna bland de äldsta (80 +) har fortsatt att minska, mer inom vissa län än andra, vilket beskrivs vidare nedan. Fallskador är mycket vanligare bland kvinnor än bland män och det är framförallt bland kvinnorna som minskningen har skett.

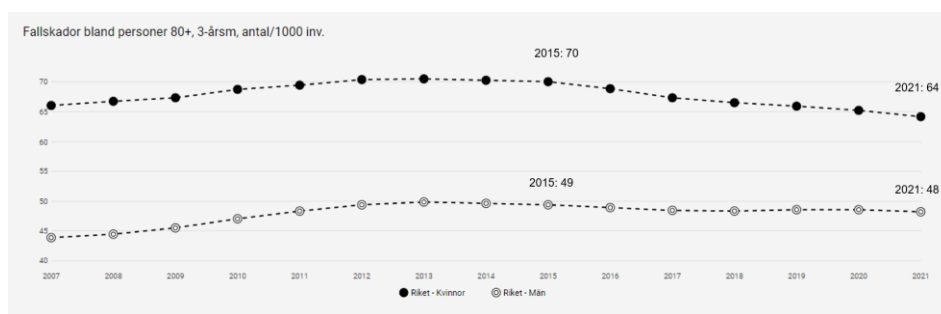
För en mer detaljerad översikt om resultaten se Bilaga 1.

Alla vinner på hälsofrämjande och förebyggande arbete

Som presenterades inledningsvis förväntas antalet äldre invånare över 80 år öka avsevärt inom en tioårsperiod, betydligt mer än invånarna i förvärsaktiv ålder. Mycket tyder på att antalet friska år inte ökar i samma utsträckning. Även om vi håller oss friska högre upp i åldrarna beräknas fler leva med demens, kroniska sjukdomar och psykisk ohälsa. En av nycklarna är ökade insatser inom det befolkningsinriktade hälsofrämjande och förebyggande arbetet. Fler friska levnadsår bidrar till ett självständigt och gott liv långt upp i åldrarna, samtidigt som resurser frigörs när behov av vård och omsorg skjuts fram.

Fallskador är ett område som ofta innebär minskad självständighet och stort lidande. Fallskador leder i regel till behov av mer stöd i vardagen och orsakar stora kostnader för såväl regioner som kommuner. Det är även ett område som går att förebygga.

Fallskador bland 80-åringar som efterföljs av slutenvård drabbar kvinnor betydligt oftare än män. Under perioden har det dock skett en förbättring bland kvinnorna men inte bland männen (se bild nedan). Överlag är några av orsakerna till att äldre (både kvinnor och män) skadar sig i samband med fall jämfört med yngre, att balansen och synen försämras samt att skelettet blir skörare. En förklaring till skillnaderna mellan kvinnor och män kan vara att män faller i lika stor utsträckning men att de inte skadar sig lika mycket. Benskörhet är betydligt vanligare bland kvinnor. De skillnader som syns inom landet kan också påverkas av respektive kommuns åldersstruktur.



Figur 21 Fallskadornas utveckling över tid. Fallen har minskat bland kvinnor, men oförändrat bland män under de senare åren.

Det finns framgångsrika lokala och regionala exempel på breda satsningar som behöver belysas på nya sätt för en större genomslagskraft.

Ett äldrevänligt Hallstahammar

Arbetet för ett äldrevänligt Hallstahammar har belysts i SKR:s Ekonomirapport. Kommunen har redan haft en snabb ökning av antal äldre och utvecklingen fortsätter under kommande år. Därför har man bestämt sig för ett samlat grepp för att senarelägga debutåldern för socialtjänstens insatser. En viktig utgångspunkt är att göra seniorer delaktiga i planering och beslut. Det finns ett sammanhållande team för det förebyggande arbetet som kontinuerligt följer mål och prioriterade nyckeltal.

Exempel på framgångsrika arbetssätt i Hallstahammars kommun:

- Ett brett genomslag av digitala besök. Cirka 30 000 besök hos 4 100 pensionärer har genomförts under 2022. Det finns en digital fixare som ger stöd och hjälp.
- Systematisk uppsökande verksamhet till alla över 75 år tillsammans med väntjänst i samverkan med civilsamhället.
- Förbättrad differentiering av invånarens behov genom samarbete med biståndsbedömare och arbetsterapeut.
- Utveckling av fyra mötesplatser som också är trygghetsboende.
- Aktiviteter alla veckans dagar och gemensamma luncher för alla som vill och kan.
- Förnyelse av anhörigstöd, avgiftsfri kollektivtrafik och äldre gym samt tillgänglighetsarbete i allmännyttan.
- Ett särskilt demensteam som arbetar för en demensvänlig kommun.

Det finns även regioner som har tagit beslut om att bygga upp hälsoprogram för äldre utifrån samma grundstrategier som det nationella barnhälsoprogrammet. Sammantaget är samverkan mellan region, kommun och andra lokala samhällsaktörer en viktig framgångsfaktor.

SKR antog i början av 2023 ett positionspapper (SKR:s ståndpunkter antagna av SKR:s politiska ledning) som omfattar såväl hälsofrämjande arbete gentemot den seniora befolkningen som förebyggande arbete för vissa riskgrupper och åtgärder inom äldreomsorgen. Regeringen har nyligen aviserat en äldresatsning utifrån ofrivillig ensamhet inklusive uppsökande hälsosamtal.

Lärdomar för fortsatt arbete

- Det behövs ett samordnat nationellt arbete för ett hälsosamt åldrande, som samlar och mobiliserar samhällets olika aktörer i syfte att främja äldres välbefinnande och sociala deltagande i samhällslivet. Fler friska levnadsår bidrar till ett självständigt och gott liv långt upp i åldrarna, samtidigt som resurser frigörs när behov av vård och omsorg skjuts fram.
- Även välfärdens medarbetare behöver hålla sig friska och utvecklas på sitt arbete. Ett främjande välfärdsarbete stärker kommuners och regioners kapacitet, produktivitet och konkurrenskraft. Det är ett brett arbete som riktas till alla, men som utgår från invånarna som har störst behov.
- Det är nödvändigt med nya former för storskalig spridning av fungerande koncept och metoder som bidrar till äldres deltagande i samhällslivet, trygghet och självständighet.
- Ett stärkt stöd för forskning och innovation behövs för att säkra nya tjänster, metoder och arbetssätt som stärker äldres hälsa, trygghet och självständighet.
- Det finns behov av en ökad variation i bostadsutbudet som är anpassat till den äldre befolkningens behov.
- SKR:s positionspapper för Stöd till hälsa och välbefinnande, vård och omsorg till äldre personer, innehåller ytterligare förbättringsbehov.

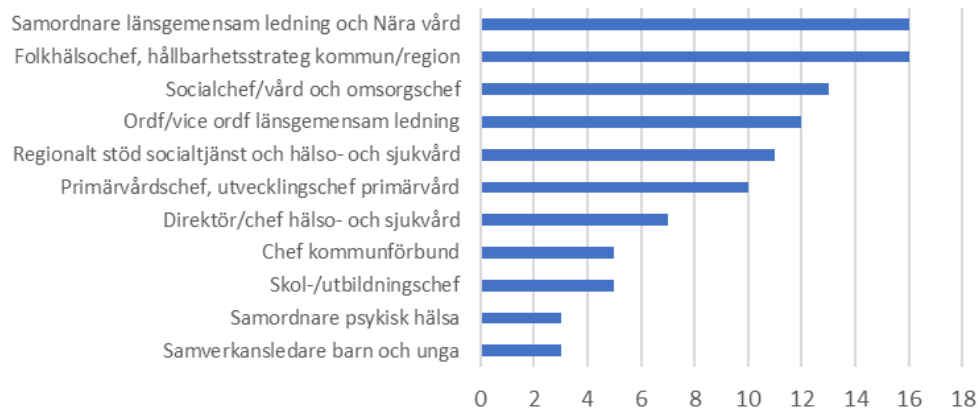
Prioritet, angreppssätt och resultat i Sveriges län

I alla Sveriges län finns politiskt beslutade ledningsstrukturer för samverkan mellan kommunerna och regionen som rör hälsa, vård och omsorg. I dessa finns representation från socialtjänst, hälso- och sjukvård och i de flesta fall skolan. I många län finns även folkhälsoansvariga i länet med som en del i samverkan. Strategi för hälsa har erbjudit stöd för utveckling av hälsofrämjande och förebyggande samverkansformer kopplat till dessa strukturer. Fokus ligger på ett systematiskt angreppssätt där viktiga delar är att utveckla arbetsmetoder, sätta konkreta mål samt mäta och följa upp resultaten.

Uppföljande samtal

SKR har bjudit in respektive läns ledningsstruktur till ett uppföljande samtal efter tidigare länsdialoger och workshops. Syftet med de uppföljande samtalen var att få en sammanfattande bild av om och i så fall hur det hälsofrämjande och förebyggande arbetet har utvecklats i länen, samtidigt som länsledningen för samverkan får underlag för fortsatt samverkansarbete.

Samtalen genomfördes under januari-april 2023 och 17 av 21 län har medverkat. Inbjudan till samtalen förankrades och hanterades av länens kontaktpersoner för regionala stöd- och samverkansstrukturer (RSS) samt SKR:s nätverk för regionernas folkhälsochefer. Målgruppen var ordförande och vice ordförande för den länsgemensamma ledningen av samverkan mellan respektive läns kommuner och region, vilka i sin tur hade möjlighet att bjuda med fler representanter. I många fall har socialchef, skolchef, folkhälsochef/hållbarhetschef, hälso- och sjukvårdsdirektörer eller motsvarade samt strateger med roller i länsövergripande uppdrag inom Nära vård eller psykisk hälsa, deltagit i samtalen.



Figur 22 Medverkande ledningsfunktioner i uppföljande samtal med Strategi för hälsa.

Samtalen har fokuserat på ledning och styrning för en utvecklad samverkan i hälsofrämjande och förebyggande arbete. Frågeområden som behandlades rörde ledningsstrukturer och mål och om dessa har utvecklats under de senaste fem åren, erfarenheter från pandemin, prövande och införande av förändrade angreppssätt som visar på resultat, samt en framåtblick om nästa steg i samverkan. Det fanns även tillfälle att berätta om lyckade exempel, framgångsfaktorer och utmaningar för att göra gemensam skillnad.

Fyra förflyttningsområden

Resultatet av de uppföljande samtalen har delats in i fyra förflyttningsområden som tillsammans ger en övergripande bild av hur ledningsarbetet har utvecklats i länen under 2017–2022 samt vilka behov som är viktiga att fokusera på framåt.

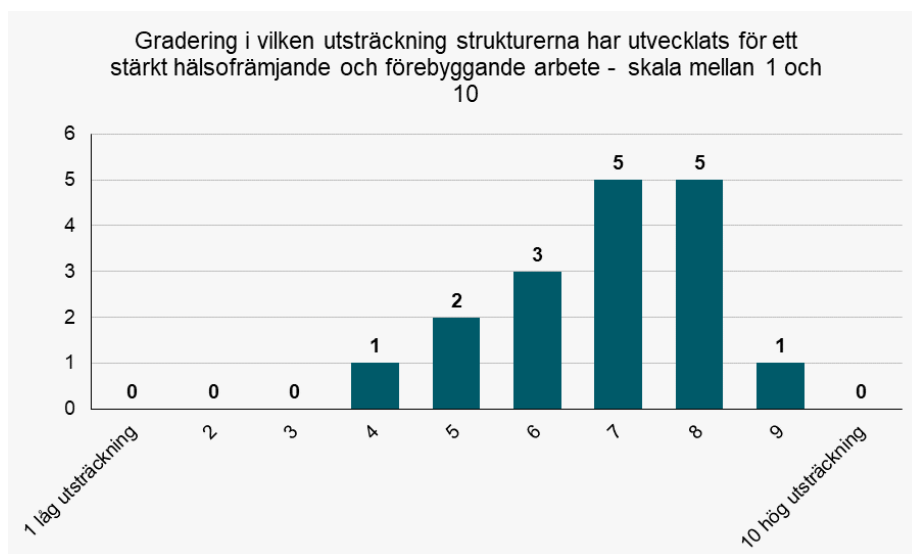
Förflyttning 1: Mer fokus på hälsa i ledningsstruktur och mål

Det första förflyttningsområdet är en summering av svaren på följande frågor:

- Har strukturerna för samverkan utvecklats för ett stärkt hälsofrämjande och förebyggande arbete under de senaste fem åren? Om ja, varför?
Gradera i vilken utsträckning strukturerna har utvecklats på en skala mellan 1 och 10 (1 Låg utsträckning – 10 Hög utsträckning)
- Vilka gemensamma mål är uttalade i framtagna styr- och planeringsdokument? Hur följs dessa upp?
Gradera i vilken utsträckning det finns uttalade mål för hälsofrämjande

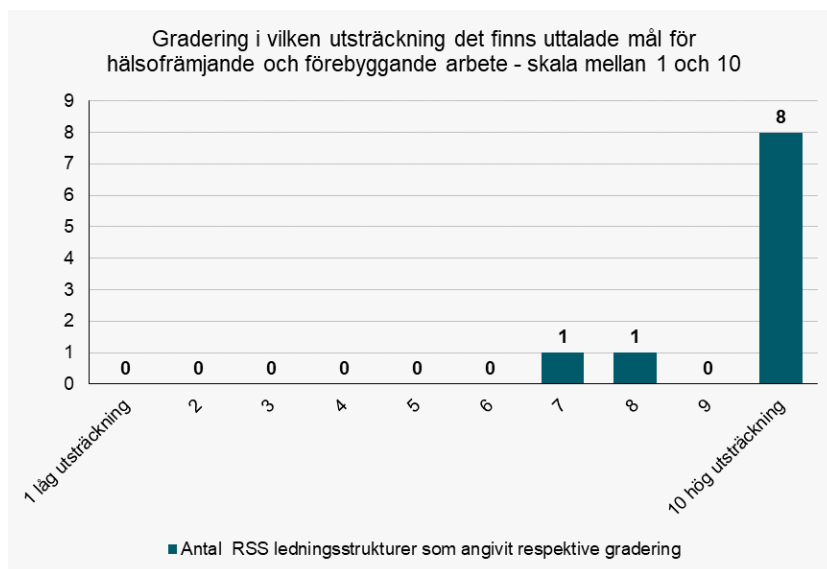
och förebyggande arbete på en skala mellan 1 och 10 (1 Låg utsträckning – 10 Hög utsträckning)

Alla medverkande län ser en tydlig förflyttning till mer fokus på hälsa i ledningsstrukturerna.



Figur 23 Diagram som visar i vilken utsträckning ledningsstrukturerna för samverkan har utvecklats för ett starkt hälsofrämjande och förebyggande arbete

Förflyttningen syns även tydligt i den medlemsenkät om folkhälsoarbete som SKR genomförde under våren 2023 i kommuner och regioner. 70 procent av deltagande kommuner och regioner anger att de har gemensamma mål och insatser för jämlik hälsa. Det är vanligare att de minsta kommunerna anger att de har gemensamma mål med regionen kring jämlik hälsa i jämförelse med större kommuner.



Figur 24 Diagram som visar i vilken utsträckning ledningsstrukturerna för samverkan har uttalade mål för hälsofrämjande och förebyggande arbete.

Majoriteten av länen har en ledningsstruktur som utgår från ett livscykelperspektiv där barn och unga/att växa upp samt äldre/åldras ofta ingår. Utöver dessa perspektiv nämns psykisk hälsa och missbruk, men också åldersperspektivet "mitt i livet" (vuxna). Merparten av länen berättar att grundstrukturen har varit sig lik genom åren men att innehållet har förflyttats mer mot hälsa och att kommunernas erfarenhet tas tillvara i större utsträckning. Majoriteten av de medverkande länen har utökat ledningsstrukturen med fler aktörer under de senaste fem åren. Från att från början ha utgått ifrån samverkan mellan socialtjänst och hälso- och sjukvård, anger nästan alla medverkande län att skolan nu också ingår, och i många fall även representanter från folkhälsoansvariga i länet. Några län för även dialog om att inkludera länets forsknings- och utvecklingsenhet (FoU) eller motsvarande samt fritidssektorn, vilket till delar har genomförts i enstaka län. Flertalet av länen har bildat kommunvisa samverkansgrupper för att ta tillvara det lokala utvecklingsarbetet i högre grad.

En förklaring till förflyttningen till mer fokus på hälsa är ett ökat nationellt fokus där bland annat överenskommelserna för Nära vård och psykisk hälsa har bidragit. I en fjärdedel av länen har mål och indikatorer från Strategi för hälsa integrerats i länets styrande dokument för samverkan. Även processen för en ny socialtjänstlag lyfts ofta fram. En annan förändring som skett under perioden är

att den nationella folkhälsopolitiken har reviderats och tydligare riktar sig till olika välfärdsområden.

Hälsofrämjande och förebyggande är alltmer integrerade delar i styrning och ledning enligt de medverkande länen. Regionbildningen som slutfördes 2019 har breddat regionernas uppdrag till att även inkludera regional utveckling, vilket i hög grad berör arbete för befolkningens hälsa och samverkan med länets kommuner. Strategiska inriktningsdokument som Regional utvecklingsstrategi (RUS) och Färdplan för Nära vård beskrivs i flertalet län som två spår som behöver närma sig varandra, och då särskilt utifrån ett kommunperspektiv. En ytterligare aspekt är att regionbildningen har fört folkhälsoarbetet närmare det regionala utvecklingsarbetet i ungefär hälften av länen, vilket i sin tur har påverkat huruvida folkhälsochef/strateger eller motsvarande finns med i ledningsstrukturerna för hälsa, vård och omsorg.

Samtliga medverkande län berättar att det idag är mer fokus på långsiktigt strategiskt arbete och helhet utifrån gemensamma mål. Alla medverkande län berättar att de har uttalade mål för hälsofrämjande och förebyggande arbete, men samtidigt varierar det stort hur långsiktiga mål har brutits ner. Det är mer dialog om att göra rätt saker och att genomföra de prioriteringar som är gjorda i samverkan. Uppföljning utifrån förväntade effekter och hälsoekonomiska analyser framförs som viktiga utvecklingsområden.

Genom svaren i SKR:s medlemsenkät om folkhälsoarbetet syns en utvecklingspotential i samarbete mellan de nätverk där folkhälsa respektive RSS finns. En bidragande orsak till att inte mer samarbete sker kan vara olika bilder av hur hälsofrämjande, förebyggande och folkhälsoarbete definieras och vilka funktioner som ingår i de olika nätverken.

Hur bra? För vem? Till när?

Medverkande kommuner och regioner berättar om ett antal utmaningar som rör omsättningen av antagna mål.

- Överenskomna mål behöver omsättas nära invånarna och därmed i utförarnas vardagsarbete. Förutsättningarna för detta varierar stort. Hur skapar vi förutsättningar i verksamheter som redan är ansträngda?

- Det finns stor utvecklingspotential gällande uppföljning och måluppfyllelse av hälsofrämjande och förebyggande arbete. Vilken nytta och effekt gjorde vårt arbete utifrån ett invånarperspektiv?
- Den länsövergripande samordningen behöver i högre grad ske utifrån behov på lokal eller kommunal nivå. Regionernas roll i arbetet för regional utveckling, hälso- och sjukvård samt folkhälsa nämns särskilt tillsammans med Länsstyrelsen vars roll är alltmer aktuell.

Röster om ledningsstruktur och mål

”Vi är tydliga med att det är en omställning till hälsa som inte bara berör vården. Skolan är nu en naturlig samverkanspartner. Det är viktigt hur vi kommunicerar och paketerar för att få med fler aktörer.”
(Uppsala län)

”Vi är mitt uppe i att ställa om ledningsstrukturen från åldersgrupper till behovsgrupper där basen är förebyggande i tre strategier.”
(Kronobergs län)

”Det blev ett breddat fokus när skolcheferna kom in i ledningssystemet för samverkan. Sedan ett par år tillbaka ingår nu även länets fritidschefer vilket har bidragit ytterligare.” (Jönköpings län)

”Det gäller att få två spår att gå i takt – Östgöta-kommissionen och arbetet med läns-gemensam vård och omsorg.” (Östergötlands län)

”Vi har ett gemensamt fokus på fullföljda studier och social hållbarhet både i den regionala utvecklingen och i färdplanen för nära vård.”
(Västra Götalands län)

”Arbetet med Barnets bästa har lärt oss hur mycket effekt vi kan nå när vi jobbar tillsammans i ett så tidigt skede som möjligt. Ledningsstrukturen förändras utifrån detta.” (Kronobergs län)

”Hur skapar vi förutsättningar för genomförande i verksamheter som redan är ansträngda? Verksamhetsplanen på fyra år möjliggör mer kraftsamling över tid och disponering av resurser. Är vi i för mycket? Vad är viktigast nu och vad kan vänta?.” (Blekinge län)

”Vi lär oss längs vägen. Vi värnar om det systematiska arbete vi har haft under 20 år genom våra överenskommelser för folkhälsan mellan kommunerna, regionen, RF-SISU och folkbildningen. Handlingsplaner behöver vara mer än programbeskrivningar, de ska beskriva vad vi ska göra med mål och aktiviteter.” (Örebro län)

”Vi har gått från områden till fyra livsperspektiv tillsammans med särskilda samordningsgrupper för Nära vård respektive psykisk hälsa eftersom dessa berör alla livsperspektiven. Vårt arbete med Nya Perspektiv var tidiga med en gemensam målbild, struktur och samverkan. Senaste åren har det hänt mycket positivt lokalt, men det är fortfarande utmanande att få med hela länet. Våra nätverk med tvärprofessionella grupper som är kopplade till strategiska nätverk är en bra grund för att skapa verkstad.” (Värmlands län)

”Vilka vägar ska vi välja och utifrån vilka grunder? Jobbar vi med det som är allra viktigast för hälsan på sikt? Det behövs fakta om hälsoläget i befolkningen för att underbygga prioriteringar inom exempelvis kunskapsstyrningen.” (Norrbottens län)

Förflyttning 2: Nya samverkansformer och kortare vägar till handling

Det andra förflyttningsområdet är en summering av svaren på följande fråga:

- Erfarenheter från samverkan under pandemin – finns det delar som fortsätter?

Covid-19-pandemin har med all tydlighet visat vikten av en god och jämlik hälsa i befolkningen. De ledningsstrukturer som har varit i fokus för arbetet med Strategi för hälsa har varit nyckelspelare för att koordinera insatser i kommuner och regioner. Samtidigt som många län berättar att det akuta arbetet prioriterades hårt och delar av det förebyggande arbetet prioriterades ner, lyfts samtidigt positiva förflyttningar som gynnar den fortsatta utvecklingen av hälsofrämjande och förebyggande arbete.

- Det blev ett direkt fokus på att **lösa uppgiften tillsammans** och därigenom har tilliten mellan olika aktörer stärkts i samverkansarbetet. Insikten om kraften att agera för samma invånare har lyft behov och lösningar även för andra samhällsutmaningar.

- Den snabba **omsättningen av data** från närområde till nationell nivå bidrog i ett flertal län till ett utökat uppsökande arbete för befolkningsgrupper med förhöjd risk och för att höja vaccinationstäckningen i närområden med socioekonomiska utmaningar. Smittskydd och vaccinationsnätverk fortsätter i kommunsamverkan i många län.
- Pandemin bidrog till **nya samverkansformer** varav många fortsätter att utvecklas. Samhälls- och hälsokommunikatörer har varit kulturbryggare runt om i landet, trossamfund och civilsamhälle har fått en närmare relation med kommuner och regioner. Många län betonar även att samverkan mellan barnhälsovård, förskola, skola och smittskydd där kontinuerliga möten fortsätter.
- I takt med etableringen av **digitala arbetssätt** har vägen till handling kortats. Nu uppger många av länen att det är vanligare med mer arbetande möten och korta avstämningar i länens samverkansarbete, jämfört med för fem år sedan.

Röster om lärdomar från pandemin

”Vi har jobbat med demografiska statistikområden (DeSo-områden) utifrån vaccinationstäckningen. Det är kartläggningar som har bidragit till andra satsningar, såsom Högsbyprojektet och förebyggande hembesök för 79-åringar.” (Kalmar län)

”Den tredje sektorn fick en boost och blev mer inkluderad. Vi arbetar till exempel med Cross för att utveckla hur det offentliga kan samverka med civilsamhället. Vi ser också att de samverkansformer som har haft ledningsstöd och grundstruktur har klarat sig genom pandemin på ett bättre sätt medan andra har fallit bort.” (Örebro län)

”Arbeten för unga vuxna som varken studerar eller arbetar samt suicidprevention har intensifierats efter lärdomar från pandemin.” (Sörmlands län)

”Pandemin blev ett wake up call. Det akuta prioriterades högt och delar av det förebyggande prioriterades ner.” Kronobergs län

”Det blev en större efterfrågan på befolkningsdata och att den ska vara användbar lokalt. Vi vill tillsammans få till en löpande rapportering där vi delar bilden av den lokala befolkningen.” (Dalarnas län)

Förflyttning 3: Fler prövar nytt och inför långsiktigt

Det tredje förflyttningsområdet är en summering av svaren på följande frågor:

- Prövas och införs hälsofrämjande och förebyggande angreppssätt i större skala i länet? Finns långsiktiga satsningar som även har en långsiktig finansiering?

Vilken siffra speglar ditt län bäst? Motivera gärna.

1 – Planering pågår

2 – Förändrade angreppssätt prövas

3 – Förändrade angreppssätt visar på förbättringar och införs i större skala

4 – Förbättrade angreppssätt prövas i större skala och införs som en del av länets ordinarie samverkansarbete

- Är det något särskilt ni vill berätta om, exempelvis saker ni är stolta över, eller särskilda utmaningar?

En generell bild från länen är att alla länen arbetar i alla faser samtidigt – olika satsningar prövas, sprids och etableras samtidigt. Många län berättar dock att en hög andel av det pågående hälsofrämjande och förebyggande arbetet är i en prövande fas och skulle behöva hitta former för att komma vidare. Samtidigt berättar majoriteten av länen att de i allt högre utsträckning arbetar med utveckling av strukturer och stöd som ska underlätta för lyckade initiativ att etableras på fler platser i länet. I en lärande organisation ska det som är framgångsrikt tas omhand och utvecklas. En återkommande framgångsfaktor för att lyckas med detta är ta hänsyn till kommunernas olikheter, förutsättningar och förmågor redan i uppstarten. Allt kan inte spridas i samma takt i alla länets kommuner. Ett lyckat införande har ofta föregåtts av ett testande i ett flertal olika lokala miljöer och sammanhang. Arbetssätten behöver även anpassas till sin kontext, utifrån behov, prioriteringar och system.

Resurseffektivitet kommer ofta upp i samtalet om etablering av nya arbetssätt. Dels utifrån perspektivet evidens och kunskapsstyrning, dels utifrån ett nationellt finansieringsperspektiv. Enligt kommunerna och regionerna är det av

stor vikt att de nationella medlen används på ett långsiktigt sätt. De nationella medlen för psykisk hälsa och suicidprevention nämns som ett gott exempel då de har varit gemensamma för kommuner och regioner. Samtidigt betonar många län att de behöver äga sin utveckling själva i större utsträckning och inte vara beroende av nationella stimulansmedel. Många framgångsrika hälsofrämjande och förebyggande initiativ har fallit på att det inte fanns central finansiering hos kommuner och region utöver den nationella finansieringen. En ytterligare utmaning som är särskilt kännbar i mindre kommuner är möjligheten att avsätta resurser för utveckling i tider av kompetensbrist. I dessa fall är inte finansieringen i sig utmaningen, utan tillgången på rätt kompetens.

Även vikten av en tydlig rollfördelning i fasen från uppbyggnad till långsiktigt införande lyfts fram. Rätt arbete behöver hamna hos rätt aktörer med koppling till deras respektive kärnuppdrag. Utöver kommuner och region nämns exempelvis länsstyrelsen och idrottsrörelsen som möjliga långsiktiga bärare av utvecklade koncept.

”Mötesplatser är viktiga. Vi är bra på att skapa forum där vi bjuder in brett oavsett vilken verksamhet som har genomfört ett utvecklingsarbete. Principen är att det ska finnas en dragningskraft att lära av andra.” (Jämtlands län)

”Tillräckligt många behöver se nyttan för att införandet ska bli möjligt. Vi ser en tipping-point för införande i hela länet när nya arbetssätt har testats tillräckligt i olika lokala förutsättningar. Det finns ett självstyre att ta hänsyn till.” (Kalmar län)

Vi har ett lärande nätverk i arbetet med Bästa platsen att leva! Lokala team prövar nya arbetssätt utifrån gemensamma mål. Det finns ett stödteam som består av kommunernas och regionens stödresurser inom hälsa, vård och omsorg.” (Jönköpings län)

”Vad kan vi lära av och skala upp? Vi ser möjligheterna i en ny politisk styrmodell med delregionala nämnder som bland annat har ansvar för folkhälsa.” (Västra Götalands län)

”Vi har en tanke om att göra piloter, följa resultat och sedan breddinföra. När vi tillsätter en ny arbetsgrupp börjar vi med att ta fram

målgruppens behov istället för att börja med finansieringen, annars fastnar man lätt." (Uppsala län)

"När vi lyckas har vi ofta haft ett avgränsat uppdrag med tydlig rollfördelning. Det gäller att gå i takt med verksamheterna som ska göra hur:et." (Östergötlands län)

"Hur gör nationella medel mest nytta? Det är lätt att det blir testballonger om vi inte prioriterar egen central finansiering utöver statsbidragen." (Sörmlands län)

"Det är aldrig för tidigt och aldrig försent. Vi har en idé om att göra en bredare satsning på förebyggande i ordinarie verksamhet, till exempel äldreomsorgen, att den boende ska ha möjligheter att fortsätta vara självständig." (Örebro län)

Från lyckat provande till införande i större skala – några exempel

- Blekinge är ett av länen som har etablerat ett strukturerat arbetssätt inom barnhälsovården för att identifiera psykosociala riskfaktorer som är kopplade till att barn far illa. I samarbete med socialtjänsten erbjuds hjälp till åtgärd, BarnSäkert Blekinge genomfördes som lokala piloter och breddinförs i Blekinge län.
- Ett samlat koncept för äldremottagningar i Uppsala län började via ett antal vårdcentraler och införs nu i hela länet. Samma tillvägagångssätt gäller även ett geografiskt hälsouppdrag till vårdcentraler för samordning av hälsofrämjande insatser som testades först i Gottsunda och Tierp.
- Efter framgångsrik uppskalning av lokala hälsocenter och familjecentraler i Jönköpings län, finns nu länsgemensamma överenskommelser som grund för verksamhet i samtliga kommuner.
- Genom arbetet med metoden SEXIT i Jämtland finns nu ett gemensamt och systematiskt sätt att ställa frågor om våld samt sexuell hälsa hos eleverna i skolan.
- Kalmar läns förebyggande hembesök till 79-åringar visar goda resultat efter genomförandet i Kalmar och på Öland. En gemensam långsiktig finansiering har lagts och arbetet följs av Linnéuniversitetet.

- Gotland och Värmland är två av fler län som har prövat och infört ett samlat arbetssätt i första linjen för att stödja ungas psykiska hälsa.
- Örebro har byggt en gemensam struktur för samverkan mellan civilsamhället och det offentliga genom initiativet Cross i Örebro län. Arbetet gick från pilot i Karlskoga till att det nu är sex kommuner som ingår
- Samverkan för barn med övervikt i Västmanland går från projekt till etablering av gemensamma flöden som rör primärvården, barnhälsovården, hälsocenter, familjecentrum och barnkliniken.

Förflyttning 4: Det är hela systemets resultat som räknas

Det fjärde förflyttningsområdet bygger på en summering av svaren på följande frågor:

- Vilka är era nästa steg?
- Vad anser du/ni är viktigast för att göra gemensam skillnad för invånarnas hälsa?

När de medverkande länen får frågan om vilka steg de ser framför sig i utvecklingen av gemensamt hälsofrämjande och förebyggande arbete, handlar svaren ofta om hur hela samverkanssystemet och inte bara enskilda delar eller verksamheter kan göra större skillnad för befolkningens hälsa. Det vill säga mer tvärdisciplinära och sektorsövergripande områden behöver samverka. Det finns tre utvecklingsområden som beskrivs av flest medverkande län som viktigast att fokusera på i det fortsatta arbetet.

Kraftsamla görandet över tid och följa upp

Att ha en gemensam målbild och att följa indikatorer över tid är viktigt för att kunna hålla fortsatt prioritet i samverkansarbetet. Behovet av tydliga prioriteringar utifrån befolkningens behov återkommer i svaren. Flera län efterlyser också bredare indikatorer som speglar samhällsnytta och samhällsekonomi i ett befolkningsperspektiv, och då särskilt för den äldre befolkningsgruppen där mätningar lätt blir sjukvårdstunga. Fler län lyfter även fram att mätningar behöver finnas lokalt och nära i arbetet för att ge effekt. Kompetens och stöd för hälsoekonomiska analyser efterlyses av en stor andel av länen.

Förmågan att leda system och nätverk

Förmågan att leda system och nätverk snarare än enskilda verksamheter, beskrivs som ett viktigt utvecklingsområde, framförallt kopplat till hur olika aktörer kan samspela i en helhet utifrån de samhällsutmaningar som finns. Den alltmer aktiva dialogen mellan kommuner och regioner bidrar till ett större samhällsfokus där vården utgör en liten del i det sammantagna systemet för hälsa i befolkningen. Några lyfter förutsättningarna för chefer och det kommunikativa ledarskapet där alla, oavsett organisation, behöver förmedla samma berättelse om behov och utmaningar.

”Skapa förutsättningar för att få det att hända. Strategisk och operativ nivå behöver mötas – tillsammans får vi en helt annan förståelse. I dessa kristider är det tufft att samverka. Hur får vi till verkstad som inte får kosta pengar?.” (Dalarnas län)

Utveckla sätten att skala upp framgångsrikt arbete

Framgångsrikt lokalt arbete behöver paketeras och fångas upp för lärande i hela länet. Även samverkan på stadsdels- och kommunalnivå är i fokus för fortsatt utveckling. De län som har byggt gemensamma mötesplatser eller nätverk för utveckling och spridning av lokalt utvecklingsarbete vill utöka det arbetssättet till fler sammanhang.

De tre utvecklingsområdena återkommer även i svaren på frågan som rör vad som är viktigast för att göra gemensam skillnad för invånarnas hälsa, men här framträder fler komponenter. En resurs som idag beskrivs som underutnyttjad är samskapandet tillsammans med de invånare som berörs av arbetet. Allt kan inte mätas och förenklas i tal och ibland ger invånarnas berättelser och andra kvalitativa uppföljningar en bättre bild av vad som åstadkommit.

Delaktighet och relationer

Länet betonar vikten av att lära känna sina samverkanspartners för tillit och förtroende. Relationer skapas inte alltid av sig självt, utan det behövs en struktur för mötesplatser och nätverkande. Det handlar mycket om kultur. Om inte överenskommen samverkan tas omhand av en god kultur blir dess värde inte mycket värt.

”Våga tillsammans! Våra medel ska gå till det som behövs mest för invånarna.” (Kalmar län)

Skolgång, sysselsättning och jämlik hälsa

Skolgång, sysselsättning och jämlik hälsa förs fram som en viktig grund för samverkan. Den gemensamma förmågan att få fler unga att gå ut grundskolan med gymnasiebehörighet lyfts fram som särskilt betydelsefull för medverkande kommuner och regioner. I sammanhanget lyfts även vikten av att hålla i arbetet för en jämlik hälsa då hälsoklyftorna består eller ökar på många platser.

Tvärprofessionella team och kontinuitet

Tvärprofessionella team och kontinuitet är bra både i det förebyggande arbetet och för personer i behov av vård och omsorg. Ett flertal av länen lyfter att människor inte ska behöva möta så många aktörer för att få det stöd som behövs. Det är viktigt även för att klara kompetensförsörjningen.

”Det behöver bli mer sömlöst utifrån invånarnas behov samtidigt som varje organisation måste förhålla sig till de organisatoriska gränserna.”
Skåne län

Invånarens egna resurser

Invånarnas egna resurser ska tas tillvara. De flesta av länen är i olika faser av att utveckla former för samskapande med invånare, brukare och/eller patienter. Här lyfts även potentialen att ta tillvara civilsamhällets kraft i högre utsträckning, exempelvis för att minska ofrivillig ensamhet.

”Vad är viktigt för dig? I Hagfors använder vi tjänstedesign och invånarworkshops för att förbättra ungas psykiska hälsa och förebygga suicid.” Värmlands län

Lärande från platser som gör skillnad

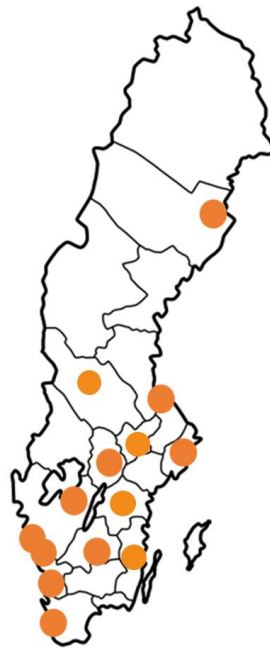
Strategi för hälsa har genomfört webbsända studiebesök från platser runt om i Sverige för att belysa framgångsrikt lokalt samverkansarbete. Ett kriterium för urvalet av platser har varit att det ska finnas en systematik för befolkningsinriktat arbete som ger resultat över tid. Rubriceringen för detta har varit Stolt samverkan, vilket speglar tre påståenden som har funnits med som introduktion vid samtliga tillfällen:

- Vi vet vad vi vill!
- Vi gör tillsammans!
- Vi ser resultat!

Följande webbaserade studiebesök har genomförts:

Genomförda studiebesök

- Skellefteå: Leva livet bäst möjligt
- Värnamo hälsocenter, Värnamo kommun med vårdcentraler
- Göteborg och Malmö: Områdesbaserad samverkan som främjar hälsa
- Malmö: Allaktivitetshuset bryter barriärer för ökad social hållbarhet
- Skövde: Små barn stora möjligheter i Södra Ryd
- Kungsbacka: Prevention för en rolig framtid – från stuprör till godkända betyg
- Gävle: Hälsöfrämjande etablering – tillsammans gör vi skillnad för nyanlända
- Örebro län: Samverkan kring systematiskt analysarbete
- Stockholm: Hälsan spelar roll – tillsammans för personer med funktionsnedsättning
- Varberg: Från frustration till trygghet – Preventiva enheten förebygger vårdskador
- Östergötland: Hälsokommunikatörer – en livsviktig resurs för hälsa och integration
- Skaraborg: Samverkan för att minska ofrivillig ensamhet hos 65+
- Gävleborg: Läs på recept – en social investering
- Högsby: Hälsolots – landsbygdsutveckling genom stärkt socialt sammanhang
- Hallstahammar – en äldrevänlig kommun
- Dalarna: Folkvandvårdens folkhälsofunktion gör skillnad för en jämlik munhälsa



Reflekterande workshoppar (så kallade knytkalas) genomfördes under våren 2023 med personer som driver pågående arbete på de platser som har medverkat som studiebesök. Syftet med knytkalasan var att summera lärdomar om vad som skapar en framgångsrik samverkan i hälsofrämjande och förebyggande arbete. Vilka medskick kan göras till andra som ska påbörja ett gemensamt arbete? Här presenteras ett sammandrag av lärdomarna.

Ingredienser för framgångsrikt hälsofrämjande och förebyggande arbete

Knytkalasan har, tillsammans med en genomgång av de lärande exemplen, resulterat i ett antal återkommande ingredienser för framgångsrikt hälsofrämjande och förebyggande arbete. Dessa framgångsfaktorer kan fungera som ett underlag för reflektion inför och längs vägen under ett samverkansarbete där många aktörer är involverade för ett gemensamt mål.

Målgruppens delaktighet och involvering är avgörande

Den oftast återkommande ingrediensen för framgång är betydelsen av att utforma aktiviteter och insatser tillsammans med målgruppen. Det ökar träffsäkerheten och det bidrar i sig självt till starkare upplevelse av egenmakt, igenkänning och trygghet. En av deltagarna gav sitt perspektiv kring delaktighet: *”När målgruppen är med blir det självklart vad som behövs. Låt behoven styra”*.

Ett samskapande tillsammans med invånarna ger också insikter om hur deras behov ser ut och varför arbetet behövs.

Utgå ifrån ordinarie verksamheter och befintliga strukturer

Sträva efter att arbeta genom befintliga strukturer, verksamheter och lokaler, istället för att dra igång något helt nytt. Det bidrar till ökad trygghet hos medarbetare och målgrupp, och blir dessutom som regel billigare.

Långsiktigt arbete ger resultat när det finns politisk prioritet som också följs upp. Ge förutsättningar för beslutsfattarnas ägarskap genom exempelvis integrering i styr- och ledningssystem. Samverkansarbete tjänar mycket på tydlighet kring uppdrag, mål, ansvar, mandat och roller.

En bra introduktion för nya medarbetare, chefer och politiker är en förutsättning för att kunna arbeta långsiktigt. Det är hög personalomsättning på många platser. Säkerställ att det inte undergräver arbetet,

Tillitsfullt ledarskap för långsiktighet och möjlighet att pröva nytt

Det tar tid att nå resultat, därför är det viktigt med kontinuitet och hållbarhet över tid. Utveckling är sällan linjär, de bästa resultaten kommer kanske efter några dikeskörningar. Det kräver ett tålmodigt och tillitsfullt ledarskap. En deltagare uttryckte det så här:

”Det här gick inte, hur ska vi då göra istället?”

En framgångsfaktor är förmågan att leda med hög anpassningsbarhet utifrån olika förutsättningar och behov som finns lokalt i olika närområden eller verksamheter. Det handlar om att vrida och vända på frågor utifrån utgångsläget där invånare och verksamhet befinner sig.

Allas krafter behövs

Ensam är inte stark. Vikten av att samverka brett utifrån principen ”Bättre att många gör lite mer, än att få gör mycket” återkommer ofta. En deltagare uttryckte det så här:

”Vad kan vi göra utan att det blir för betungande för de olika verksamheterna? Vad kan var och en göra lite mer av?”

När det gäller uppföljning av arbete där många aktörer är involverade lyfter många fram att dialog är viktigare än kontroll. Mötesplatser och gemensam reflektion om lärdomar, behov och fortsatt arbete är viktigt. I detta sammanhang lyfts ännu en gång betydelsen av att reflektera över uppnådda resultat både utifrån siffror och berättelser – hur upplever våra invånare det vi gör?

Drivande och hindrande krafter

En del av lärandet från studiebesöken har fokuserat på drivande och hindrande krafter. Många av de drivande krafterna överensstämmer med de ovanstående ingredienserna för framgångsrikt samverkansarbete, men det är viktigt att även lyfta fram återkommande utmaningar. De oftast förekommande hindrande krafterna som kom fram i dialogen med deltagarna var:

- **Stuprör och hierarkier försvårar.** Det gäller inte minst frågor om budget och ekonomi, särskilt som det kan vara svårt att se att ett hälsofrämjande och förebyggande arbete kan gynna fler än en förvaltning eller en huvudman.

- **Bristande kunskap.** Många upplever att kunskapsnivån hos beslutsfattare är låg när det gäller frågor om jämlik hälsa och befolkningsinriktat arbete. Beslutsprocesserna kan vara långa och ibland finns det ett avstånd mellan verkligheten och de som bestämmer.
- **En utmaning att nå målgrupper.** Befintliga kanaler och sätt att kommunicera med olika befolkningsgrupper räcker inte till. Det finns även juridiska och administrativa hinder som försvårar för insamling av information och utbyte av kunskap.
- **Det är svårt att mäta helhet.** Hälsöfrämjande arbete utmanar sätten att mäta och följa upp. Ofta är olika mått framtagna för att följa en organisations arbete eller ett specifikt problemområde, medan hälsöfrämjande och förebyggande arbetssätt mer speglar samspelet i ett system av aktörer.

Olika kunskaper som är viktiga i utvecklingsarbete

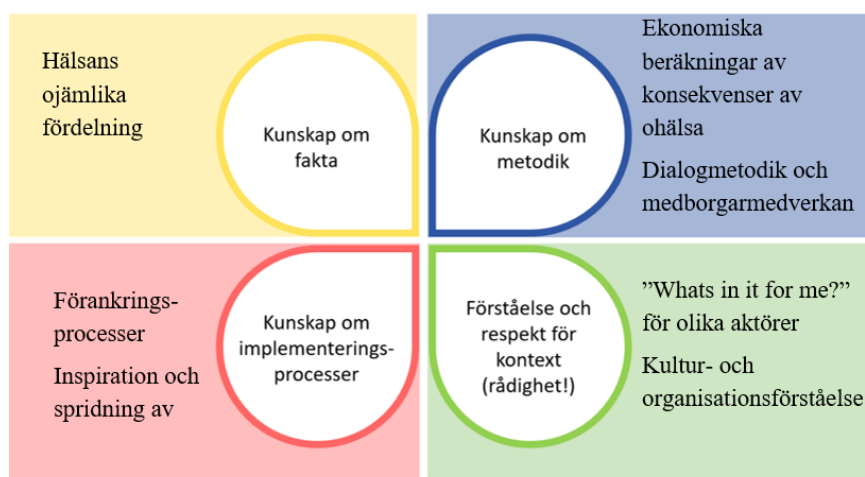
Under knytkalasen prövades en modell för att reflektera över vilka kunskaper som är viktiga för att starta och fortsätta driva ett utvecklingsarbete. Det är lätt att tänka att kunskap är fakta i bemärkelsen forskning och statistik från ett sakområde eller problemområde. Modellen lyfter fram andra kunskaper som behöver adderas, till exempel kunskaper om metodik, om implementering, samt en bredare kontext om hur systemet ser ut där förändringen ska ske (se figur 25).

En analys av problemområdet behöver göras för att se de bakomliggande faktorer som orsakar problemet. Åtgärderna behöver utformas så att de når rätt målgrupper. Det finns beprövad metodik och kunskap om insatser för att utveckla, planera och genomföra systembaserade initiativ som omfattar ett helt samhälle.

När vi har identifierat ett behov och en metod för förändring, behövs också kunskap om implementeringsprocesser. De måste i sin tur anpassas till det lokala sammanhanget. Det kan handla om allt från kännedom om styrnings- och ledningssystemen till vilka aktörer som kan, vill och behöver involveras

Deltagarna använde modellen för att lista de viktiga kunskapsområden som behövdes för det lyckade förändringsarbete som de själva gjort. Några delar som listades var: hälsans ojämlika fördelning, ekonomiska beräkningar av konsekvenser av ohälsa, dialogmetodik, metodik för medborgarmedverkan,

skapande av mötesplatser, förankringsprocesser, ”what’s in it for me” för olika aktörer, kulturförståelse, organisationsförståelse, inspiration av andras exempel och förutsättningar m.m.



Figur 25 En modell för reflektion över vilka kunskaper som är viktiga för att starta och fortsätta driva ett utvecklingsarbete

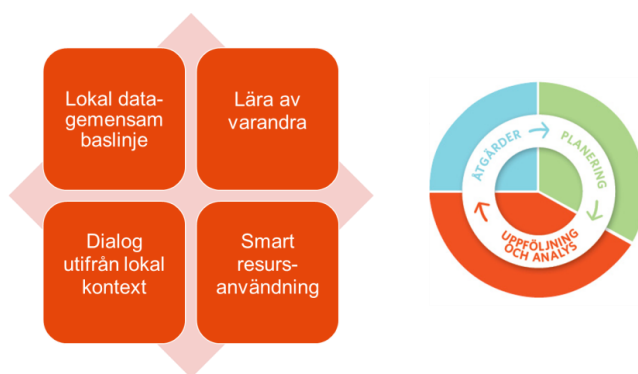
En av deltagarna bjöd in till ett inspirerande sätt att skapa målbilder och visioner för samverkan. Var och en fick möjlighet att vara ”kung eller drottning för en dag” och fylla en tom stad med det innehåll som betyder mest för ett välmående samhälle. Allas lappar med viktiga komponenter summerades på en tavla.

Avstamp för fortsatt arbete

Hälsan i Sverige är fortsatt bra, men skillnaderna består eller ökar mellan geografiska områden och mellan befolkningsgrupper. Samtidigt finns det platser runt om i Sverige som kan visa på goda resultat där hälsofrämjande och förebyggande arbete i samverkan har gjort skillnad. Hur kan vi förverkliga den potential som finns?

Många kommuner och regioner arbetar aktivt och tillsammans för att ställa om till mer hälsofrämjande och förebyggande arbete för jämlika och jämställda välfärdstjänster. De uppföljande samtalen med befintliga ledningsstrukturer för samverkan i länen visar en tydlig förflyttning av fokus till mer hälsofrämjande och förebyggande arbete. Ändå omsätts inte kunskap och framgångsrika angreppssätt från olika delar av Sverige i den utsträckning som behövs för att göra genomgripande skillnad. Den nationella nivån, inklusive SKR, behöver utveckla rollen som lokal och regional möjliggörare för större genomslag i hela Sverige.

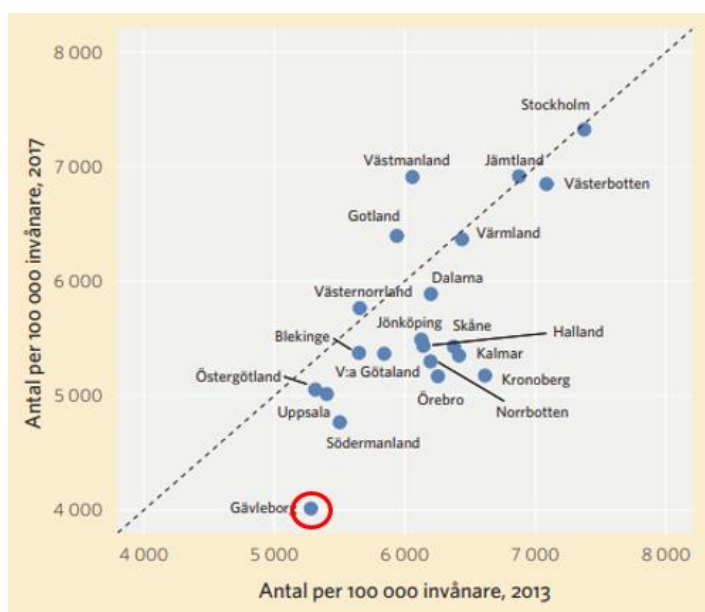
Fram till idag har Strategi för hälsa inriktats på att ge stöd till kommuner och regioners gemensamma arbete inom fyra stödområden som alla kan bidra till att förverkliga potentialen:



Figur 27 Fyra stödområden för verkstad

Nu är det tid att använda lärdomarna längs samverkansresan och blicka framåt. De fyra stödområdena behöver sättas i en kontext som utgår från att vi inte längre kan vänta med att förverkliga den potential som finns.

Det är bättre att förebygga än att reparera. Värdet av förebyggande arbete har belysts återkommande i Ekonomirapporten (SKR). Vid ett tillfälle illustrerades potentialen till minskning av antalet fallskador bland personer 80 år och äldre. Vid en jämförelse mellan 2013 och 2017 framkom att Gävleborgs län återkommande hade den lägsta andelen i landet. Om samtliga län skulle lyckas få ner fallskadorna till samma nivå som i Gävleborgs län skulle cirka 13 700 fall undvikas varje år, vilket kan uppskattas till en besparing på 1,1 miljarder kronor bara i den slutna somatiska vården.



Figur 28 Fallskador bland personer 80 år och äldre åren 2013 och 2017. En jämförelse mellan länen. Antal per 100 000 invånare. Källa: Kolada

Rapporten lyfter fram fler exempel som alla visar att det handlar mer om att ta sig an ett system av insatser som hänger i över tid, snarare än enskilda projekt. De platser som kan visa på hållbara resultat jobbar med långsiktiga överenskommelser samtidigt som nya arbetssätt prövas och införs som en del i en infrastruktur. Genom en gemensam grund för systematiskt förbättringsarbete, ny kunskap om storskalig spridning och med utgångspunkt i lokala behov kan

vi åstadkomma stora besparingar, minskat lidande och fler invånare som kan bidra i samhället.

Avstamp 1: Förverkliga potentialen!

Det bästa måste få möjlighet att skalas upp. I de uppföljande samtalen med kommuner och regioner framkommer det att de flesta av länen har ett pågående arbete inom länet för att skala upp framgångsrikt lokalt hälsofrämjande och förebyggande arbete. Nya innovativa arbetsätt är nödvändigt, men framförallt behövs ett nationellt innovationsarbete för nya sätt att nå storskalig spridning av redan fungerande arbetsätt.

En väg för ytterligare genomslag är att sätta samman nationella ”business cases” som beskriver den potentiella förbättringen och nyttan av systematiska arbetsätt. Det behövs ett mer utvecklat nationellt arbete för samhällsekonomisk analys och uppföljning av hälsofrämjande och förebyggande arbete. Här kan ramverket för uppföljningen av Nära vård vara ett värdefullt stöd.

Det är också viktigt att verka för en långsiktig finansiering av hälsofrämjande och förebyggande arbete, till exempel genom generella eller klustrade statsbidrag för gemensamma insatser hos kommuner och regioner. Särskilt kommuner och regioner med tuffare förutsättningar behöver ett mer samlat stöd utifrån de samhällsutmaningar som är mest kännbara lokalt.

Hur kan platser som har nått framgång bli referensplatser för fler som har bestämt sig? Vi klarar det, men bara tillsammans.

Avstamp 2: Systematiken är fortfarande avgörande

En omställning till mer förebyggande och hälsofrämjande berör alla samhällssektorer och är en förutsättning för att klara välfärden. För att kunna ta sig an dessa komplexa system och uppnå effekt på kort och lång sikt är systematiken avgörande.

Ett stödområde i arbetet med Strategi för hälsa har varit att underlätta för kommuner och regioner att omsätta sin lokala data i gemensam handling, och samtidigt kunna jämföra sig utifrån en gemensam baslinje. Det är en grund för fortsatt behovsanalys utifrån de vi finns till för - olika grupper av kvinnor och män, olika livsvillkor och levnadsförhållanden genom livet.

De lärande exempel som har belysts från olika delar av landet har alla kännetecknats av tre påståenden som summerar hur avgörande systematiken är för ett gott resultat:

- Vi vet vad vi vill
- Vi gör tillsammans
- Vi ser resultat.

Når våra insatser önskad förbättring för alla olika grupper av befolkningen som kommuner och regioner finns till för? Framgång har ofta föregåtts av en analys av gemensamma behov utifrån ett plats- och befolkningsperspektiv. Det behövs mätningar, men allt kan inte mätas. Minst lika viktigt är dialogen med invånare, brukare och patienter. Många kommuner och regioner involverar och gör berörda målgrupper delaktiga i arbetet för bättre hälsa, vård och omsorg. Samskapandet är en outnyttjad resurs i ett nationellt perspektiv och behöver förstärkas.

Avstamp 3: Lokalt och regionalt fokus

SKR och andra berörda nationella aktörer behöver hitta nya former för att utgå från kommuners och regioners lokala fokus. Genom närmare relationer och nätverk byggs förståelse och bättre förutsättningar för att sprida goda erfarenheter.

Det finns tre angelägna förbättringsområden som har framkommit i dialogen med kommuner och regioner:

1. Ungas uppväxtvillkor och hälsa. Hållbara lösningar för tillit, trygghet och brottsförebyggande arbete
2. Fler friska levnadsår för minskade behov av vård och omsorg - en nyckel för att klara kompetensförsörjningen
3. Seniorers möjligheter till livslång självständighet, trygghet och deltagande i samhällslivet

Bilaga 1

Resultaten presenteras dels utifrån utveckling över tid från 2015-2022, dels utifrån geografiska skillnader och skillnader utifrån ett jämlikhets- och jämställdhetsperspektiv. Färgerna indikerar måluppfyllelse på följande sätt:

- Målet är nått eller överträffat
- Närmare målet eller oförändrat
- Försämring
- Elevupplevelsers indikatorer har ändrats så där finns inga jämförelser över tid och de har därför fått vit färg

Samtliga resultat är hämtade från Kolada. Resultaten presenteras dels utifrån utveckling över tid, det vill säga från tillgängliga resultat då Strategi för hälsa började till senast tillgängliga resultat. Dessutom visas geografiska spridningar mellan kommuner och mellan regioner från lägsta till högsta resultat samt skillnader utifrån ett jämlikhets- och jämställdhetsperspektiv. Alla indikatorer finns inte redovisade på både regional/länsövergripande och/eller kommunal nivå. Nedan är de resultat som finns.

Barn och ungas hälsa

Område/indikator	Resultatjämförelse mellan år	Kommun/region-skillnader Lägsta – högsta resultat de olika åren	Jämlikhet- och jämställdhet
● Barn 0-19 år ekonomiskt utsatta hushåll	2015: 9.6 % 2021: 7.8 %	Kommuner: 2,1 – 25,1 % Länen: 5,6 – 14,3 % Kommuner: 2,0 – 20,9 % Länen: 4,2 – 12,2 % Stora skillnader mellan kommuner, oförändrat	Andra rapporter visar stora socioekonomiska skillnader samt mellan barn födda i Sverige jämfört med utanför Europa.
● Tobaksrökning i hem med 8 månaders barn	2015: 11,1 % 2020: 8,0 %	Kommuner: 0,8 – 43,2 % Regioner: 4,4 – 17,4 % Kommuner: 0,6 – 30,9 % Regioner: 2,5 – 12,6 %	Stora socioekonomiska skillnader.

		Stora skillnader mellan kommuner, men minskat något	
● Kariesfria 3-åringar	2015: 96 % 2021: 96 %	Regioner: 93 – 98 % Regioner: 94 – 97 % Oförändrat	Könsuppdelad statistik saknas
● Behörighet till gymnasieskolan	2015: 85.6 % 2022: 85.3 %	Kommuner: 54,0 – 97,7 % Länen: 81 – 89 % Kommuner: 58,8 – 98,2 % Länen: 79 – 89 % Stora skillnader mellan kommuner	Könsskillnaderna har minskat, men fortfarande fler flickor behöriga än pojkar. Skillnaderna utifrån föräldrars utbildningsnivå har ökat.
● Nå examen i gymnasieskolan inom 4 år	2015: 69,3 % 2022: 73,7 %	Kommuner: 49,0 – 87,8 % Länen: 65,6 – 75,9 % Kommuner: 36,4 – 91,4 % Länen: 68,7 – 76,5 % Stora skillnader mellan kommuner, oförändrat	Fler tjejer än killar når examen, men det finns skillnader mellan de enskilda programmen.
● 20-åringar som avslutat treårigt gymnasium och varit placerade barn hela år 9	2015: 39 % 2021: 33 %	Kommuner: 14,7 – 70,0 % Kommuner: 13,2 – 61,5 % Stora skillnader mellan kommuner som också ökat	Könsuppdelad statistik saknas
○ Trygg i skolan, år 5	2022: 84 %	Kommuner: 67 – 97 % Nytt nyckeltal – tidigare jämförelser ej möjliga	Pojkarna tryggare än tjejerna
○ Får hjälp under lektionerna, år 5	2022: 76 %	Kommuner: 54 – 90 %	Något högre bland flickorna

		Nytt nyckeltal – tidigare jämförelser ej möjliga	
O Lärarna får eleverna bli intresserade av skolarbetet, år 5	2022: 41 %	Kommuner: 25 – 67 % Nytt nyckeltal – tidigare jämförelser ej möjliga	Inga könsskillnader

Hälsan bland vuxna arbetsför ålder

Område/indikator	Resultatjämförelse mellan år	Kommun/region-skillnader Lägsta – högsta resultat de olika åren	Jämlikhet- och jämställdhet
● 16-24 åringar som varken arbetar eller studerar	2015: 7,6 % 2021: 5,7 %	Kommuner: 3,3 – 18,7 % Länen: 6,0 – 10,2 % Kommuner: 2,7 – 12,1 % Länen: 4,0 – 6,8 % Stora skillnader mellan kommuner, som minskat något	Högre bland unga män
● Lämnat etableringsuppdraget och arbetar eller studerar	2015: 31 % 2021: 30 %	Kommuner: 3 – 100 % Kommuner: 5 – 85 % Stora skillnader mellan kommuner, som ökat något	Tidigare könsskillnader borta. Minskning bland män resp. ökning bland kvinnor
● Avsaknad av tillit	2015: 27 % 2022: 28 %	Kommuner: 15 – 35 % Regioner: 19 – 32 % Kommuner: 15 – 42 % Regioner: 21 – 32 % Stora skillnader mellan kommuner, som ökat något	Någon ökning bland män
● Brukarbedömning, IFO – förbättrad situation	2016: 75 % 2022: 76 %	Kommuner: 57 – 94 % Kommuner: 38 – 100 % Kommentar:	Inga könsskillnader
● Brukarbedömning daglig verksamhet, LSS - självbestämmande	2016: 73 % 2022: 76 %	Kommuner: 47 – 100 % Kommuner: 36 – 100 %	Inga direkta könsskillnader

		Stora skillnader mellan kommuner	
● Patientupplevd kvalitet avseende kontinuitet och koordinering i primärvården, index	2015: 70 2022: 71	Regioner: 59 – 78 Regioner: 66 – 75 Stora skillnader mellan regioner	Något högre bland män
● Patientupplevd kvalitet avseende respekt och bemötande i primärvården, index	2015: 85 2022: 85	Regioner: 82 – 90 Regioner: 83 – 87	Något högre bland män
● Patientupplevd kvalitet avseende emotionellt stöd i primärvården, index	2015: 74 2022: 76	Regioner: 69 – 80 Regioner: 73 – 79	Något högre bland män
● Stillasittande	2018: 47 % 2022: 50 %	Kommuner: 26 – 59 % Regioner: 33 – 53 % Kommuner: 31 – 65 % Regioner: 41 – 57 % Stora skillnader mellan kommuner och mellan regioner	Betydligt högre män
● Självskattad hälsa (bra/mycket bra)	2015: 73 % 2022: 73 %	Kommuner: 57 – 84 % Regioner: 69 – 75 % Kommuner: 58 – 87 % Regioner: 68 – 77 % Stora skillnader mellan kommuner som också ökat något	Män högre än kvinnor Finns inga tecken på minskad relativ ojämlikhet i hälsa
● Medellivslängd	2015: ♀ 83,8 ♂ 80,1 2022: ♀ 84,6 ♂ 81,0	Kommuner: ♀ 79,7 - 86,4 ♂ 75,4 – 83,1 Regioner: ♀ 82,6 – 84,7 ♂ 78,5 – 81,1 Kommuner: ♀ 81,3 – 87,5 ♂ 76,2 – 84,4	Längre liv kvinnor Finns inga tecken på minskad relativ ojämlikhet i hälsa

		Regioner: ♀ 83,4 – 85,5 ♂ 79,9 – 82,3	
		Stora skillnader mellan kommuner samt mellan regioner, oförändrat	

Äldres hälsa

Område/indikator	Resultatjämförelse mellan år	Kommun/region-skillnader Lägsta – högsta resultat de olika åren	Jämlikhet- och jämställdhet
● Fallskador 80+	2015: 62 /1000 inv. 2021: 58 /1000 inv.	Kommuner: 33 – 90 / 1000 inv. Regioner: 5020/ 100 000 inv. Kommuner: 31 – 95/1000 inv. Regioner: 4327 – 6922/ 100 000 inv. Stora skillnader mellan kommuner och mellan regioner	Mycket högre kvinnor men pos utveckling. Ingen minskning bland män
● Brukarbedömning, hemtjänst äldreomsorg – bemötande, förtroende, trygghet	2016: 70 % 2022: 66 %	Kommuner: 54 – 81 % Kommuner: 51 – 81 % Stora skillnader mellan kommuner	Könsuppdelad statistik saknas

En samverkansresa för hälsa

Hälsofrämjande och förebyggande arbete blir alltmer nödvändigt. Detta är en rapport som summerar hur arbetet med Strategi för hälsa har utvecklats över tid, tillsammans med en uppföljning av överenskomna mål. Den innehåller också en nulägesbild av hur det hälsofrämjande och förebyggande arbetet har utvecklats i Sveriges länsgemensamma ledningar för skola, socialtjänst samt hälso och sjukvård.

Rapporten lyfter fram potentialen till större genomslag för redan fungerande arbetssätt. Systematiken är fortfarande avgörande för ett långsiktigt resultat av hälsofrämjande och förebyggande arbete. Ett ytterligare avstamp för fortsatt arbete är att SKR och andra berörda nationella aktörer i högre grad behöver utgå ifrån ett lokalt och regionalt fokus.

Redaktörer och upplysningar om innehållet:
Jesper Ekberg
Elisabeth Skoog Garås

© Sveriges Kommuner och Regioner
1:a upplagan, juni 2023

ISBN 978-91-8047-185-5
Post: 118 82 Stockholm | **Besök:** Hornsgatan 20
Telefon: 08-452 70 00 | www.skr.se
Beställ eller ladda ner på skr.se/publikationer