

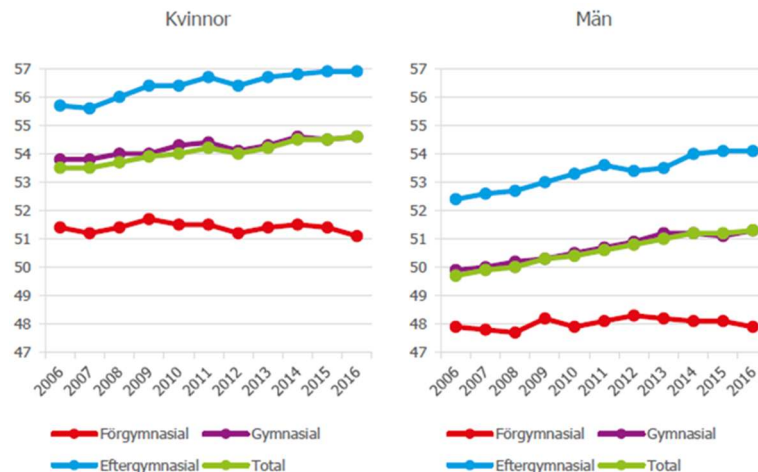


Ett målmedvetet partnerskap för god och jämlik hälsa i ett hållbart Dalarna – utkast till nyckeltal och indikatorer

Appendix till slutrapport från Samling för social hållbarhet i Dalarna.

Ett målmedvetet partnerskap för god och jämlik hälsa i ett hållbart Dalarna

Sedan ett trettiotal år tillbaka ses, både i Sverige och Dalarna, växande skillnader i hälsa mellan grupper med olika utbildningsnivå. Ju högre utbildningsnivå desto bättre hälsa. Skillnaden mellan de med lång och de med kort utbildning har vuxit till drygt 6 år för män och 5,5 år för kvinnor enligt SCB (figur 1) om man räknar återstående medellivslängd vid 30 års ålder.



Figur 1. Den återstående medellivslängden för svenskar vid trettio års ålder är nästan sex år kortare bland både kvinnor och män med kort utbildning jämfört med kvinnor och män med lång utbildning, och skillnaderna växer (SCB).

Växande skillnader i hälsa mellan grupper är skadliga för samhället som helhet och förklaras av ojämlika men åtgärdbara förhållanden i fördelningen av pengar, makt och andra resurser. Det handlar om resurser som möter upp mänskliga basala behov och som själva samhällsbygget är till för att tillgodose. Det är dels yttre resurser såsom friska ekosystem, en hälsosam livsmiljö, stödjande miljöer, socialt kapital och ekonomiska resurser dels inre resurser som tillit, kompetens, framtidstro, känsla av delaktighet, meningsfullhet och gemenskap.

Svensk lag är tydlig om det offentliga ansvar för de förhållanden som avgör människors hälsa och välbefinnande. Det handlar om sådant som ekonomisk säkerhet och fördelning, bostadsförhållanden och barns uppväxtmiljöer, utbildning, anställnings- och arbetsliv och miljö, hälso- och välfärdstjänster, kultur och fritid.

Staten har sitt ansvar. Därtill finns ett starkt regionalt och lokalt självstyre, som på demokratisk grund, har stort inflytande på de påverkbara faktorerna i samhället som bestämmer befolkningens livsvillkor, hälsa och välbefinnande. Men för att kunna utöva en gynnsam påverkan på befolkningens hälsoutveckling, hälsans bestämningsfaktorer och en hållbar samhällsutveckling krävs åtgärder inom alla sektorer och på alla nivåer

Styrning för god och jämlik hälsa = styrning för hållbar utveckling

God och jämlik hälsa är en förutsättning för en gynnsam samhällsutveckling, både ekonomiskt och socialt. Bristande och ojämlik hälsa i befolkningen innebär, förutom lidande hos de drabbade, en förlust av mänsklig potential, en dränering av resurser i alla sektorer och är hämmande för samhällsutvecklingen. God och jämlik hälsa, å sin sida, bidrar till ökad produktivitet, fler yrkesaktiva, högre utbildningsnivå, ökat sparande, friskare åldrande, mindre utgifter för sjuk- och socialförsäkring, mindre av förlorade skatteintäkter samt minskad förekomst av sociala risker.

God hälsa är således inte endast att betraktas som en mänsklig rättighet och en central komponent för välbefinnande. God och jämlik hälsa är även en nyttighet för hela samhället och en fråga som har sin grund i social rättvisa, jämlikhet och en hållbar förvaltning av gemensamma resurser.

Växande skillnader i hälsa mellan olika befolkningsgrupper speglar en pågående förlust av sociala hållbarhet i samhället och indikerar även förlorad ekonomisk och ekologisk hållbarhet. Att minska skillnader i hälsa är därmed både ett mål i sig och ett medel för utvecklingen av ett hållbart samhälle. Här finns potential till ett ökat engagemang hos beslutsfattare, näringsliv, lokalsamhällen och enskilda individer rörande befolkningens hälsoutveckling och de processer som främjar hälsa och förebygger ohälsa hos hela befolkningen.

Detta betyder att förmågan att leda och styra för god och jämlik hälsa är avgörande för möjligheten att bygga ett samhälle som ska klara de utmaningar som vi möter i Dalarna idag – socialt, ekonomiskt och ekologiskt.

Utmaning nummer ett – gör det tillsammans

Det är där människor växer upp, lever och arbetar som de förhållanden som främjar hälsa, välbefinnande och social sammanhållning skall formas. Detta kräver målinriktade samhällsinvesteringar som även främjar delaktighet, sociala nätverk och mötesplatser, aktivitet och trygghet. Lokala och regionala aktörer finns närmast befolkningen och utgör ryggraden i arbetet för jämlika livsvillkor och måste därför tillförsäkras resurser och kapacitet.

Styrning för jämlik hälsa och välbefinnande kräver därtill sektorsövergripande samarbete på likvärdiga premisser och med ömsesidig respekt för olika sektors huvuduppdrag. Samordningsvinster och ömsesidig nytta är viktiga incitament i sådana partnerskap och allianser. Det är också viktigt att identifiera potentiella intressekonflikter och ta fram lösningar utifrån detta. Därtill behövs öppenhet och delaktighet för bättre resultat och för att stärka människors egna resurser och resurser i det civila samhället.

Strategier, handlingsplaner och mål är dock aldrig bättre än hur man lyckas med att implementera dem. Policyer för jämlik hälsa och välbefinnande utan resurser, strukturer och stark politisk beslutamhet har liten effekt. Att arbeta tvärsektoriellt innebär betydande svårigheter i många avseenden, men är så avgörande för framgång att allt stöd som går att skapa för sådana arbetssätt är högt prioriterade utifrån en kunskapsbaserad helhetssyn på samhällsutvecklingen.

Därför är det en prioriterad uppgift och särskild utmaning för Dalarna att utveckla en regional samverkansstruktur till stöd för det tvärsektoriella arbetet på lokal och regional nivå för god och jämlik hälsa i ett hållbart Dalarna.

Utmaning nummer två – gör det annorlunda

Vi står inför komplexa samhällsproblem som inte kan åtgärdas av en enskild aktör eller en enskild förvaltning eller enskild samhällssektor. Lika viktigt som att stärka det tvärsektoriella arbetet, som beskrivs ovan, är att finna nya lösningar på problemen. Komplexa samhällsproblem kräver lösningar över förvaltningsgränser, nya driftsformer och nya former för samverkan, finansiering, styrning och kunskapsutveckling.

Regeringens handlingsplan för Agenda 2030 anger starkt innovationskraft som en av de främsta faktorerna för att skapa och upprätthålla en hållbar välfärd. Genom att förstärka samspelet mellan politik, civila samhället, akademi och näringsliv uppnås bättre förutsättningar för omställning till hållbara varor, tjänster och hållbar produktion.

Metoder för att systematiskt synliggöra och ta tillvara kunskap, erfarenhet och idéer som finns inom civil och privat sektor behöver utvecklas såväl på individnivå som på mer aggregerad nivå.

Kompetensstödet till ledare avseende förändrings- och innovationsledning behöver stärkas och utvecklas. Arbetsgivare i offentlig sektor bör undersöka hur personalpolitiken kan utvecklas för att motivera anställda att aktivt bidra till verksamhetens utveckling.

Att förverkliga en sådan mobilisering av innovationskraft kräver i sig nya arbetsätt och sociala innovationer. Med sociala innovationer avses innovativa tjänster, produkter, processer, samarbeten och metoder som strävar efter att möta samhällets utmaningar. Att söka och tillvarata sociala innovationer är ett eftersatt område i länet vilket motiverar att anta utmaningen att utveckla en regional arena för främjande av sociala innovationer i Dalarna.

Samling för social hållbarhet i Dalarna ger två rekommendationer

Slutrapporten för den tvååriga processen *Samling för social hållbarhet i Dalarna* presenterar två rekommendationer som en slutsats av processen. De båda rekommendationerna som riktas till ledningarna hos i första hand Region och Länsstyrelse, men även till Kommuner och Högskola, lyder:

1. En regional samverkansstruktur till stöd för det lokala tvärsektoriella arbetet för god och jämlik hälsa i ett hållbart Dalarna

Region Dalarna och Länsstyrelsen Dalarna bör

- ta ett gemensamt initiativ till att forma en regional samverkansstruktur till stöd för det lokala tvärsektoriella arbetet för god och jämlik hälsa i ett hållbart Dalarna. En sådan regional stödfunktion bör tas fram i ett brett utvecklingsarbete under gemensamt ansvar av Region Dalarna och Länsstyrelsen i Dalarna. Det långsiktiga målet är att i Dalarna skapa optimala förutsättningar för genomförandet av svensk folkhälsopolitik och dess potential att vara en del i förverkligandet av Agenda 2030.

2. Regional arena för sociala innovationer

Region Dalarna bör

- ta initiativ till att, tillsammans med andra regionala innovationsaktörer, skapa en regional arena för sociala innovationer. Arenan bör ses som ett komplement till nuvarande innovationssystem men med fokus på att fånga upp initiativ, kraft och engagemang från civilsamhället som kan bidra till nya, innovativa lösningar på komplexa samhällsfrågor. Arenan är en regional stödfunktion där innovationerna ges utrymme att få växa och lotsas rätt i innovationssystemet.

En arena för Agenda 2030

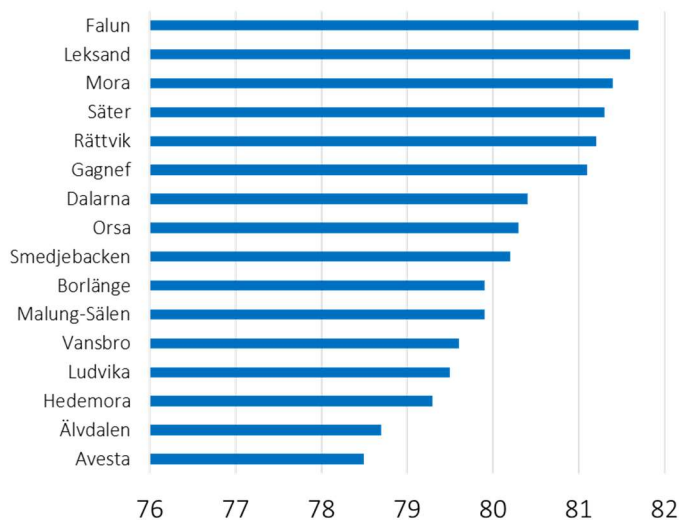
Båda dessa rekommendationer avser att i länet skapa en stimulerande miljö för en medveten utveckling av strukturella färdigheter såsom samverkanskompetens och tvärsektoriella arbetsätt, kunskapsbaserad praktik samt strategisk styrning och uppföljning/utvärdering. Det är ett led i att uppnå ökat utvecklingsfokus hos offentlig sektor till vilket det även hör att utveckla ett systematiskt och konstruktivt samarbete med civil och privat sektor. Allt syftar till att på bred front med ett hela samhället-perspektiv anta flera av de samhällsutmaningar vi befinner oss i. *Samling för social hållbarhet i Dalarna* har utgått från vikten av att förstå betydelsen av att minska skillnader i hälsa och verka för social hållbarhet vilket också är utgångspunkten för redovisningen av det utkast till nyckeltal och indikatorer som följer här. Denna utgångspunkt skall dock endast ses som en ingång till den större frågan om hållbar utveckling och således snarare uppfattas som en av flera vägar till att skapa en arena för Agenda 2030 i Dalarna.

Olika indikatorer och faktorer som relaterar till skillnader i hälsa i Dalarna

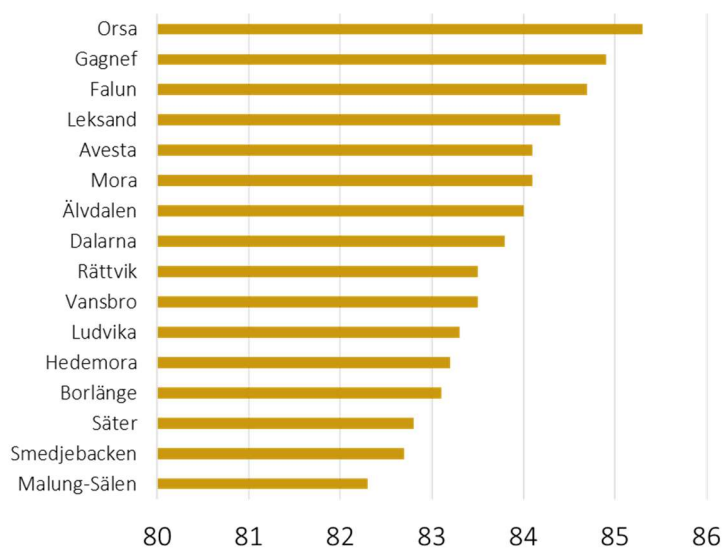
Nedan följer ett urval av indikatorer som är viktiga att följa i arbetet för jämlik hälsa, de är tillika inte sällan bidragande orsaker till att växande skillnader i hälsa uppstår. Vissa av indikatorerna ingår i SKL:s sammanställning av nyckeltal för Agenda 2030-arbetet i Sverige vilka, i sin helhet, finns sammanställda på analysportalen Kolada.se. I de fall som de ingår i SKL:s indikatorlista för Agenda 2030 ses en logotyp för respektive globalt mål som SKL kopplar till nyckeltalet. Från SKL finns även ett antal indikatorer framtagna för att stödja den Strategi för hälsa som togs fram 2017. Även de indikatorerna finns samlade på Kolada.se. Urvalet som redovisas nedan fungerar både som exempel på mått, indikatorer eller nyckeltal och ger samtidigt en bild av de utmaningar vi står inför som län.

a. Geografiska skillnader i hälsa Dalarna

Skillnader i hälsa ses även när olika geografiska delar av länet jämförs med varandra. De geografiska skillnaderna framgår tydligt när man till exempel tittar på den förväntade medellivslängden från 0 års ålder för män respektive kvinnor. Skillnaden i förväntade medellivslängd är ca 3 år mellan kommunerna med den kortaste och de med den längsta förväntade medellivslängden. Det gäller för både män och kvinnor.



Figur 2. Den förväntade medellivslängden från 0 års ålder hos männen i Dalarnas kommuner under mätperioden 2013-2017 (SCB)



Figur 3. Den förväntade medellivslängden från 0 års ålder hos kvinnorna i Dalarnas kommuner under mätperioden 2013-2017 (SCB)

Skillnad i medellivslängd = skillnad i sjukdomsburda och livsvillkor

En skillnad på 3 år i medellivslängd handlar inte bara om att kvinnor i Malung-Sälen och män i Avesta i snitt förväntas leva ca 3 år kortare än kvinnor i Orsa respektive män i Falun. Det speglar också att sjukdomsburdan är större över hela åldersspannet hos Malung-Sälens kvinnor jämfört med Orsas och hos Avestas män jämfört med Faluns. Skillnaderna i medellivslängd mellan länets alla kommuner talar alltså om skillnader i sjukdomsburda mellan kommunerna och ytterst om skillnader i livsvillkor genom hela livsspannet.

b. Andel barn inskrivna i förskolan

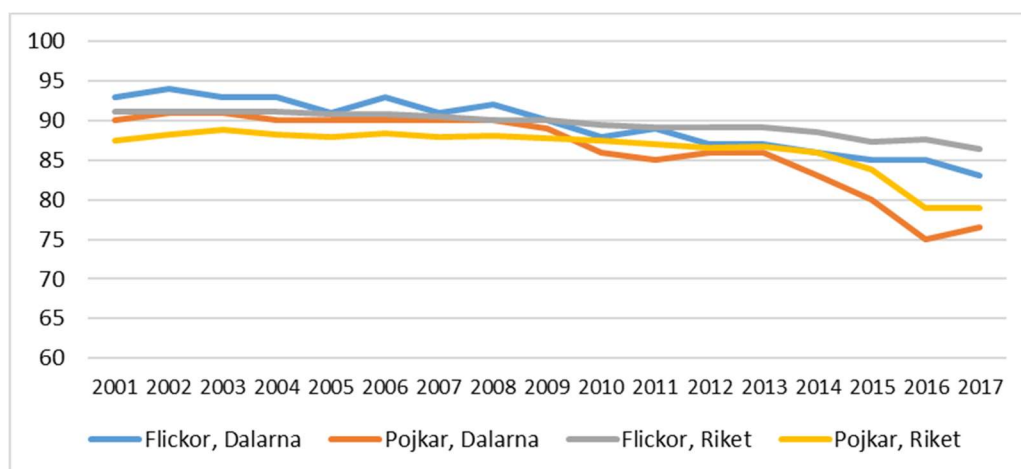
Andel barn inskrivna i förskolan ligger på 84 % i Riket, i Dalarna är siffran 82 %, det är den näst lägsta andelen i Landet. Högst ligger Blekinge med 87 % (Skolverket, 2017).

Förskolan främjar både hälsa och lärande, och kan dessutom ha en kompensatorisk effekt för barns livsvillkor och levnadsförhållanden. En litteraturöversikt visar att barn som har gått i förskola har färre psykiska problem och bättre skolresultat i språk och matematik, jämfört med barn som inte gått i förskola. Barnen som gått i förskola har även en längre utbildningsbakgrund och högre inkomst i vuxen ålder. Det är önskvärt att andelen barn som är inskrivna i förskolan ökar i Dalarna.

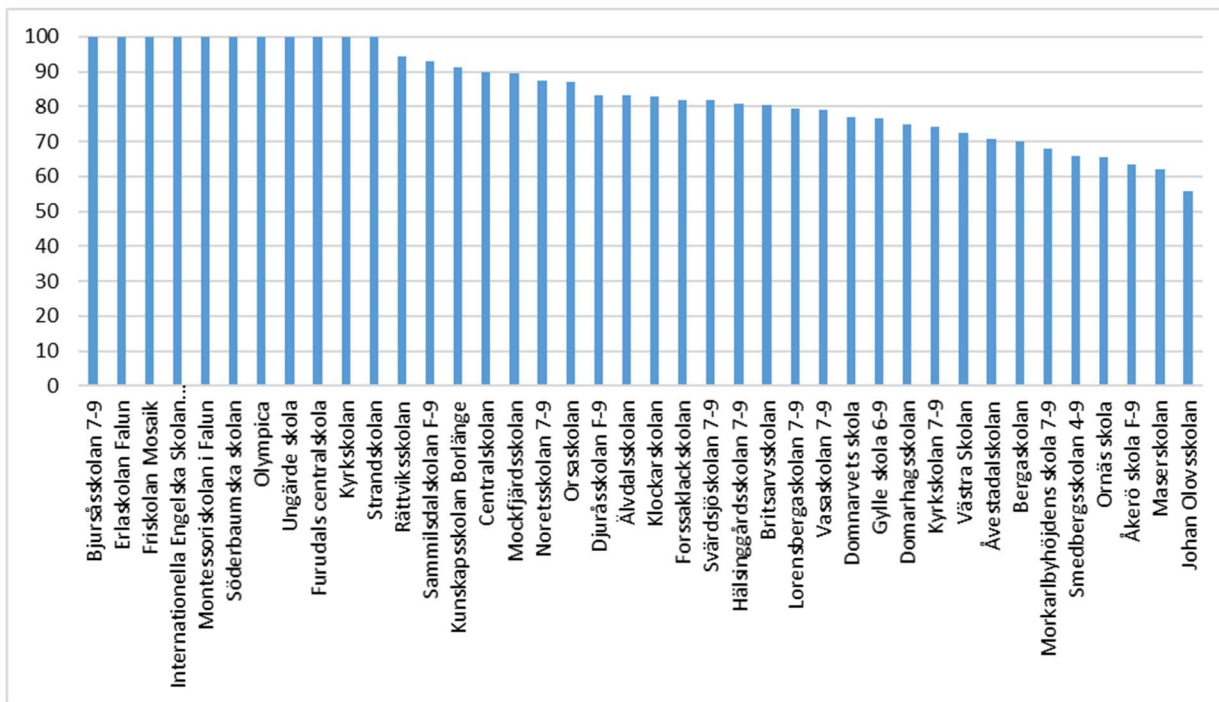
c. Gymnasiebehörighet och skolavhopp – ogynnsam utveckling i Dalarna

Utvecklingen i Dalarna liksom i övriga landet är att allt fler niondeklassare inte uppnår behörighet till gymnasieskolan. Likaså är det tydligt att pojkars skolresultat är betydligt svagare än flickors. Andelen elever i åk 9 som uppnått behörighet till gymnasiet har hos länets flickor minskat från 93 procent 2001 till 83 procent 2017 och hos pojkarna från 90 procent till ca 77 procent, figur 4. Det går hand i hand med en markant ökad spridning i gymnasiebehörighet mellan skolenheterna i länet. Variationen i andelen behöriga till gymnasiet ligger mellan 57 och 100 procent, figur 5.

Det finns en viss samvariation med socioekonomiska förhållanden som indikerar att ju bättre socioekonomiska förhållanden (CNI), desto större andel behöriga till gymnasieskolan och elever som slutför sin gymnasieutbildning.



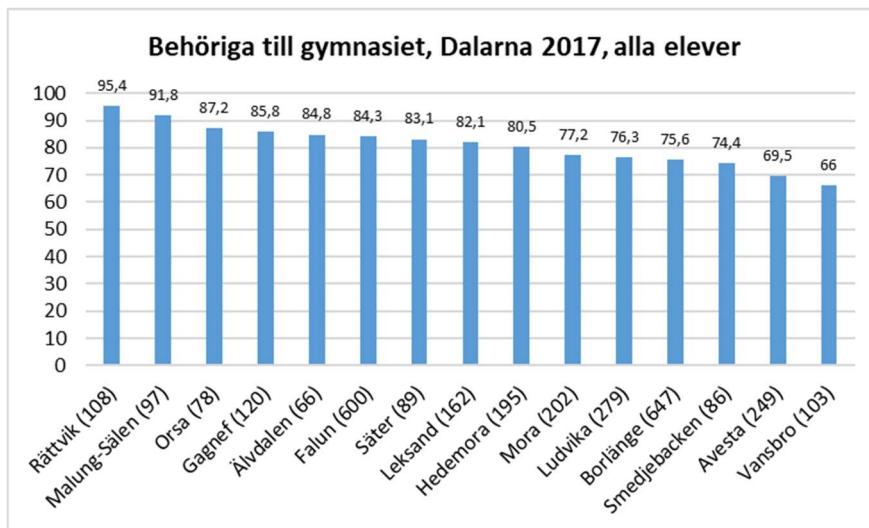
Figur 4. Andelen behöriga till gymnasiet minskar hos både flickor och pojkar (SIRIS)



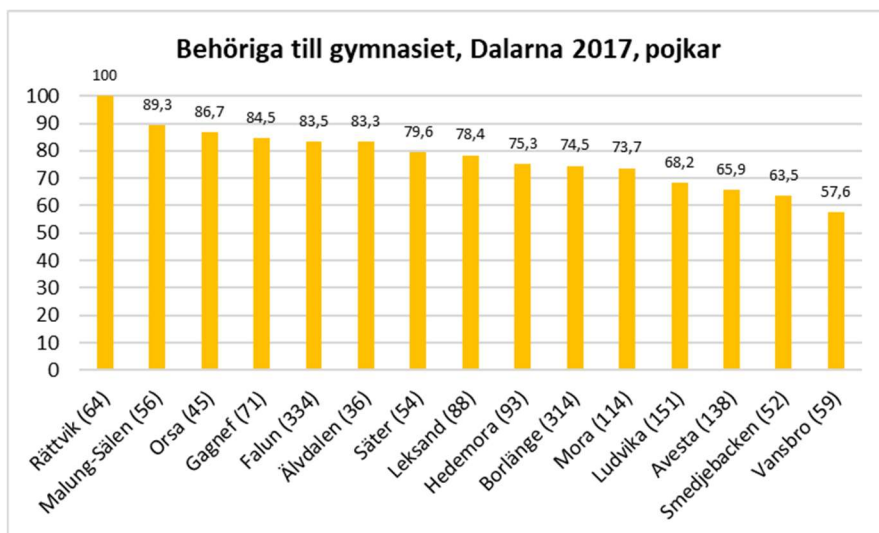
Figur 5. Hos 11 av länets 40 högstadieskolor uppnådde 100 % av niondeklassarna behörighet till gymnasiet 2017. Hos 11 andra av länets skolor missade mer än var fjärde elev behörighet till gymnasium (SIRIS)

d. Geografiska skillnader i skolresultat

Liksom det finns geografiska skillnader i hälsa mellan Dalarnas kommuner ses också geografiska skillnader i skolresultat. Nedan framgår skillnaderna mellan de 15 dalakommunerna vad gäller behörighet till gymnasiet utifrån betygen från vårterminen 2017.

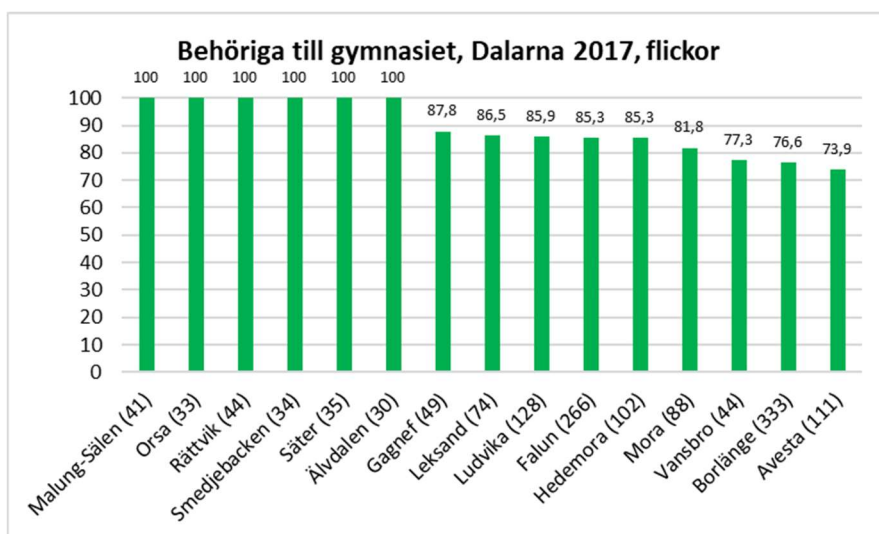


Figur 6. Andelen behöriga till gymnasiet, alla elever i Dalarna 2017, sträcker sig från 66 % för Vansbro till 95,4 % för Rättvik. Inom parentes anges antalet elever per kommun (SIRIS).



Figur 7.

Andelen behöriga till gymnasiet, pojkar i Dalarna 2017, sträcker sig från 57,6 % för Vansbro till ~100 % för Rättvik. Inom parentes anges antalet elever per kommun (SIRIS).



Figur 8.

Andelen behöriga till gymnasiet, flickor i Dalarna 2017, sträcker sig från 73,9 % för Vansbro till ~100 % i flera kommuner. Inom parentes anges antalet elever per kommun (SIRIS).

e. Hög andel invånare 0-19 år i ekonomiskt utsatta hushåll i Dalarna.



Med ekonomiskt utsatta avses hushåll med låg inkomst eller ekonomiskt bistånd (tidigare kallat socialbidrag). Med låg inkomst avses lägsta utgiftsnivå baserad på den socialbidragsnorm, som fastställdes på 1980-talet (med inflations-uppräknings) och en norm för boendeutgifter. Om inkomsterna understiger dessa normer definieras detta som låg inkomst. Med ekonomiskt bistånd menas att sådant erhållits minst en gång under året. Nyckeltalet beräknas på samma sätt som Rädda barnens Barnfattighedsindex som dock använder åldersgruppen 0-17 år.

Ekonomisk utsatthet och dålig hälsa har stark samvariation hos såväl vuxna som barn, men orsakssambanden är multifaktoriella. Ekonomisk stress påverkar psykiskt välbefinnande. Långvarig ekonomisk stress har också tydligt samband med ökad fysisk ohälsa och förkortad livslängd. För barn som lever i fattigdom under lång tid blir troligtvis hälsokonsekvenserna större samt även den långsiktiga risken för att själv hamna i ekonomiska svårigheter. En uppväxt i fattigdom innebär ofta mindre handlingsfrihet och kan påverka barns känsla av trygghet och barnen kan oroa sig för familjens ekonomi som dels ger en stress men även bidrar till anpassning av vilja till aktiviteter.

Dalarna tillhör de län med högsta andelen barn som lever i ekonomisk utsatthet. Totalt sett minskar denna andel i de flesta kommuner, men inte i de kommuner i länet som har den högsta andelen utrikesfödda, dvs. Borlänge, Ludvika, Avesta och Hedemora.



Figur 9. I Dalarnas län är andelen invånare 0-19 år i ekonomiskt utsatta hushåll 11,3 %. (SCB)

Barns situation särskilt angelägen att uppmärksamma för tidiga insatser

Små problem och små riskfaktorer kan över tid, om de inte hanteras tidigt, utvecklas till en stor och komplex problembild med utslagningseffekter från det etablerade samhället, se figur 10. Men det är svårt att tidigt förutsäga vilka individer som kommer att hamna i olika problembeteenden. Även om det går att identifiera grupper där risken för problem är större än för övriga befolkningen så är det ur den övriga befolkningen som de flesta kommer som utvecklar beteenden som är negativa för dem själva och omgivningen.

Småbarnsår	Tidiga skolår	Ungdomsår	Vuxen ålder
Beteendeproblem	Låg skolmotivation	Kriminalitet	Svagt socialt nätverk
Familjeproblem	Dålig skolprestation	Alkohol- och drogproblem	Kriminalitet
	Familjeproblem	Dåliga skolresultat	Alkohol- och drogmisbruk
	Dåliga kamratrelationer	Skolk	Kort utbildning
		Tidig sexuell debut	Arbetslöshet
			Dålig ekonomi
			Äktenskapsproblem
			Skilsmässa
			Psykisk ohälsa
			Tidig död

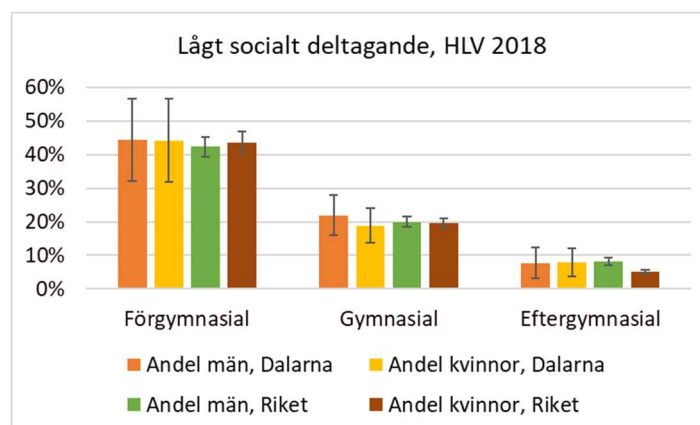
Figur 10. Vikten av tidiga insatser. Försummas chanserna att stödja det uppväxande barnet och dess familj i ett tidigt skede, när behoven upptäcks, ökar risken att problemen anhopas, blir allt svårare att hantera och leder till social utslagning och/eller sjukdom.



Figur 13. Kvinnor 25-64 år med eftergymnasial utbildning, andel (%). Eftergymnasial avser: eftergymnasial utbildning kortare än 3 år, längre än 3 år samt forskarutbildning. Källa: SCB.

h. Vanligt med lågt socialt deltagande hos grupper med kort utbildning

På frågan om socialt deltagande redovisar HLV 2018 den andel av befolkningen som endast deltagit i en (eller ingen) aktivitet under de 12 senaste månaderna. Det rör sig om sådant som föreningsmöten, konstutställning, sportutställning, släktsammankomst, fest m.m. Andelen med lågt socialt deltagande är hög hos personer med kort utbildning, hos både män och kvinnor. Det är särskilt vanligt hos personer över 65 år.

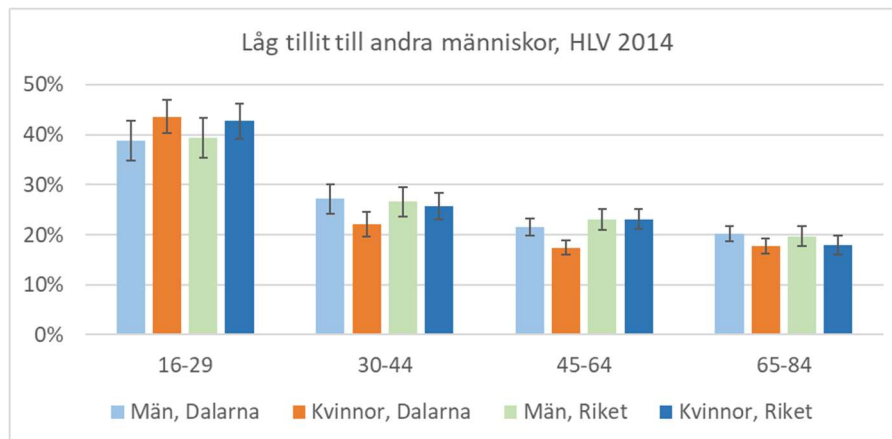


Figur 14. Lågt socialt deltagande är vanligast hos äldre och särskilt hos personer med kort utbildning

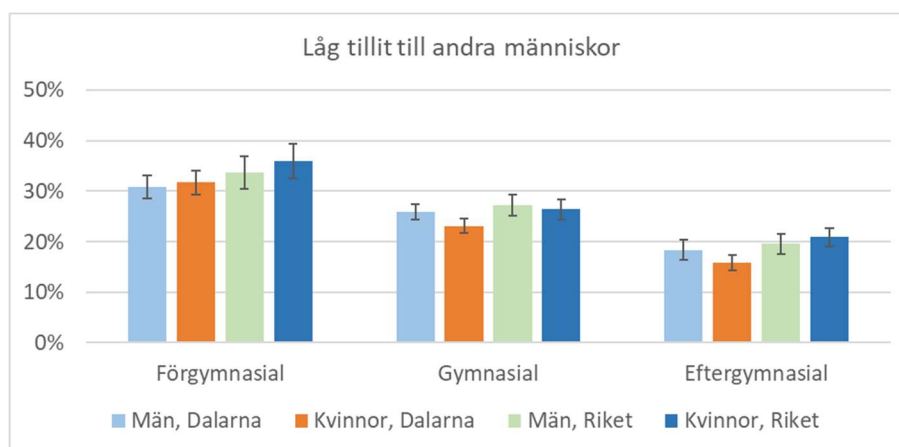
i. Låg tillit till andra människor vanligast bland yngre och personer med kort utbildning

Det är viktigt för välbefinnandet att vara bekräftad och känna sammanhang och tillhörighet i vardagen, i familjen, i skolan, på jobbet och bland vänner. Det gäller både det sociala och psykiska välbefinnandet. Den som känner tillit till andra är mer benägen att delta i sociala aktiviteter, vilket i sin tur bidrar till en god hälsa. Det omvända är till skada för såväl individen som för hela samhället med bland annat ökad segregation som får förödande sociala och ekonomiska konsekvenser. Dalarna skiljer sig inte från landet i övrigt men det är ett viktigt område att arbeta med även här.





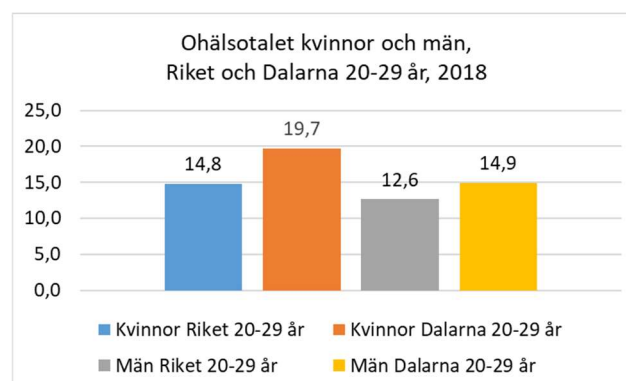
Figur 15. Det är en större andel (ca 40 procent) bland unga kvinnor och män (16–29 år) som uppger att man i allmänhet inte kan lita på de flesta människor, jämfört med övriga åldersgrupper.



Figur 16. Känslan av låg tillit är vanligare hos grupper med kortare utbildning (HLV 2014)

j. Höga ohälsotal i åldersgruppen 20-29 år i Dalarna, särskilt kvinnor

Ohälsotalet för kvinnor i åldersgruppen 20-29 i Dalarna 19,7 och ligger högst i landet, 33 % högre än för Riket. Ohälsotalet för män i Dalarna i samma åldersgrupp är 14,9 dvs. 18 % högre än Riket.

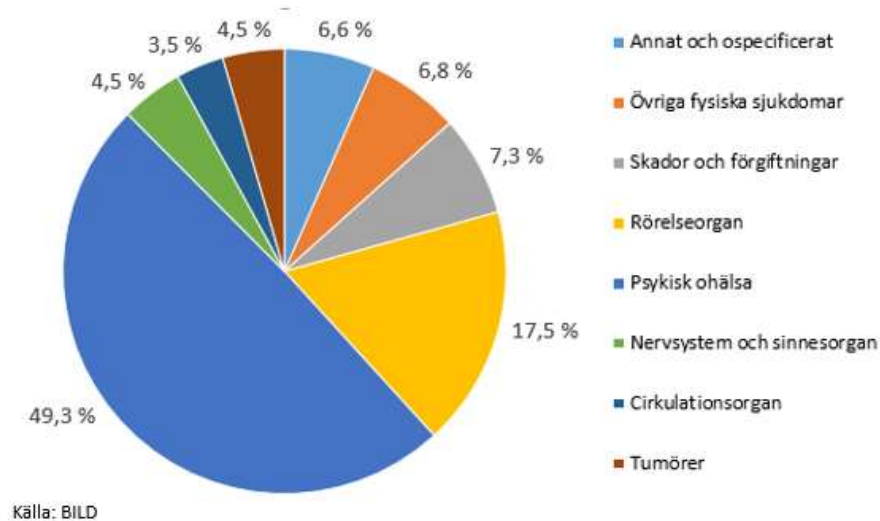


Figur 17. Kvinnor 20-29 år i Dalarna har högsta ohälsotalet i landet i åldersgruppen. Källa: Försäkringskassan

k. Stigande sjukpenningtal och fortsatt höga ohälsotal som sjunker litet

I december 2010 var sjukpenningtalet lägre än det någonsin varit tidigare – 6,0 dagar. Därefter har det skett en ökning inom samtliga yrkeskategorier och i december 2015 var sjukpenningtalet 10,5 dagar. Det innebär en ökning på 74 procent i landet som helhet. Störst ökning har skett inom service-, omsorgs- och säkerhetsarbete samt lärararbete med kortare utbildning. Psykisk ohälsa är den främsta orsaken till sjukskrivning, se figur 18.

Sjukdomsgruppernas andel (%) av det totala antalet sjukskrivningsdagar i Dalarna 2017

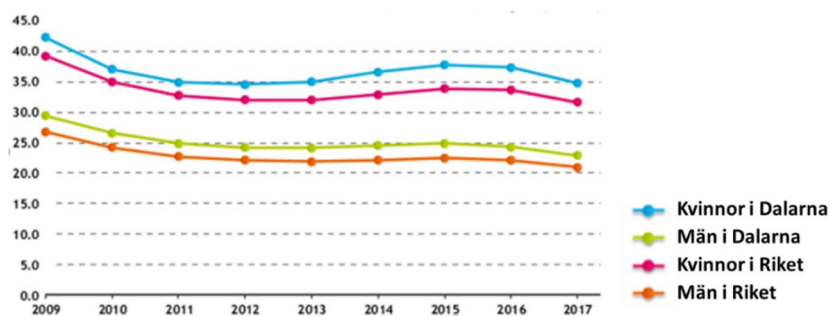


Figur 18. Psykisk ohälsa är den allra vanligaste orsaken till sjukskrivning och den ökar i betydelse. Starkt relaterad till psykisk ohälsa hör besvär från rörelseorganen som är den andra stora gruppen orsaker till sjukskrivning i Dalarna. Källa: BILD.

Den höga försörjningskvoten leder till en arbetsmarknad som bland annat karakteriseras av en omfattande brist på arbetskraft. Det finns stora behov av rekryteringar inom både privat och offentlig sektor då det saknas personal i de flesta verksamheter. I dagsläget utnyttjas personalen kraftigt. När det gäller utnyttjandet av personal ligger Dalarna i topp i riket.

Arbetskraftsbristen är i sig en faktor som påverkar sjukskrivningstalen. De branscher som har högsta antalet sjukskrivningar i Dalarna är de som är i störst behov av arbetskraft det vill säga de kvinnodominerande branscherna vård, omsorg och utbildning. Detta kan vara en av flera orsaker till att kvinnor också har högre sjukskrivningstal än män, figur 19.

Ohälsotalet, Dalarna och Riket, 2009-2017



Figur 19. Ohälsotalet sjönk under perioden 2003 till 2010 för att därefter åter öka och nu svagt sjunka igen. Ohälsotalet är betydligt högre i Dalarna än för Riket i snitt och högre för kvinnor än för män. Källa: Försäkringskassan.

I. Långtidssjukskrivna med psykiska sjukdomar och syndrom samt beteendestörningar, andel (%)



Figur 20. Antal pågående sjukfall med en längd om minst 60 dagar med diagnoskapitel F00-F99 dividerat med antal pågående sjukfall med en längd om minst 60 dagar. Data avser pågående sjukfall i slutet av december för valt år. Källa: Försäkringskassan.

m. Fetma

Fetman fortsätter att öka och är vanligare bland äldre och dem med kort utbildning. Fetma förekommer hos 15 % av kvinnorna och 15 % av männen i Riket. I Dalarna är motsvarande andelar 19 % hos kvinnorna och 15 % hos männen.



n. Förekomst av diabetes typ 2, andel (%)

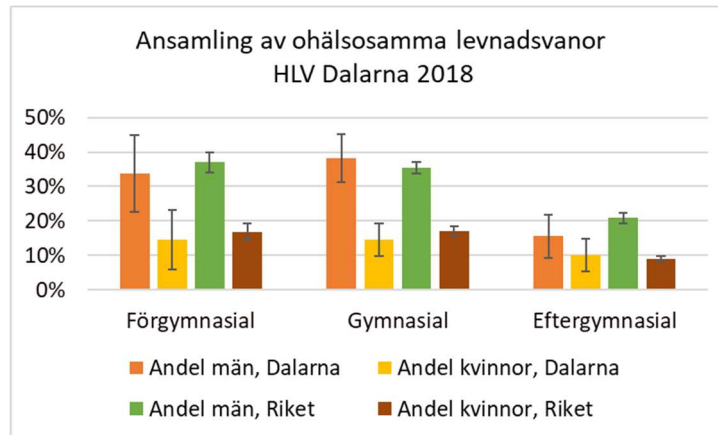
Bara Värmland har större andel typ 2 diabetiker än Dalarna.



Figur 21. Antal personer med diabetes typ 2 i Nationella diabetesregistret som andel av invånare per län. Personer 18 år och äldre. Mätperioden är 2 år. Motivet till att en tvåårsperiod valts är att inte alla personer med diabetes har ett årligt, registrerat besök. Källa: Nationella diabetesregistret (NDR) via Vården i Siffror.

o. Vanligt med ansamling av ohälsosamma levnadsvanor hos män

Ju fler riskabla levnadsvanor man har desto större är risken för sjukdom och tidig död. Totalt sett förekommer två eller fler riskabla levnadsvanor hos ca 30 % av männen i Dalarna och Riket och hos ca 13 % hos kvinnorna i Dalarna och Riket. Det är vanligast med flera ohälsosamma levnadsvanor särskilt hos män med kort och medellång utbildning.



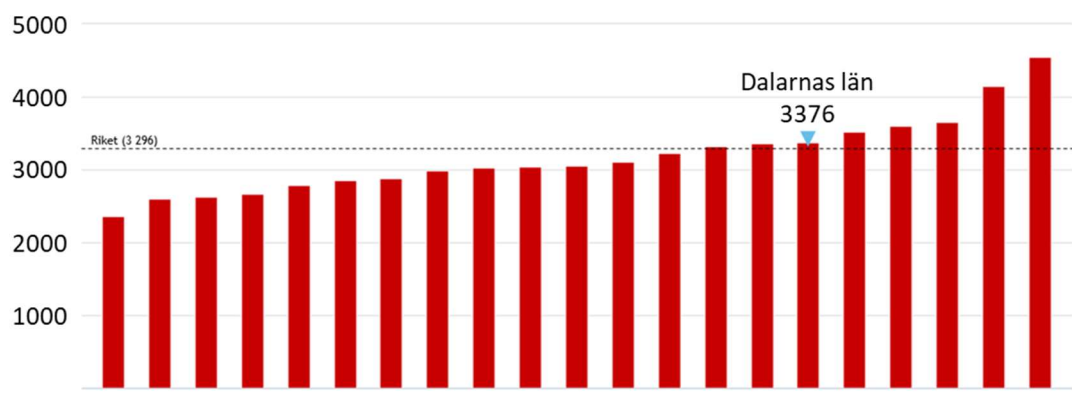
Figur 22. Männen utmärker sig med att samla på sig ohälsosamma levnadsvanor. En bidragande orsak till männens kortare medellivslängd.

p. Incidensen av hjärtinfarkter i Dalarna är näst högst i landet

Andelen hjärtinfarkter per 100 000 hos befolkningen över 15 år är i Riket för kvinnor 195 och för män 392. I Dalarna är motsvarande andelar 235 och 456, Dalarna ligger i topp strax efter Norrbotten. Tydliga skillnader finns mellan grupper med olika utbildningsbakgrund.

q. Vanligt med fallskador som kräver sjukhusvård hos äldre i Dalarna

Fallolyckor är idag den vanligaste skadeorsaken i Sverige, och bland äldre ökar de stadigt och utgör ett omfattande folkhälsoproblem. En orsak är den förändrade demografiska sammansättningen i samhället. Fallskador kan få allvarliga konsekvenser i form av höftfrakturer, som utöver lidande för den drabbade bidrar till stora samhällskostnader. Två tredjedelar av de som avlider till följd av fall är 65 år eller äldre, liksom hälften av alla som vårdas på sjukhus till följd av skada.



Figur 23. Genomsnittligt antal slutenvårdstillfällen till följd av fallolyckor bland individer 65 år och äldre, ett treårsmedelvärde, 2017. Antal per 100 000. Källa: Patientregistret, Socialstyrelsen.

r. Trenden att allt färre ska räcka till för allt fler är starkast i Dalarna

Dalarna har, tillsammans med Södermanland, den högsta demografiska försörjningskvoten i landet. Den demografiska försörjningskvoten beräknas som summan av antal personer 0-19 år och antal personer 65 år och äldre dividerat med antal personer 20-64 år och därefter multiplicerat med 100. Försörjningskvoten för Sverige totalt låg 2016 på 74,5, det innebär att på 100 personer i de mest förvärvsaktiva åldrarna 20-64 år finns det 74.5 personer som är yngre eller äldre. Ju högre tal detta mått visar (kvot) desto tyngre är försörjningsbördan för de som befinner sig i åldersgruppen 20-64 år. För Dalarna var den demografiska försörjningskvoten det året 84,4, alltså högst i landet, se figur 24.

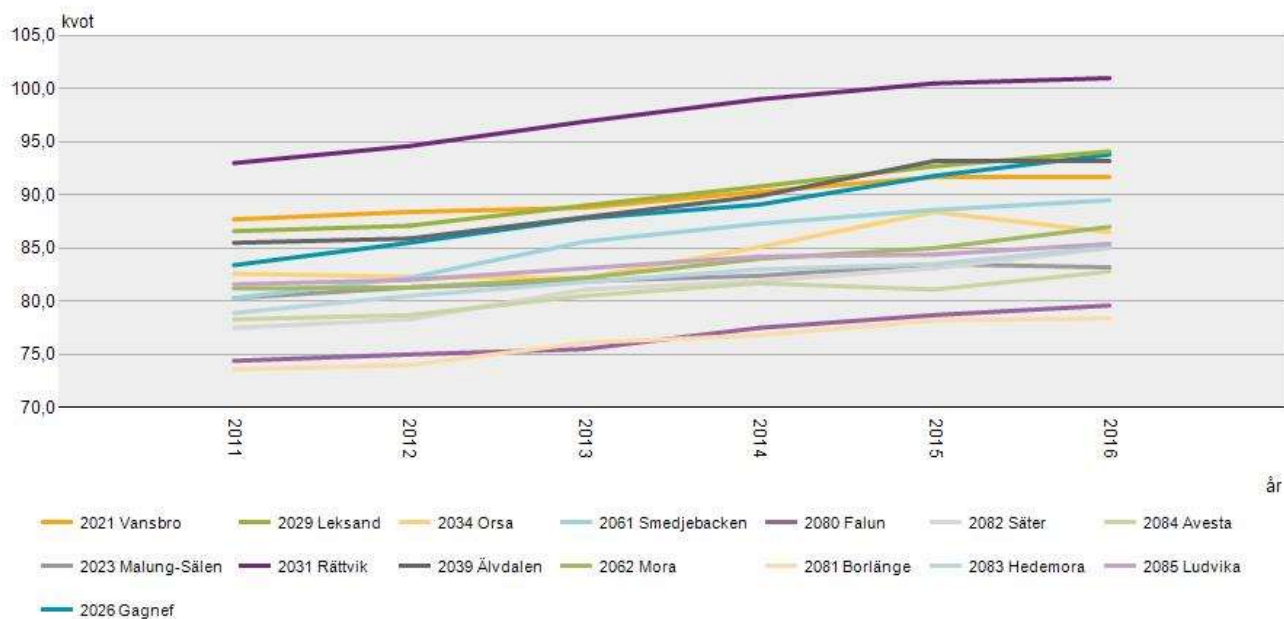


Figur 24. Dalarna toppar ligan vad gäller den demografiska försörjningskvoten. Dalarnas län ligger 10 enheter högre än Riket och ca 20 enheter högre än Stockholms län (SCB).

Dalarnas kommuner behöver öka invånarantalet och jobba smartare

Det kommunala skatteutjämningsystemet ökar möjligheten för kommuner med höga försörjningskvoter att klara sina välfärdsupdrag rent ekonomiskt. Men fortfarande är det i dessa kommuner som allt färre skall räcka till för allt fler. Det ställer helt nya krav på styrning och ledning som behöver främja samverkan och innovativa lösningar för att nå en förstärkning av länets humankapital och de system som stöder det.

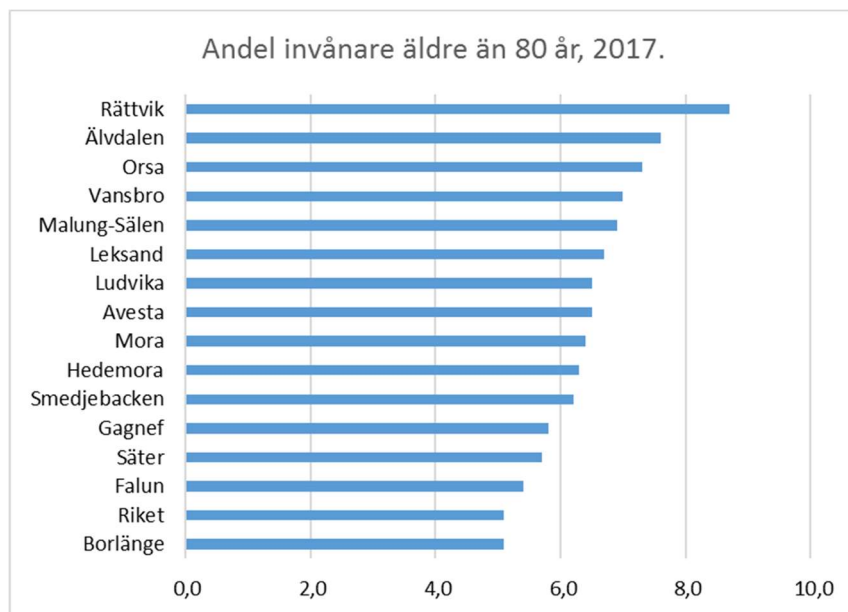
Demografisk försörjningskvot (R2) efter region och år



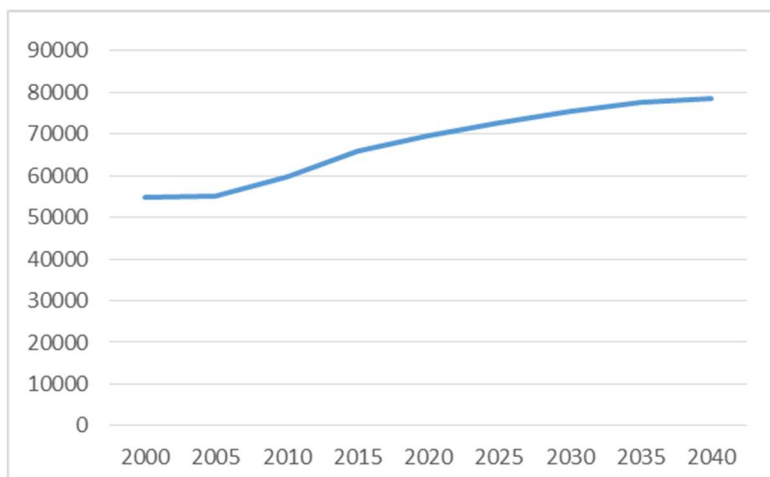
Källa: Statistiska centralbyrån (SCB)

Figur 25. Den demografiska försörjningskvoten hos Dalarnas kommuner spänner över ett intervall från strax under 80 (Falun och Borlänge) till över 100 (Rättvik).

Det är framför allt en åldrande befolkning som förklarar den växande försörjningskvoten i Sverige och Dalarna, se figur 26 a, b och c.



Figur 26a. Andelen äldre är i princip högre i alla Dalakommuner jämfört med Riket.



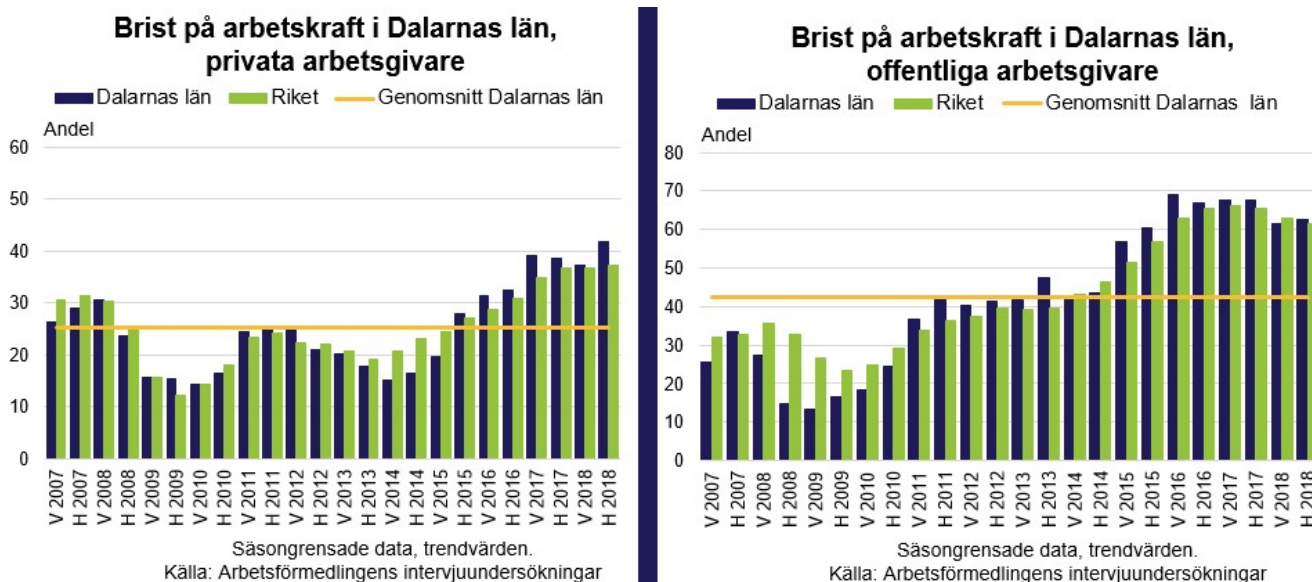
Årtal	Antal personer i Dalarna 65 år och äldre	Ökning i procent utifrån antalet 65 år och äldre 2015
2015	65 800	
2020	69 600	+ 5,8 %
2025	72 600	+ 10,3%
2030	75 400	+ 14,6%
2035	77 600	+ 17,9%
2040	78 400	+ 19,1%

Figur 26b och 26c. Antalet äldre i Dalarna ökar kraftigt nu och kommer att fortsätta öka kraftigt i ytterligare ca 20 år (bearbetat efter www.demografikonsulten.se).

s. Efterfrågan på arbetskraft fortsatt rekordhög

Under 2019 kommer efterfrågan på arbetskraft fortsätta vara stor trots en avsvallande konjunktur. Pensionsavgångarna är stora och behoven av ersättningsrekryteringar omfattande. Cirka 2 500 personer behövs för att ersätta dem som lämnar yrkesverksam ålder 16-64 år under året. Det är betydligt fler än den förväntade ökningen av totala antalet sysselsatta.

Tillgången på lämplig arbetskraft avgör arbetsmarknadens utveckling de kommande åren. Hösten 2018 var rekryteringsmöjligheterna de sämsta på många år, kanske ända sedan slutet av 1980-talet. Mer än 40 procent av de privata arbetsgivarna i Dalarna uppger i höstens undersökning att det varit brist på arbetskraft det senaste halvåret. Bland offentliga arbetsgivare är nivån över 60 procent.



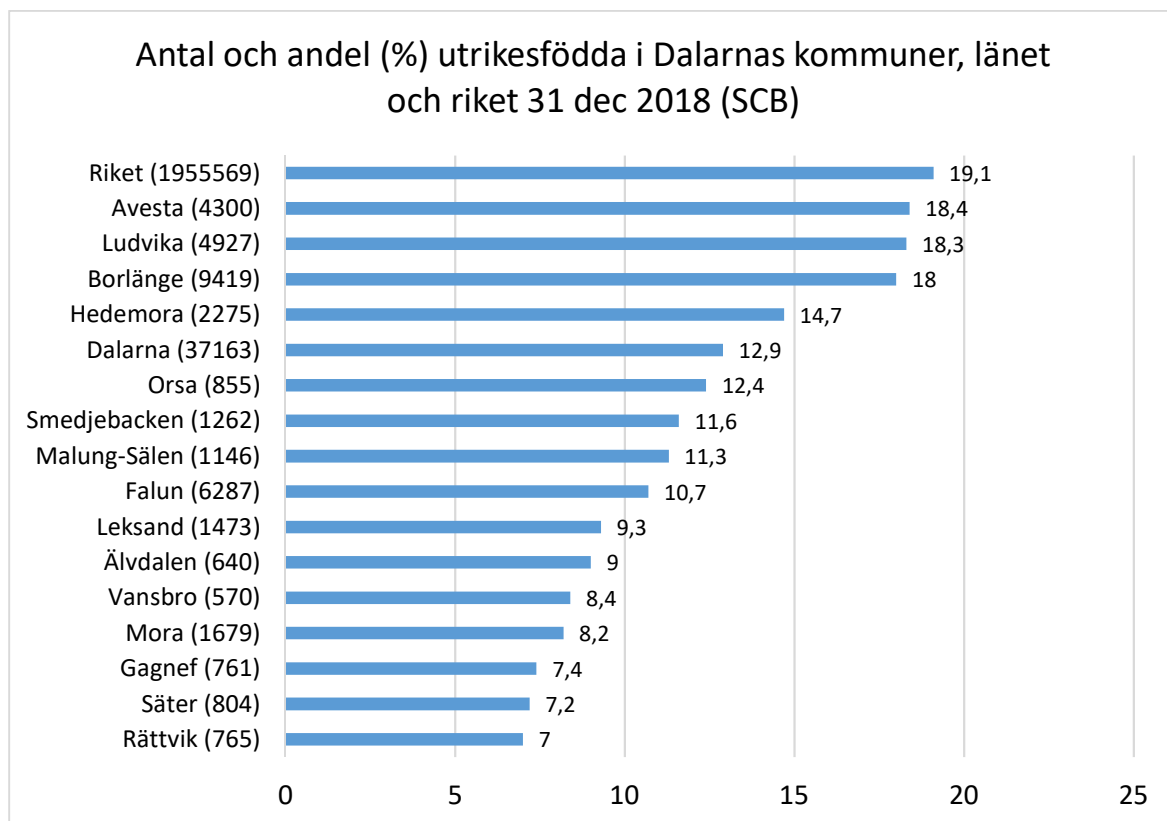
Figur 27. Länet förlorar tusentals miljoner i inkomster årligen och anställda i både privat och offentlig sektor i Dalarna får arbeta mer än vad man gör i övriga län i landet på grund av bristen på arbetskraft. Källa: Arbetsförmedlingen.

För det privata näringslivet blir effekterna att tacka nej till order och att personalen tvingas till övertidsarbete vilket innebär ekonomiska avbräck i form av utebliven produktion eller högre produktionskostnader. Andelen företag som varit tvungna att tacka nej till order är det högsta under de senaste sex åren i länet. I drygt en tredjedel av rekryteringsförsöken lyckades företagen överhuvudtaget inte rekrytera. Vakanstiderna förlängs och

för att hitta personal har man varit tvungen att sänka kraven på yrkeserfarenhet i första hand och utbildning i andra hand.

Inom offentlig sektor är den vanligaste konsekvensen av bristen på sökande att befintlig personal får arbeta mera. Kvalitén i servicen bedöms minska överlag, och man har försökt att råda bot på bristen genom internutbildning av personal eller inhyrd personal, med ökade kostnader som följd.

t. Antal och andel utrikesfödda



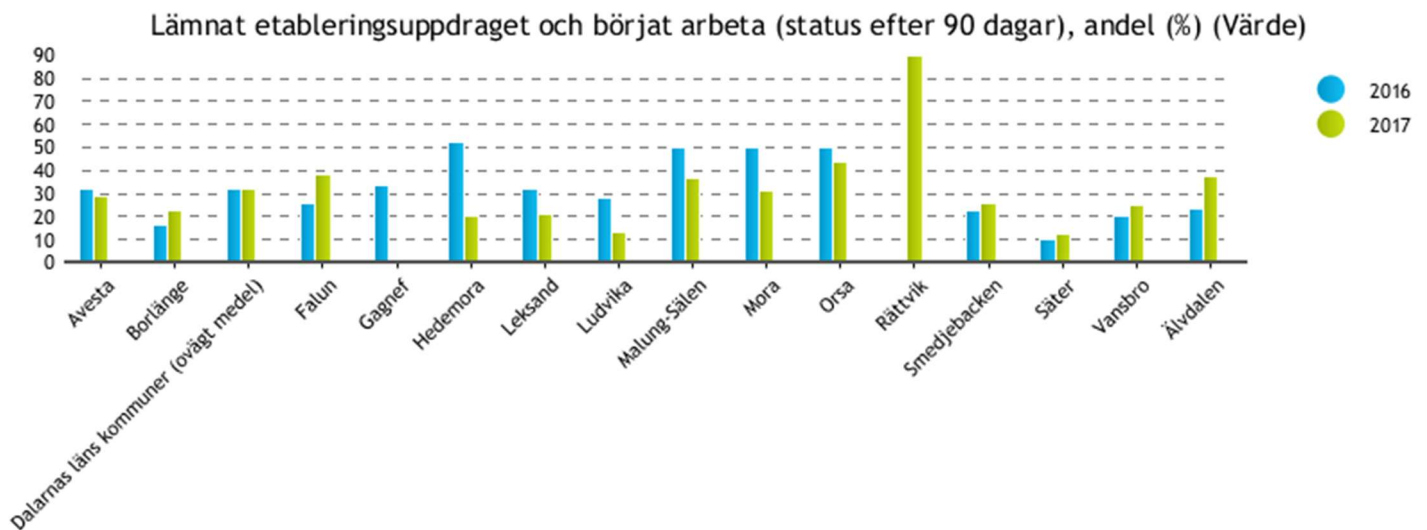
Figur 28. Antal och andel utrikesfödda i Dalarnas kommuner

I december 2018 bestod Dalarnas befolkning till knappt 13% av personer som var utrikesfödda. Avesta, Ludvika, Borlänge och Hedemora är de kommuner vars befolkningar har största andelen utrikesfödda, se figur 28. Att vara utrikesfödd är i sig ingen orsak till ohälsa men hos gruppen utrikesfödda finns en ansamling av faktorer såsom låg socioekonomisk position, arbetslöshet, kort utbildning och andra faktorer som ger ökad risk för till exempel sjukdom och för tidig död.

u. Öka takten i att få fler nyanlända i arbete eller studier 90 dagar efter etableringsuppdraget.

Det finns ett starkt samband mellan arbete och god hälsa. Utan en god hälsa kan det vara svårt att lära sig svenska och en dålig hälsa kan försvåra möjligheterna att skaffa och behålla ett arbete. Hälsan är också avgörande för nyanländas etableringsprocess där arbete är av betydelse för möjligheten att vara delaktig i samhället. Delaktighet, egenmakt och självständighet är viktiga faktorer som förbättrar hälsan som i sin tur underlättar etableringen. Arbete bidrar till att utveckla relationer till andra människor och för människors identitet och sociala liv vilket kan vara extra viktigt för en som är ny i ett land. Hälsa, arbete och integration hör ihop – på samhälls nivå har sysselsättningsgraden stor betydelse för tillväxt och hållbar utveckling.





Figur 29. Andel i procent av de som lämnat etableringsuppdraget som erhållit arbete efter 90 dagar. Etableringsuppdraget omfattar nyanlända flyktingar i arbetsför ålder (20-64 år) samt nyanlända i åldern 18-19 år utan föräldrar i Sverige. Uppdraget omfattar aktiviteter under högst 24 månader där Svenska för invandrare (sfi), samhällsorientering och arbetsförberedande aktiviteter utgör olika delar. Arbetsförmedlingen är ansvariga för etableringsuppdraget. Som arbete räknas arbete utan stöd, nystartsjobb och arbete med stöd. Kommuntillhörighet ges utifrån folkbokföringsstatus, i december månad. Källa: SCB.

