

# Minskade hälsoskillnader

ETT GEMENSAMT ANSVAR

## Innehåll

<b>Minskade hälsoskillnader – ett gemensamt ansvar .....</b>	<b>3</b>
Förord .....	3
Hur ser hälsoskillnaderna ut? .....	4
Hur ska hälsoskillnaderna åtgärdas? .....	5
Hälsans bestämningsfaktorer .....	5
Sju grundläggande förutsättningar och nio åtgärdsområden .....	6
Grundläggande förutsättningar .....	7
1. Människan i centrum – delaktighet och mänskliga rättigheter .....	7
2. Gör jämlikt och jämställt .....	7
3. Utgå från det som främjar hälsa – Empowerment .....	7
4. Medskapande .....	7
5. Utgå från lokala och regionala behov och förutsättningar .....	8
6. Gemensamt ansvar för finansieringen .....	8
7. Värna tilliten och förtroendet i samhället .....	8
Åtgärder inom nio åtgärdsområden .....	9
1. Samordning och systematik .....	9
2. Kunskap och analys .....	10
3. Bostad och boendemiljö .....	11
4. Barns och ungas hälsa .....	12
5. Barns och ungas utbildning .....	14
6. Arbete och egen försörjning .....	15
7. Arbetsliv och arbetsmiljö .....	16
8. Vård och social omsorg .....	17
9. Äldres hälsa .....	19
Minskade hälsoskillnader – ett gemensamt ansvar .....	20

# Minskade hälsoskillnader – ett gemensamt ansvar

## Förord

Det är på den lokala nivån, i det dagliga livet, i mötet med varandra och med välfärdens tjänster såsom skolan, vården och omsorgen som hälsan för kvinnor och män, flickor och pojkar, påverkas till det bättre eller till det sämre. De stora välfärdsreformerna och andra satsningar på hälsa och välfärd har bidragit till att det genomsnittliga hälsoläget i Sverige är mycket gott i en internationell jämförelse.

Det finns dock stora utmaningar inom folkhälsoområdet, som exempelvis en ökad psykisk ohälsa eller ökat stillasittande i befolkningen. En annan stor och övergripande utmaning är att skillnaderna i hälsa mellan olika grupper i samhället är förhållandevis stora och dessutom har ökat under de senaste årtiondena.

Snabb urbanisering och en åldrande befolkning utgör demografiska utmaningar som Sverige står inför, med konsekvenser för både välfärd och samhällsekonomi. Att förbättra folkhälsoområdet och minska hälsoskillnaderna ökar våra möjligheter att klara framtidens välfärd. Minskade hälsoskillnader är också en förutsättning för ett ekonomiskt och socialt hållbart samhälle och helt avgörande för att Sverige ska bidra till att uppnå de globala hållbarhetsmålen, Agenda 2030.

För att minska skillnader i hälsa behöver vi främja att alla delar av samhället tar ett ansvar, såväl den enskilda människan som samhället i stort. Det krävs generella, tvärsaktoriella och innovativa åtgärder som är hälsofrämjande och som behöver utformas och anpassas utifrån lokala förutsättningar och utifrån olika människors och gruppers behov och förutsättningar.

För kongressperioden 2016 – 2019 har SKL antagit följande inriktningsmål:

- SKL ska verka för att kommunerna, landstingen och regionerna arbetar hälsofrämjande och förebyggande för att stärka social hållbarhet och minska skillnader i hälsa.
- SKL ska verka för att kommuner, landsting och regioner arbetar för att uppnå målet om att sluta folkhälsoklyftan inom en generation.

År 2016 var ”Minska folkhälsoklyftan” en särskild prioriterad fråga av SKL:s styrelse. I denna slutrapport beskrivs sju grundläggande förutsättningar, nio åtgärdsområden och ett antal åtgärder som SKL bedömer är centrala för att minska hälsoskillnaderna i samhället. Rapporten vänder sig såväl till kommuner, landsting och regioner som till den statliga nivån och utgör utgångspunkt för SKL:s fortsatta arbete för att minska folkhälsoklyftan inom en generation.



Lena Micko  
Ordförande i Sveriges Kommuner och Landsting

## Hur ser hälsoskillnaderna ut?<sup>1</sup>

Enligt WHO:s oberoende kommission för hälsans sociala bestämningsfaktorer innebär *ojämlikhet i hälsa* ”systematiska skillnader i hälsa som bedöms vara åtgärdbara genom rimliga åtgärder globalt eller inom samhället.”<sup>2</sup> SKL bedömer att det är viktigt att synliggöra skillnader i hälsa mellan olika samhällsgrupper bland annat utifrån:

- Kön
- Sociala och ekonomiska faktorer som utbildningsnivå, inkomstnivå, social status/position
- Geografiska faktorer
- Andra faktorer: etnisk tillhörighet, religion eller annan trosuppfattning, sexuell läggning, könsöverskridande identitet och uttryck, ålder samt funktionsnedsättning

Det genomsnittliga hälsoläget i Sverige är i ett internationellt perspektiv mycket gott men skillnaderna i hälsa mellan olika grupper i samhället ökar. Exempelvis ökar medellivslängden och skillnaden minskar mellan kvinnor och män. Däremot ökar skillnader i medellivslängd mellan personer med kort respektive lång utbildning. Den psykiska ohälsan ökar bland yngre, samtidigt som den minskar för äldre. Självmorden minskar något totalt, förutom för åldersgruppen 15–24 år.

Levnadsvanorna skiljer sig åt mellan olika samhällsgrupper och är nära förknippade med skillnader i livsvillkor och levnadsförhållanden, såsom social miljö, utbildningsnivå och ekonomiska förutsättningar. Rökning, hög konsumtion av alkohol, osunda matvanor, fysisk inaktivitet och sömnstörningar är välkända riskfaktorer för stora folksjukdomar som cancer och hjärt- och kärlsjukdomar.

Dödligheten i hjärt- och kärlsjukdomar och cancer har minskat under senare år, men skillnaderna i befolkningen har kvarstått. Personer med kort utbildning löper större risk att insjukna och dö i hjärt- kärlsjukdomar och cancer, jämfört med personer med lång utbildning. Förändringar i befolkningens sammansättning, såsom ett ökat antal äldre eller fler invandrade personer, har inneburit nya hälsokonsekvenser. Exempelvis har det totala antalet anmälda fall av den antibiotikaresistenta bakterien MRSA ökat kraftigt, där bidragande orsaker kan vara ett ökat antalet provtagningar och att fler människor på flykt har sökt vård.

De grupper som löper särskilt hög risk för ohälsa är ungdomar med kort eller ofullständig utbildning, kvinnor i arbetaryrken eller med hög arbetslöshet, personer födda i ett utomeuropeiskt land med arbetaryrken eller med hög arbetslöshet samt personer med funktionsnedsättning.

---

<sup>1</sup> Redovisningen av hälsoskillnaderna i detta avsnitt bygger på Folkhälsorapport 2016, Folkhälsomyndigheten (2016) samt Det handlar om jämlik hälsa.

Delbetänkande från nationell kommission för jämlik hälsa (SOU 2016:55)

<sup>2</sup> WHO Commission on the Social Determinants of Health. Closing the gap in a generation (2008)

## Hur ska hälsoskillnaderna åtgärdas?

### Hälsans bestämningsfaktorer

I denna rapport beskrivs sju grundläggande förutsättningar, nio åtgärdsområden och ett antal åtgärder som SKL bedömer är centrala för att minska hälsoskillnader. De tar sin utgångspunkt i den lokala och regionala nivån och bygger på vetenskapliga analyser och slutsatser från WHO samt från lokala, regionala, nationella och globala kommissioner för jämlik hälsa.<sup>3</sup> Dessa rapporter betonar att åtgärder behöver vidtas inom *hälsans bestämningsfaktorer*, det vill säga de faktorer i samhällsorganisationen och människors livsvillkor, levnadsförhållanden och levnadsvanor som bidrar till hälsa och ohälsa (Dahlgren/Whitehead 1991). För att åstadkomma resultat är det viktigt att parallellt arbeta på individnivå, gruppnivå och samhällsnivå.

Olika delar av samhället behöver agera för att minska hälsoskillnaderna. Kommuner, landsting och regioner är huvudmän för flera av de välfärdstjänster som ur ett livscykelperspektiv har mycket stor påverkan på befolkningens hälsa. Det handlar om hur hälso- och sjukvården, sociala omsorgen och skolan fungerar. Om hur bostads- och samhällsplaneringen bedrivs. Eller i vilken mån det finns kultur- och fritidsaktiviteter som på olika sätt främjar hälsa.

Regeringen och de statliga myndigheterna spelar en viktig roll när det gäller att utforma spelregler och skapa förutsättningar för kommuner, landsting och regioner och andra samhällsaktörer att agera för minskade hälsoskillnader. Även andra samhällsaktörer behöver finnas med i arbetet, såsom näringslivet, civilsamhällets organisationer och akademien.

De åtgärder som vidtas behöver vara generella och, där det är lämpligt, anpassade och utformade utifrån alla människors och gruppers behov och förutsättningar. De behöver riktas till de skillnader som finns i förutsättningar för en god hälsa (ex utbildning, arbete) samt i hälsoutfall (ex sjukdom, psykisk hälsa, levnadsvanor). Åtgärderna behöver alltid analyseras intersektoriellt utifrån olika faktorer, parallellt med kön.

---

<sup>3</sup> Flera internationella, nationella, regionala och lokala arbeten ligger till grund för rapportens breda och tvärssektoriella angreppssätt och som är uppbyggt utifrån hälsans bestämningsfaktorer. Bland dessa kan följande arbeten särskilt omnämnas. WHO:s policyramverk Health 2020, WHO Commission on the Social Determinants of Health. Closing the gap in a generation (2008), Det handlar om jämlik hälsa. Delbetänkande av kommissionen för jämlik hälsa (SOU 2016:55), För en god och jämlik hälsa. Delbetänkande av kommissionen för jämlik hälsa (SOU 2017:4), Malmös väg mot en hållbar välfärd: Kommissionen för ett socialt hållbart Malmö (Malmö stad 2013), Östgöta-kommissionen för folkhälsa (Regionförbundet Östsam 2014), Samling för social hållbarhet: Handlingsplan för jämlik hälsa i hela Västra Götaland (Västra Götalandsregionen 2013) samt Gör jämlikt – gör skillnad. Samling för social hållbarhet minskar skillnader i hälsa (SKL 2013)

## **Sju grundläggande förutsättningar och nio åtgärdsområden**

SKL bedömer att åtgärder behöver vidtas inom nio områden som är särskilt viktiga för att minska hälsoskillnaderna.

### *Åtgärdsområden*

1. Samordning och systematik
2. Kunskap och analys
3. Bostad och boendemiljö
4. Barns och ungas hälsa
5. Barns och ungas utbildning
6. Arbete och egen försörjning
7. Arbetsliv och arbetsmiljö
8. Vård och social omsorg
9. Äldres hälsa

De två första åtgärdsområdena handlar bland annat om styrning och ledning respektive uppföljning och analys och är således relevanta för alla övriga åtgärdsområden. Övriga åtgärdsområden belyser åtgärder för olika åldersgrupper och inom olika verksamheter som SKL bedömer har stor påverkan på hälsan utifrån en lokal och regional nivå.

De åtgärder som vidtas behöver beakta sju grundläggande förutsättningar för att hälsoskillnaderna ska minska.

### *Grundläggande förutsättningar*

1. Människan i centrum – delaktighet och mänskliga rättigheter
2. Gör jämlikt och jämställt
3. Utgå från det som främjar hälsa – empowerment
4. Medskapande
5. Utgå från lokala och regionala behov och förutsättningar
6. Gemensamt ansvar för finansieringen
7. Värna tilliten och förtroendet i samhället

## Grundläggande förutsättningar

### 1. Människan i centrum – delaktighet och mänskliga rättigheter

Varje enskild människa ska vara i centrum för samhällets åtgärder. Det innebär att verksamheter behöver organiseras och bedrivs på ett sätt som tillgodoser olika behov och förutsättningar utifrån kön, utbildnings- och inkomstnivå, social status, etnisk tillhörighet, religion eller annan trosuppfattning, bostadsort, sexuell läggning, könsöverskridande identitet och uttryck, ålder och funktionsnedsättning.

Det förutsätter att olika delar av samhällsorganisationen ”sträcker ut handen till varandra” och samverkar utifrån den enskilda människans behov och livssituation och att den enskilde blir delaktig i den verksamhet som berör henne. Samhällets organisering, rättstillämpning och ekonomiska incitamentsstrukturer behöver därför främja goda levnadsvillkor och hälsa för enskilda kvinnor och män, flickor och pojkar, så att deras mänskliga rättigheter respekteras och icke-diskriminering upprätthålls.

### 2. Gör jämlikt och jämställt

Generella välfärdsinsatser (exempelvis fria skolluncher, folktandvård, barn- och mödrahälsovård) som riktar sig till hela befolkningen och reformer inom skatte- och transfereringssystemen har haft goda effekter för jämställdhet, jämlikhet och för en god hälsa i befolkningen. I sin utformning behöver inte insatserna se lika ut för alla. För att minska hälsoskillnaderna kan det vara nödvändigt att anpassa och utforma insatserna efter lokala förhållanden och förutsättningar och utifrån de behov och förutsättningar som olika grupper kvinnor och män har. Det innebär att statistik, analyser, prognoser och andra former av underlag behöver synliggöra effekterna ur jämställdhets- och jämlikhetsperspektiv. För att klara detta behöver de normer som skapas och upprätthålls utifrån bristande jämställdhet och jämlikhet synliggöras och vägas in i utformningen av den egna verksamheten och de villkor den skapar för exempelvis brukare, patienter och invånare.

### 3. Utgå från det som främjar hälsa – Empowerment

Det kan vara mer effektivt att betona det som skapar god hälsa istället för att fokusera på det som skapar ohälsa, vilket förutsätter att verksamheter och insatser har en hälsofrämjande ansats. Det kan handla om att värna och stärka kvinnors och mäns fysiska, psykiska och sociala välbefinnande och att öka deras känsla av sammanhang. I välfärdstjänsternas möte med den enskilde handlar det också om att stärka individens tilltro till den egna förmågan och möjlighet att ta vara på sina egna resurser, egenmakt. Det innebär att främja människors eget ansvar och motivation för delaktighet och hälsa, till exempel som föräldrar.

### 4. Medskapande

Patient- eller personcentrerad vård, brukarmedverkan, medborgardialog, elevinflytande är begrepp för olika former av insatser och ansatser som främjar medskapande och som behöver bli ett integrerat arbetssätt för att involvera de brukare, patienter, elever och invånare som är berörda av åtgärderna. Medskapandet behöver gå hand i hand med att tillgodose alla kvinnors, mäns, flickors och pojkars behov, förutsättningar och förmågor. Utöver att främja demokrati och mänskliga rättigheter, har det empiriskt visat sig främja hälsa, god kvalitet och resurseffektivitet i välfärdstjänsterna.

## **5. Utgå från lokala och regionala behov och förutsättningar**

Relevanta, träffsäkra och genomförbara åtgärder åstadkoms genom att hänsyn tas till lokala och regionala behov och förutsättningar. Åtgärder måste baseras på den lokala demografiska utvecklingen, hälsosituationen, vilka samhällsaktörer som är verksamma på lokal och regional nivå, samt om åtgärderna sker i en glesbygds- eller storstadskontext. Åtgärder måste bygga på de prioriteringar som görs inom ramen för den lokala självstyrelsen och den lokala demokratin. Detta kan kräva regelförenklingar, bättre lagstiftning och minskad detaljstyrning från staten.

## **6. Gemensamt ansvar för finansieringen**

Minskade hälsoskillnader påverkar samhällsekonomin positivt. Därför behöver stat, landsting, regioner och kommuner gemensamt ta ansvar för finansieringen av åtgärder. Hälsöfrämjande och förebyggande åtgärder genomförs ofta i kommuner, landsting och regioner. De är många gånger kostsamma på kort sikt men lönsamma på längre sikt. Den samhällsekonomiska vinsten tillfaller emellertid inte alltid den samhällsaktör som står för investeringen. Ibland finansieras hälsofrämjande och förebyggande åtgärder via riktade statliga bidrag som utgår från nationella behov och prioriteringar. Dessa är ofta kortsiktiga och står inte alltid i relation till de lokala behoven. Finansiering av hälsofrämjande och förebyggande åtgärder bör som regel göras inom ramen för generella och värdesäkrade statsbidrag som medför att kommuner, landsting och regioner har möjlighet att göra lokala prioriteringar och långsiktiga planeringar.

## **7. Värna tilliten och förtroendet i samhället**

Att människor känner tillit och har förtroende till varandra och till samhällets institutioner är grundläggande för demokratin och för en ekonomiskt och socialt hållbar utveckling. Det främjar även hälsan. Om tilliten är låg och det finns stora skillnader i tillit mellan olika samhällsgrupper och delar av landet ökar risken för ekonomiska och hälsomässiga klyftor, korruption, brottslighet och konflikter. Det är inte bara de offentliga institutionerna som kan bidra till en hög tillit i samhället. Såväl civilsamhällets organisationer, näringslivet och akademien behöver uppmärksammas mer tydligt i arbetet genom olika former av partnerskap och samarbetsavtal.



# Åtgärder inom nio åtgärdsområden

## 1. Samordning och systematik

Att minska hälsoskillnaderna i samhället är ett övergripande mål som är av strategisk betydelse och som därför behöver prioriteras högt på den politiska agendan. Vidare behöver det finnas förutsättningar att integrera målet i ordinarie styrning och ledning.

### *1.1 Nationell samordning för minskade folkhälsklyftor*

Eftersom åtgärder för att minska hälsoskillnader inbegriper flera samhällsområden och samhällsnivåer behöver det finnas förutsättningar för kommuner, landsting och regioner att adressera tvärsektoriella utmaningar på ett mer samordnat sätt över huvudmannagränser. Detta är nödvändigt för att det nationella kunskapsstödet ska bli mer relevant och ändamålsenligt.

Regeringen bör säkerställa att olika departement vars områden har påverkan på hälsoskillnaderna samordnar sig i högre utsträckning än idag. Det innebär att exempelvis samordna arbetet med ANDT och psykisk hälsa till det ordinarie folkhälsoarbetet samt knyta an till andra närliggande frågor som Agenda 2030, jämställdhet och mänskliga rättigheter samt att uppdrag till statliga myndigheter integrerar arbetet för att minska hälsoskillnaderna på ett adekvat och tydligt sätt.

Regeringen bör dessutom ge möjlighet till ett formaliserat samråd mellan regeringen, SKL, kommuner, landsting och regioner för att möjliggöra en återkommande dialog kring hur statligt stöd för minskade hälsoskillnader kan anpassas och utformas på ett verkningsfullt sätt samt medverka till ett mer sammanhållet arbete för att minska hälsoskillnaderna från lokal till nationell nivå.

### *1.2 Integrera folkhälsoanalyser i ordinarie styr- och ledningssystem*

Övergripande upphandlings- personal- och kommunikationsfrågor samt de mer verksamhetsspecifika frågorna behöver förhålla sig till målet om att minska skillnaderna i hälsa. Det behövs därför både kortsiktiga och långsiktiga mål som både är satta på befolknings- och verksamhetsnivå och att de åtgärder som vidtas bygger på utfallet av dessa mål. Arbetet behöver integreras i mål- och budgetprocessen, vilket innebär att en analys av hälsan i befolkningen bör synliggöras och bedömas i budgetunderlag, verksamhetsplanering, delårsuppföljning och årsredovisning. En god analys främjas om representanter från verksamheter, andra organisationer och invånare inkluderas. Lärdomar från PDSA (plan, do, study, act) eller den anpassade modellen ”SKL:s styrsnurra för utveckling och förbättring” kan vara en hjälp i detta arbete.<sup>4</sup>

---

<sup>4</sup> Läs närmare i Guide för planering, uppföljning, analys och åtgärder: <http://uppfoljningsguiden.se/artiklar/guide-for-planering-uppfoljning-analys-och-atgarder/>

### *1.3 Analysera de konsekvenser som olika reformer och politiska beslut har för minskade hälsoskillnader*

I samband med införandet av nya reformer på nationell nivå och inför större politiska beslut på lokal och regional nivå är det viktigt att synliggöra de effekter som besluten kan ha på hälsoskillnaderna. Konsekvensanalyser kan lyftas fram i direktiv till statliga utredningar, i regleringsbrev till statliga myndigheter eller i samband med större politiska beslut i kommuner, landsting och regioner. Modeller och verktyg som kan möjliggöra detta finns förvisso framtagna men behöver utvecklas utifrån olika användningsområden.

## **2. Kunskap och analys**

Åtgärder som syftar till minskade skillnader i hälsa behöver grundas i vetenskapliga analyser och bygga på kunskaper och erfarenheter av redan genomförda insatser på lokal, regional, nationell och internationell nivå.

### *2.1 Nationell statistik behöver vara relevant, tillgänglig och applicerbar*

Regeringen behöver säkerställa att nationell befolkningsdata utifrån kön synliggör utvecklingen av hälsan för olika grupper i samhället och är nedbrytbar på lokal och regional nivå (så långt det är möjligt). Det finns även behov av data som följer och beskriver kopplingen mellan olika områden, exempelvis hur personer med psykisk ohälsa klarar sig i skolan eller arbetslivet. Tillgänglig registerdata behöver samlas och kompletteras med undersökningar som mäter olika gruppers livsvillkor och levnadsförhållanden. Det finns ibland data på lokal och regional nivå som eventuellt kan aggregeras till nationell nivå och som kan bidra till ett mer samlat förbättringsarbete. Det är särskilt viktigt att regeringen tar ett samlat grepp kring barnhälsodata samt barnens levnadsförhållanden som kan användas på alla nivåer: lokalt, regionalt och nationellt. Data kan vara svåra att få fram för vissa grupper. Det kan exempelvis vara svårt och heller inte lämpligt att bryta ned statistiken på lokal och regional nivå (ex funktionsnedsättning, HBTQ, etniska och religiösa minoriteter). Kunskap om hälsan hos dessa grupper behöver därför samlas in och analyseras på nationell nivå men göras lättillgänglig och applicerbar för lokal och regional nivå.

### *2.2 Mer applicerbar och relevant forskning*

Trots att grundläggande kunskaper och vetenskapliga analyser är gjorda kring vilka faktorer som påverkar hälsoskillnaderna så saknas kunskap när det gäller vilka konkreta åtgärder som kan vidtas på lokal och regional nivå samt hur dessa åtgärder kan implementeras på bästa sätt. Den akademiska forskningen behöver därför i högre grad utgå från de faktiska förhållanden som finns på lokal och regional nivå. Såväl grundforskning som tillämpad forskning bör uppmuntras liksom skapandet av mångfasetterade forskningsteam. Ett viktigt område är att bygga kompetens och kapacitet för att driva framgångsrik gemensam verksamhetsutveckling för olika aktörer och huvudmän. I detta ingår data för systematisk uppföljning och utveckling, att utforma lämpliga insatser och verksamheter, att kunna testa och utvärdera resultat och ekonomi, att utveckla nya sätt att styra mot resultat.

### *2.3 Stärk det regionala kunskapsstödet*

Det nationella kunskapsstödet som finns idag behöver utredas och landstingen och regionerna bör få en annan roll. Vissa delar som rör forskning och nationell statistik hör hemma på den nationella nivån. Däremot finns pågående statliga satsningar (Ex ANDT och HIV/STI) som utförs av Folkhälsomyndigheten och Länsstyrelsen och som med gott resultat skulle kunna bedrivas genom landstingen och regionerna. Till skillnad från Länsstyrelsen kan landstingen och regionerna på ett helt annat sätt tillmötesgå lokala och regionala behov, förutsättningar och prioriteringar. Ett stärkt regionalt kunskapsstöd kan bland annat bidra till analys och stöd av hälsofrämjande och förebyggande åtgärder på lokal och regional nivå (i samarbete med kommunerna). Formerna för ett stärkt regionalt kunskapsstöd inom folkhälsoområdet behöver därför utredas.

## **3. Bostad och boendemiljö**

Tillgång till en bostad och till en sund, trygg och trivsamt boendemiljö är grundläggande mänskliga behov med stor påverkan på hälsoskillnaderna i befolkningen.

### *3.1 En socialt hållbar boendemiljö*

Människor med olika bakgrund möts allt mer sällan i vardagen. Upplevda barriärer mellan bostadsorter, stadsdelar och förorter uppstår allt oftare. Samhällsplaneringen behöver därför vara hållbar och prioritera social sammanhållning i alla livsmiljöer. Kommunerna som har lokalkunskap behöver kunna göra egna avvägningar, både för städer, mindre orter och landsbygd och krav och regler måste kunna möta det kommunala helhetsansvaret i samhällsbyggandet. Socialtjänsten som har en överblick över utsatta grupper behöver vara en naturlig part vid bostads- och samhällsplanering. Satsningar på forskning inom hållbar samhällsplanering behöver öka och stöd behöver utformas som medverkar till att jämställdhet, jämlikhet och social hållbarhet ingår som naturliga delar. Staten bör dessutom vidta åtgärder som medför att viktiga statliga verksamheter som arbetsförmedling, försäkringskassa, polis och annan vital samhällsservice finns kvar i de områden där behoven är som störst.

### *3.2 Öka bostadsbyggandet och rörligheten på arbetsmarknaden*

Det behövs fler bostäder med varierade upplåtelseformer och möjlighet för alla att få bostad i Sverige. Kommunerna bör därför ha förutsättningar att planera för ett bostadsbyggande som svarar mot efterfrågan och säkrar bostadsförsörjningen för hushåll med olika ekonomiska förutsättningar. Utformningen av statliga riksintressen, strandskyddet och tillämpning av nya bullerregler samt länsstyrelsernas agerande försvårar bostadsbyggande och står i strid med allmänintresset att fler ska få bostad. Tydliga krav måste ställas på att få förutsättningar ekonomiskt och tekniskt i kommunerna för byggande även på kortare sikt, ge större frihet till kommunerna i arbetet kring detaljplanering och bygglovsprövning och stötta kommunerna i arbetet med att effektivisera sitt eget planerings- och genomförandearbete internt och tillsammans med andra lokala aktörer.

En viktig åtgärd för att öka rörligheten på bostadsmarknaden är att höja bostadsutgiftstaket i bostadstillägget. Det skulle underlätta för äldre med små inkomster och personer med nedsatt psykisk och fysisk funktionsförmåga att få en lämplig bostad.<sup>5</sup> En utredning bör dessutom initieras för att stärka unga vuxnas och nyanländas möjligheter att få bostad.

### *3.3 Åtgärder för personer som står utanför bostadsmarknaden*

Allt fler personer i Sverige befinner sig långt utanför den ordinarie bostadsmarknaden. Det är inte längre bara den ”traditionella” gruppen hemlösa, de med social problematik som missbruk och psykisk ohälsa utan även andra grupper med svag ekonomi, ensamstående föräldrar, unga utan boenderefenser, utrikes födda, nyanlända, våldsutsatta kvinnor som vänder sig till socialtjänsten för att få hjälp att ordna sin boendesituation. Detta har skapat en sekundär bostadsmarknad med socialtjänsten som hyresvärd. Antalet så kallade sociala kontrakt har ökat med cirka 50 procent sedan 2008. En resurskrävande hantering för socialtjänsten och en osäker och ofri boendesituation för individen. Arbeten och bostäder måste skapas, men också mer riktade åtgärder för ett utökat mottagande och en jämnare fördelning av asyl- och flyktingmottagandet.

### *3.4. Förändra ebo-reglerna efter försöksverksamhet*

Möjligheten till eget boende för asylsökande har fått negativa sociala konsekvenser i vissa kommuner och stadsdelar genom ökad trångboddhet och fattigdom. För att motverka de negativa konsekvenserna av ebo-systemet, inte minst för barnen, behöver förändringar genomföras som innebär att vissa kriterier i boendet ska vara uppfyllda för att eget boende under asyltiden ska godkännas. En försöksverksamhet bör genomföras i samverkan mellan kommunsektorn och staten och syfta till att ta fram fungerande kriterier och rutiner och ge möjlighet att utveckla och utvärdera ett förändrat boendesystem. Försöksverksamheten bör även omfatta självbostättning<sup>6</sup> i samband med uppehållstillstånd, oavsett om den nyanlända har bott i anläggningsboende (abo) eller ebo under asyltiden.

## **4. Barns och ungas hälsa**

Det är viktigt att säkerställa och kompensera för att alla grupper av flickor och pojkar får en bra start i livet med goda uppväxtvillkor som stimulerar deras tidiga utveckling, inlärning och hälsa.

---

<sup>5</sup> En höjning av bostadsutgiftstaket föreslås i Slutbetänkandet – Bostäder att bo kvar i (SOU 2015:85)

<sup>6</sup> Med självbostättning avses de personer som efter att de har fått uppehållstillstånd på egen hand löser sitt boende, och därför inte anvisas till en kommun enligt Lag (2016:38) om mottagande av vissa nyanlända invandrare för bostättning, Bostättningslagen.

#### *4.1 Samverka för barns och ungas hälsa*

Barn och unga samt föräldrar, vårdnadshavare och anhöriga behöver stå tydligt i centrum för samhällets åtgärder och åtgärderna behöver vara i linje med Konventionen om barnets rättigheter. Verksamheter som barn och unga (och deras vårdnadshavare) kommer i kontakt med under uppväxtåren behöver vara av god kvalitet och samarbetet mellan olika hälsojourer och huvudmän behöver fungera väl – från mödrahälsovård, barnhälsovård, elevhälsa till ungdomsmottagningar. För att förbättra kunskapsöverföring mellan dessa verksamheter behövs fortbildning som syftar till att öka medvetenheten om varför kunskapsöverföringen är viktig och öka kunskapen om sekretessfrågor. I grundutbildningen bör denna fråga också ingå.

Viktiga verksamheter (mödra- och barnhälsovården, förskolan, socialtjänsten) för barns hälsa behöver samordna sina resurser så att kompetenser som barnmorskor, förskollärare, socialsekreterare och vid behov familjerådgivare, fritidsledare och andra verkar under samma tak, finns tillgängliga där människor bor och verkar och anpassas i innehåll och utformning så att de når ut till människor med störst behov. Goda exempel på integrerade verksamheter är familjecentraler.

#### *4.2 Utred organiseringen för barn- och ungdomshälsovården*

Trots att barn- och ungdomshälsan är mycket god i Sverige finns det anledning att se över om vissa förändringar i organisering och förändrade arbetssätt kan medverka till att barn- och ungdomshälsovården på ett ännu mer träffsäkert sätt än idag tillgodose alla flickors och pojkars rättigheter till hälsa oavsett bakgrund. Exempelvis behöver arbetssätt utvecklas som medverkar till att verksamheter når ut till de grupper som i lägre utsträckning än andra tar del av verksamheterna. I syfte att stärka stödet till barn i förskoleålder bör det utredas om elevhälsan även bör omfatta barn i förskoleåldern, eftersom kunskapen om barnets hälsa kan gå hand i hand med det stöd barnet får i förskolan. Inrättande av en ungdomshälsa för barn och unga i åldern 13-24 år behöver ses över eftersom hälsovården (via ungdomsmottagningar) för denna grupp är ojämnt fördelat i landet och för att alla flickors och pojkars rättigheter till hälsa, oavsett bakgrund ska tillgodoses.

#### *4.3 Testa ny samverkansmodell med elevhälsan som bas*

De resurser, kunskaper och kompetenser som finns inom primärvård, barn- och ungdomspsykiatri och socialtjänst når inte alla och behöver därför bättre anpassas och utformas utifrån flickor och pojkar med störst behov. Det är därför viktigt att utveckla elevhälsan på ett sätt så att flickor och pojkar kan få stöd och hjälp i ett tidigt skede och på ett lättillgängligt sätt. Det är inte ovanligt att skolan ser behoven av behandlande insatser men inte har kapacitet eller befogenheter att stå för sådana insatser. Detsamma gäller för elever med hög skolfrånvaro (s.k. hemmasittare). Elevhälsan bör därför i högre grad utgöra en bas i samverkan med relevanta funktioner inom skola, hälso- och sjukvård och socialtjänsten som utifrån sina respektive uppdrag bör finnas tillgängliga i skolmiljön. En sådan samverkansmodell bör testas.

## 5. Barns och ungas utbildning

Förskolan, grundskolan och gymnasieskolan är alla centrala för att utveckla flickors och pojkars kompetenser och kunskaper genom lärande och utbildning på ett sätt som medverkar till god hälsa. En god utbildning ger möjlighet till arbete och försörjning vilket ökar möjligheten för människor att påverka sin livssituation.

### 5.1 Stärk det kompensatoriska uppdraget

För att hälsoskillnaderna ska minska behöver skolan ha möjligheter att verka kompensatoriskt och åstadkomma förändringar som gör att den socioekonomiska bakgrunden inte spelar sådan stor roll. Ett systematiskt kvalitetsarbete som syftar till att dokumentera, analysera och vidta åtgärder bidrar till att ge alla elever möjlighet att uppnå goda resultat och kan även stärka elevernas hälsa och förebygga psykisk ohälsa. Skolan har en viktig roll att tillgodose att alla barn och ungdomar, oavsett bakgrund, fullgör grundskolan och gymnasieskolan med godkända betyg samt att utbildningen underlättar inträdet på arbetsmarknaden.

### 5.2 Främja en inkluderande lärmiljö för alla elever

En inkluderande lärmiljö som förebygger och minskar risken för utanförskap under skoltiden behöver främjas. Att ge en likvärdig utbildning innebär inte att undervisningen ska utformas på samma sätt för alla eller att skolans resurser ska fördelas lika. Skolan behöver inta ett relationellt perspektiv, vilket innebär att mötet mellan eleven och omgivningen analyseras och förändras. När fokus flyttas från individen som problembärare till lärmiljön innebär det en synvända, där fokus riktas mot lärmiljön istället för till enskilda elever. Skolan behöver bli bättre på skapa lärmiljöer som gör det möjligt för varje elev att utvecklas så långt som möjligt, oavsett om de har särskilda utmaningar och är i behov av extra anpassningar eller särskilt stöd för klara kunskapskraven. Att mäta elevernas progression och synliggöra lärandet genom formativ bedömning påverkar motivation och självbild på ett positivt sätt.<sup>7</sup>

### 5.3 Förhindra skolfrånvaro och studieavbrott

Att barn och ungdomar lämnar grundskolan och gymnasiet med godkända betyg har stor inverkan på deras framtid och hälsa. De som inte är närvarande i skolan tillgodoses inte sin rätt till utbildning, löper stor risk att inte klara skolans kunskapskrav och riskerar att hamna i utanförskap. Inom det ESF-finansierade projektet ”Plug In” har skolor utvecklat en rad olika insatser för att möta elevers varierande behov. Ett individcentrerat arbetssätt har varit utgångspunkt och avgörande framgångsfaktor för att motverka studieavbrott. Exempelvis genom att utveckla undervisningens utformning och innehåll, skolmiljön, flexibel studietakt och individuellt anpassade studieplaner, olika typer av pedagogiskt stöd och motivationshöjande insatser. Dessa insatser och arbetssätt behöver spridas till huvudmän och skolor.

---

<sup>7</sup> Under 2017 kommer SKL att presentera och sprida en skrift om inkluderande lärmiljö. Materialet riktar sig till hela styrkedjan – politiker, chefer inom förvaltning, rektorer, lärare och elevhälsoteam.

#### *5.4 Regelbunden dialog mellan regeringen och skolans huvudmän*

Regeringen och skolans huvudmän behöver ha en regelbunden dialog för att möta skolans framtidsutmaningar. Skolans styrning behöver i större utsträckning bygga på tillit och ett tydligt samband mellan ansvar och befogenheter. Kunskaper och erfarenheter från skolans huvudmän behöver tas tillvara så att det bidrar till att utveckla skolans ledarskap, förbättra undervisningen och öka läraryrkets attraktivitet.

### **6. Arbete och egen försörjning**

Att ha arbete och egen försörjning är positivt för hälsan eftersom det ger en trygg inkomst och bidrar till att stärka känslan av sammanhang.

#### *6.1 Ekonomiskt bistånd ska vara tillfälligt*

För många som aldrig kommit in på arbetsmarknaden och inte kvalificerat sig till ersättningar såsom a-kassa och sjukpenning har det behovsprövade och individuella ekonomiska biståndet blivit den enda möjliga försörjningen. I dag är cirka 40 procent av bidragstagarna beroende av ekonomiskt bistånd i tio månader eller mer under ett kalenderår. Långvarigt biståndsmottagande förstärker utanförskap och försämrar möjligheten att få fast förankring på arbetsmarknaden, vilket medför negativa konsekvenser för hälsan. Det långvariga biståndsmottagande har aldrig varit lagstiftarens intention då biståndet är det yttersta skydds nätet samhället kan erbjuda. Regeringen och kommunerna behöver därför verka för att det ekonomiska biståndet återfår sin roll som ett tillfälligt ekonomiskt stöd vid kortare perioder av försörjningsproblem. Ekonomiskt bistånd ska inte vara ett försörjningsalternativ för långtidsarbetslösa.

#### *6.2 Samordna insatserna för personer som står utanför arbetsmarknaden*

En del av de personer som står utanför arbetsmarknaden har behov av arbetslivsinriktad rehabilitering med stöd från flera olika parter som Arbetsförmedling, Försäkringskassa, landsting och kommun. Det är därför viktigt att det finns möjligheter till olika insatser utifrån behoven hos olika grupper av kvinnor och män. Det är också viktigt med samordning av insatser, så att personer tillförsäkras att det individuella stödet inte förändras efter en tid eller om någon annan aktör tar över ansvaret. Olika samverkansstrukturer är därför viktiga. Samordningsförbundens potential kan utvecklas och användas mer resurseffektivt och med hög kvalitet så att fler personer får förutsättningar till egen försörjning. Antalet kommuner som ingår i ett samordningsförbund behöver därför öka. En annan samverkansstruktur, ”Mötesplatser och Information”, vars syfte är att förenkla nyanländas initiala etableringsprocess, behöver fortsätta att utvecklas.<sup>8</sup>

---

<sup>8</sup> Försäkringskassan, Arbetsförmedlingen, Migrationsverket, Pensionsmyndigheten och Skatteverket tillsammans med Sveriges Kommuner och Landsting, genomförde ett pilotprojekt på fem orter som kommer att utökas till totalt 27 nya Mötesplatser under 2017.

### *6.3 Utbildning och etableringsspar för kortutbildade nyanlända unga vuxna*

Många unga i åldern 20-29 år som är inskrivna i Arbetsförmedlingens etableringsprogram är kortutbildade och har svårigheter att komma in på arbetsmarknaden. Flera av dessa personer är nyanlända och det behövs därför särskilda insatser som höjer utbildningsnivån och som anpassas och utformas utifrån deras behov. Nyanlända i åldern 18-29 år med utbildningsbakgrund kortare än gymnasium behöver därför erbjudas en utbildning (etableringsinsats) som är längre än den nuvarande beroende på individuella förutsättningar.

## **7. Arbetsliv och arbetsmiljö**

Ett gott arbetsliv och en god arbetsmiljö stärker personlig utveckling, hälsa och välbefinnande. Hälsan påverkas både av den fysiska och psykosociala arbetsmiljön.

### *7.1 En jämlik och hälsofrämjande arbetsmiljöpolitik*

Goda arbetsförhållanden påverkar hälsan positivt, leder till bättre verksamhetsresultat och medför ökad attraktivitet som arbetsgivare. Det är därför viktigt att regeringens arbetsmiljöstrategi mer tydligt integrerar ett jämlikhets- och hälsofrämjande perspektiv. En god arbetsmiljöpolitik bör ha tyngdpunkt på att stödja arbetsgivare, medarbetare och fackliga organisationer att utveckla verksamheter som främjar god produktivitet, hälsa, medskapande och arbetsglädje.

### *7.2 Öka kunskapen om kopplingen arbetsliv och hälsa*

Kunskap om kopplingen mellan arbetsliv och hälsa är viktig för beslutsfattare, arbetsgivare och alla medarbetare. Personer i arbetaryrken har generellt högre sjukskrivningstal. Män drabbas oftare av dödsolyckor i arbetet och arbetsolyckor, medan kvinnor i högre grad anmäler arbetssjukdomar. Gynnsamma arbetsförhållanden stärker personlig utveckling, hälsa och välbefinnande, medan ogynnsamma arbetsförhållanden ökar risken för ohälsa. Bättre arbetsmiljö kan uppnås med konkreta råd, verktyg och metoder som kan anpassas utifrån arbetsmarknadens olika sektorer. Det är också viktigt att arbetsmiljökunskap integreras i yrkes- och universitetsutbildningar. Forskningen behöver också få ökade anslag och vara relevant för behov som finns i arbetslivet.

### *7.3 Äldre medarbetare. En resurs i arbetslivet.*

Det är väsentligt att uppmärksamma äldre medarbetarnas betydelse som resurs i arbetslivet. Allas arbetsförmåga behöver tas till vara för att uppnå ett mer jämställt och jämlikt samhälle. En slutsats är att arbetsmiljö- och hälsofrågor bör prioriteras genom hela arbetslivet mot bakgrund av att medarbetare blir äldre och för att de ska kunna och vilja stanna längre i arbete.

### *7.4 Inrätta ett nationellt kunskapscentrum för kunskap om och utvärdering av arbetsmiljö*

Regeringen bör bekosta och ansvara för organisering av ett forum för kunskap kring arbetslivsrelaterade förhållanden som bidrar till att minska hälsoskillnader. Det är viktigt att sprida kunskap om kopplingen mellan arbete och hälsa genom ett nationellt kunskapscentrum för frågorna som är inriktat på att sammanställa och tillgängliggöra både nationell och internationell arbetsmiljöforskning för arbetsmarknaden på ett systematiskt sätt. För att främja en god förankring och kontakt med arbetslivet bör arbetsmarknadens centrala parter ges möjligheter till insyn i och inflytande över ett sådant kunskapscentrum.



### *7.5 Stärk företagshälsovården*

Det är viktigt med tillgång till externt stöd när det uppstår arbetsmiljöproblem där arbetsgivaren inte har tillräcklig egen kompetens. Det är väsentligt att staten ordnar hållbar, långsiktig kompetensförsörjning för alla funktioner inom företagshälsovården och akut viktigt när det gäller företagsläkare. Offentliga sektorn och större företag har tillgång till stöd medan anställda inom småföretag mer sällan har tillgång till företagshälsovård. Statligt stöd till utveckling av främjande och förebyggande metoder är önskvärt liksom stöd till framtagning av evidensbaserade metoder för företagshälsovården.

### *7.6 Öka jämställdheten! Heltid ska vara norm*

Behoven av välfärdstjänster ökar samtidigt som många av välfärdens medarbetare går i pension. För att trygga kompetensförsörjningen och verksamhetens kvalitet behöver deltidsanställningar ersättas med heltidsanställningar och deltidsarbete med heltidsarbete. Fler heltidsarbetande i kommuner och landsting bidrar också till ökad jämställdhet och mer attraktiva jobb samtidigt som kvinnors ekonomiska självständighet och möjlighet att påverka sitt eget liv ökar.

### *7.7 En jämställd och jämlik kvalitetssäkrad sjukskrivnings- och rehabiliteringsprocess*

Att vara sjukskriven innebär i sig en ökad risk för ohälsa. En negativ inläsnings-effekt med svårighet att komma tillbaka i arbete kan enligt studier uppstå redan efter tre månaders sjukskrivning. Det är därför viktigt att göra ”rätt bedömningar” (undvika omotiverade skillnader mellan grupper) i rätt tid, genomföra tidiga insatser där behov finns, för återgång i arbete och att förebygga sjukskrivning om det är möjligt. Eftersom våldsutsatthet kan vara en bakomliggande orsak till långa sjukskrivningar behöver våld i nära relationer (fokus mäns våld mot kvinnor) samt jämställdhets- och jämlikhetsperspektivet tydligt genomsyra alla delar av sjukskrivnings- och rehabiliteringsprocessen.

## **8. Vård och social omsorg**

Tillgång till en god och jämlik vård och omsorg är grundläggande för att påverka hälsoskillnaderna och för att alla ska få den hjälp, vård eller behandling de behöver när de är sjuka eller befinner sig i utsatta situationer.

### *8.1 En statlig kunskapsstyrning som prioriterar jämställd och jämlik vård och omsorg*

Det är viktigt att Rådet för styrning med kunskap och befintliga samverkansarenor (NSK och NSK-S) särskilt fokuserar på arbetet med jämställd och jämlik vård och omsorg (inklusive tandvård). Det behövs forskning om åtgärder för jämställd och jämlik vård och omsorg, hur dessa kan implementeras och bli mer applicerbara för kommuner, landsting och regioner. Forskningen behöver vara tillämpbar med fokus på nyttiggörande. Det hälsofrämjande och förebyggande uppdraget behöver förtydligas och stärkas och resurser behöver avsättas för befolkningsinriktade åtgärder (ex uppsökande verksamhet). Officiell statistik inom primärvårdens insatser, äldres behov av vård och omsorg, vård och omsorgsprocesser, samverkan och tillgänglighet samt de anhörigas roll behöver utvecklas. Det behövs en standardiserad nationell insamling av uppgifter kring olycksfall och våld. Regeringen bör därför tillhandahålla sektorns uppdelade arbetsskadestatistik och bekosta sjukhusbaserad registrering av olycksfall, våld och självdestruktivt beteende.

### *8.2 Tillgänglighet utifrån olika gruppers behov och förutsättningar*

Tillgängligheten till vården och omsorgen behöver utvecklas utifrån behov och förutsättningar hos olika grupper i befolkningen. Tillgänglighet kan exempelvis handla om det geografiska avståndet, om lokaler är funktionsanpassade, om skriftlig information finns att tillgå på andra språk än svenska, om de ekonomiska kostnaderna är rimliga och om det finns tillräckligt stort förtroende för vården bland alla grupper. En annan faktor är digitaliseringen och övergången från traditionella tjänster till digitala tjänster, vilket både kan underlätta och försvåra tillgängligheten. När digitala tjänster utformas behöver därför krav ställas på att jämlikhetsperspektivet tillgodoses så att tjänsterna anpassas och utformas utifrån olika gruppers behov och förutsättningar. Regeringen behöver bidra med ett långsiktigt hållbart utvecklingsstöd för att tillgodose att digitaliseringen utvecklas på ett likvärdigt sätt och blir tillgänglig över hela landet (ex hållbar investering av bredband).

### *8.3 Jämställt och jämlikt bemötande, stöd och behandling*

För ökad kvalitet behöver kunskapen öka inom vård och omsorg när det gäller betydelsen av ett normkritiskt förhållningssätt, att förstå olika gruppers behov, vilken behandling eller stöd som behövs och hur pass väl brukare och patienter fullföljer behandlingen eller tar del av stödet. Ett sätt är att i det egna förbättringsarbetet på ett mer systematiskt sätt ta hand om brukare och patienters egna erfarenheter av vården och omsorgen. Personcentreringen inom vården behöver också se till hela personen och inte endast utgå från ålder och specifika diagnoser. Yrkes- och universitetsutbildningar behöver bli bättre på att lyfta medskapande, jämställdhet och jämlikhet.

### *8.4 Stöd till grupper i utsatta situationer*

Vård och omsorg behöver skapa förutsättningar för att varje människas rätt till hälsa tillgodoses. För att ge bättre stöd till utsatta barn är det därför viktigt att göra en översyn av socialtjänstlagen som möjliggör samverkan över kommungränserna. För att förbättra tillgången för personer med funktionsnedsättning är det viktigt att detta perspektiv alltid ingår i planering av verksamhet och att information är anpassad, till exempel lätläst eller uppläst, för att brukare och patienter ska kunna vara med och påverka. För barn och unga med funktionsnedsättning behövs en bättre samverkan mellan hälso-sjukvård, elevhälsa, skola och socialtjänst. Att använda samordnad individuell plan (SIP) med lagkrav att alla som är kallade ska delta bör underlätta denna samverkan. För personer med missbruksrelaterade problem behövs bättre samordning och samverkan, och ett regelverk som stödjer detta. Åtgärder för asylsökandes och nyanlända flyktingars hälsa behöver särskilt beaktas. Det krävs särskild kompetens för att göra hälsoundersökningar. För att förbättra kvaliteten i arbetet med hälsoundersökningarna och efterföljande stöd, behövs dessutom en rad regel-förenklingar och bättre kommunikation från exempelvis Migrationsverket. Utifrån ett brukar- och patientsäkerhetsperspektiv är det helt centralt med en bättre tillgång till kvalificerade tolkar, vilket även omfattar språk- och teckenkommunikation. Regeringen behöver därför öka antalet utbildningsplatser för blivande tolkar och se till att utbildningen svarar upp mot samhällets behov gällande såväl kvalitet som kvantitet.

## 9. Äldres hälsa

En ökad medellivslängd och en ökad andel i befolkningen som är 65 år eller äldre innebär att åtgärder för denna grupp blir allt viktigare när det gäller att minska hälsoskillnaderna i samhället.

### 9.1 Ett helhetsperspektiv behövs för en hälsosam ålderdom

De livsvillkor, levnadsförhållanden och levnadsvanor som funnits genom livet förstärks i den äldre befolkningen. Att allt färre personer arbetar och samtidigt försörjer allt fler innebär att åtgärder som skapar förutsättningar för att vara frisk och aktiv länge upp i åldrarna inte bara ökar livskvaliteten för de äldre, utan är också samhällsekonomiskt nödvändigt. En hälsosam ålderdom handlar inte bara om tillgång till vård och omsorg. Det handlar om hur hela samhället förmår att främja en miljö där alla äldre personer har möjligheter att delta i samhällslivet. Det behövs åtgärder som främjar social gemenskap och stöd, meningsfullhet, fysisk aktivitet och goda matvanor och som anpassas och utformas utifrån olika grupper äldres behov och förutsättningar.<sup>9</sup>

Regeringen, SKL, kommuner, landsting och regioner behöver därför arbeta mer samordnat för att säkerställa en jämställd, jämlik och hälsosam ålderdom. En lämplig utgångspunkt kan vara att utgå från WHO:s arbete med ett äldrevänligt samhälle som omfattar åtta områden som särskilt behöver beaktas: utomhusmiljöer och byggnader, transporter, bostäder, social delaktighet, respekt och social tillhörighet, deltagande i samhällslivet och aktivitet, information och kommunikation samt vård och omsorg.

### 9.2 Smarta och tillgängliga bostäder för äldre

Äldre personer har med tiden större behov av kontakter med hälso- och sjukvården. Idag utförs alltmer av hälso- och sjukvården i lokaler och miljöer utanför de traditionella vårdmiljöerna (exempelvis i den vanliga bostaden). Det är idag möjligt att utföra avancerad sjukvård i hemmet på ett patientsäkert sätt. Bostäder blir också alltmer digitala. Det innebär att det behöver finnas tillgång till bredband i alla bostäder för att möjliggöra en säker digital kommunikation mellan den boende (patient/brukare) och vårdens och omsorgens olika aktörer. Det är därför viktigt med en digital upprustning av bostäder för att klara de tekniska hjälpmedel, sensorer och andra digitala hjälpmedel som inom en snar framtid är en del av den moderna vården och omsorgen.

### 9.3 Främja fysisk aktivitet

Samhället behöver på olika sätt mobilisera för att främja fysisk aktivitet i den äldre befolkningen. Den äldre gruppen är mer stillasittande än den yngre befolkningen och flera är överviktiga. Risken att drabbas av en eller flera sjukdomar ökar med stigande ålder. Fysisk aktivitet leder till ökad rörlighet och minskat blodtryck. Ett utbildningskoncept kring levnadsvanor och friskfaktorer som utgår från Socialstyrelsens riktlinjer för levnadsvanor bör därför tas fram och tillgängliggöras för vård och omsorgspersonal inom äldreomsorg, kommunal hälso- och sjukvård samt personal inom verksamhet för personer med funktionsnedsättning.

---

<sup>9</sup> Uppsökande hälsosamtal är ett exempel på en hälsofrämjande och förebyggande åtgärd som kan främja en hälsosam ålderdom och även bidra till tidig upptäckt av eventuell ohälsa.

## **Minskade hälsoskillnader – ett gemensamt ansvar**

Att minska hälsoskillnaderna i Sverige och världen är en av de riktigt stora framtidsutmaningarna, nära kopplad till förverkligandet av de globala hållbarhetsmålen (Agenda 2030). Om hela samhället gemensamt tar ansvar så är det möjligt att uppnå målet att sluta folkhälsoklyftan inom en generation. Beslut behöver tas på såväl strategisk som verksamhetsnivå. Det är viktigt att vara uthållig och arbeta med frågan ur ett längre perspektiv än ett budgetår eller en mandatperiod.

Denna rapport har lyft fram sju grundläggande förutsättningar, nio åtgärdsområden samt ett antal prioriterade åtgärder som SKL utifrån en lokal och regional utgångspunkt anser vara nödvändiga för att minska hälsoskillnaderna. Rapporten kan ge ett stöd till ledningar i kommuner, landsting och regioner i samband med att ett strategiskt arbete för att minska hälsoskillnaderna ska påbörjas eller utvecklas.

Mot bakgrund av att den statliga nivån i flera fall skapar förutsättningar för ett framgångsrikt lokalt och regionalt arbete riktar sig flera av förslagen i rapporten även till regeringen och berörda statliga myndigheter. Den 31 maj 2017 lämnar regeringens kommission för en jämlik hälsa sitt slutbetänkande. Det är angeläget att kommissionen tydligt betonar den lokala och regionala nivån i sina förslag.

Rapporten utgör en utgångspunkt för SKL:s fortsatta arbete för att minska folkhälsoklyftan inom en generation. Därför kommer slutsatserna tas med i arbetet med en ”strategi för hälsa” som SKL under 2017 utarbetar tillsammans med kommuner, landsting och regioner i samverkan mellan skola, hälso- och sjukvård, socialtjänst och vård och omsorg. Ett huvudsyfte med strategin är att skapa en god och jämlik hälsa.



## Minskade hälsoskillnader

### Ett gemensamt ansvar

I rapporten beskrivs sju grundläggande förutsättningar, nio åtgärdsområden och ett antal åtgärder som SKL bedömer är centrala för att minska hälsoskillnaderna i samhället. Rapporten vänder sig såväl till kommuner, landsting och regioner som till den statliga nivån och utgör utgångspunkt för SKL:s fortsatta arbete för att minska folkhälsoklyftan inom en generation.

Upplysningar om innehållet  
Filippa Myrbäck, [filippa.myrback@skl.se](mailto:filippa.myrback@skl.se)

© Sveriges Kommuner och Landsting, 2017  
ISBN/Beställningsnummer: 978-91-7585-473-1

Beställ eller ladda ner på [webbutik.skl.se](http://webbutik.skl.se). ISBN/Beställningsnummer nr 978-91-7585-473-1