

A close-up photograph of numerous purple lavender flower spikes. A single white butterfly is perched on one of the spikes in the center of the frame. The background is a soft-focus white wall.

En god och jämlik hälsa i Örebro län?

**Välfärdsbokslut år 2012–2013
för äldre personer och för personer med
funktionsnedsättning**

En god och jämlik hälsa i Örebro län?

**Välfärdsbokslut år 2013–2013
för äldre personer och för personer
med funktionsnedsättning**

En god och jämlik hälsa i Örebro län?

Välfärdsbokslut år 2012–2013 för äldre personer och för personer med funktionsnedsättning

Samhällsmedicinska enheten Örebro läns landsting

Samhällsmedicinska enhetens uppgift är att med vetenskapligt baserad fakta- och metodkunskap stötta arbetet för en bättre hälsa bland befolkningen Örebro län. Samhällsmedicinska enhetens målgrupp är beslutsfattare verksamma i landsting och kommuner. Vi vänder oss också till andra myndigheter och organisationer som har ansvarsområden som påverkar förutsättningarna för hälsans utveckling i länet.

Författare:

Hanna Arneson, Örebro kommun

Linnea Hedkvist, Hällefors, Lindesberg, Ljusnarsberg och Nora kommun

Margareta Johansson, Örebro läns idrottsförbund

Cecilia Ljung, Degerfors och Karlskoga kommun

Lisbet Omberg, Örebro läns landsting

Lisen Tang Kempe, Askersund, Hallsberg, Kumla, Laxå och Lekeberg kommun

Statistiska bearbetningar

Leif Carlsson och Carina Persson, Örebro läns landsting

Redaktör

Eva Järliden, Örebro läns landsting

Ett stort antal personer har medverkat med både skriftliga och muntliga inlägg: från Regionförbundet Gunnel Arvidsson och Susanne Rydén, från Länsstyrelsen Hanna Bergström, från Örebro läns Bildningsförbund Mariana Flodman, från Örebro läns landsting Katrin Boström, Marie Brorson, Annette Danesjö-Gustafsson, Lars Hagberg, Lilian Ivarsson-Sporrong, Anna Swift Johannison, Märta Kjellvi, Margareta Lindén Boström, Leif Nilsson, Inger Nicolas, Mia Norlin, Marie Nybäck, Anita Ohlsson och Anna Philipson.

Örebro läns landsting 2014

Foto: Omslag Mia Norlin, s. 77 Maskot, s. 83 Mia Norlin, s. 89 Tebladet, s. 113 Helena Jansson, s.133 Lena E. Hagsten.

Papper: Omslag 260 g Chromocard hb, inlaga 120 g Amber graphic. Typsnitt: Adobe Garamond, Frutiger.

Tryck: Strands grafiska, 2014.

Förord

En god och jämlik hälsa är målet för folkhälsoarbetet i Örebro län

Tillsammans utvecklar vi arbetsmetoder, samordnar och initierar insatser och sprider kunskap för en god och jämlik hälsoutveckling. Denna samverkan har sin utgångspunkt i länets *Folkhälsoplan med folkhälsopolitiska mål- en god och jämlik hälsa i Örebro län 2012–2015* och i de samverkansavtal som tecknas mellan Örebro läns landsting, länets kommuner, Örebro läns idrottsförbund med SISU-Idrottsutbildarna och Örebro läns bildningsförbund.

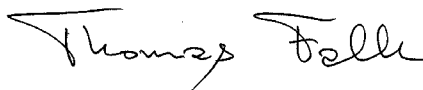
För att veta att länets folkhälsoarbete är på rätt väg mot uppställda mål görs regelbundna uppföljningar av länsinvånarnas livsvillkor, levnadsvanor och livsmiljö, det vill säga faktorer som har betydelse för folkhälsans utveckling. Uppföljningarna analyserar förändringar, trender och hotbilder av folkhälso- och välfärdsutvecklingen och visar på goda exempel.

År 2009 presenterades den första uppföljningen i form av ett välfärdsbokslut: *En god och jämlik hälsa? Välfärdsbokslut år 2009 ur ett barn- och ungdomsperspektiv*. År 2010 presenterades *En god och jämlik hälsa? Välfärdsbokslut år 2010 ur ett jämlikhetsperspektiv*. Under 2012 togs ett dokument fram som diskussionsunderlag vid länets årliga folkhälsokonferens; *Social hållbarhet och jämlik hälsa ur ett internationellt, nationellt och regionalt perspektiv*.

Föreliggande bokslut *En god och jämlik hälsa i Örebro län? Välfärdsbokslut 2012–2013 för äldre personer och för personer med funktionsnedsättning?* är det tredje i ordningen. Välfärdsbokslutet är ett underlag för beslutsfattarens val av insatser och stimulerar förhoppningsvis till diskussion kring länets folkhälsomål och vägval i arbetet för en god och jämlik hälsoutveckling.



Jihad Menhem
Ordförande, Nämnden för folkhälsa
Örebro läns landsting



Thomas Falk
Chef, Samhällsmedicinska enheten
Örebro läns landsting

Innehåll

Förord – En god och jämlik hälsa är målet för folkhälsoarbetet i Örebro län	3
Innehåll	4
Inledning.....	5
Välfärdsboks slut år 2012–2013	8
Målområde 1 – Delaktighet och inflytande i samhället	22
Målområde 2 – Ekonomiska och sociala förutsättningar	40
Målområde 3 – Barn och ungas uppväxtvillkor	56
Målområde 4 – Hälsa i arbetslivet	70
Målområde 5 – Miljöer och produkter	78
Målområde 6 – Hälsöfrämjande hälso- och sjukvård	84
Målområde 7 – Skydd mot smittspridning	90
Målområde 8 – Sexualitet och reproduktiv hälsa	92
Målområde 9 – Fysisk aktivitet	96
Målområde 10 – Matvanor och livsmedel	104
Målområde 11 – Alkohol, narkotika, dopning, tobak och spel	114
Resultat	126
Målområden och indikatorer	138
Referenser	160

Inledning

Välfärdsbokslut 2012–2013 är en rapport över folkhälsan i länet och belyser särskilt förutsättningarna för en god och jämlik hälsoutveckling för äldre personer och för personer med funktionsnedsättning. Rapporten, som har sin utgångspunkt i länets folkhälsoplan¹, redovisar utvecklingen i Örebro län utifrån politiskt beslutade mål för länets folkhälsoarbete. Till folkhälsoplanen är ett antal bestämningsfaktorer och indikatorer² framtagna för uppföljning av planen, vilket görs i form av välfärdsbokslut. Indikatorerna speglar länsinvånarnas livsvillkor, levnadsvanor och livsmiljö, det vill säga faktorer som har betydelse för folkhälsans utveckling. Välfärdsbokslutens inriktning och eventuella avgränsning beslutas av Nämnden för folkhälsa. Det första välfärdsbokslutet presenterades 2009; *En god och jämlik hälsa? Välfärdsbokslut år 2009 ur ett barn- och ungdomsperspektiv*. 2010 presenterades *En god och jämlik hälsa? Välfärdsbokslut år 2010 ur ett jämlikhetsperspektiv*.

Välfärdsbokslut 2012–2013 är således det tredje i ordningen. Uppdraget från Nämnden för folkhälsa är att särskilt belysa förutsättningarna till en god och jämlik hälsoutveckling för äldre personer och för personer med funktionsnedsättning. Underlaget ska både vara en uppföljning av länets folkhälsoplan och ett framåtsyftande och analyserande dokument för social hållbarhet och jämlikhet.

Så läser du rapporten

Rapporten innehåller ett inledande kapitel som beskriver hälsan och dess förutsättningar för äldre personer och för personer med funktionsnedsättning. Efter det följer elva kapitel – vardera ett för de elva målområdena i länets folkhälsoplan – där resultaten av länets samlade folkhälsoarbete belyses genom uppföljning av de läns-mål som bedömts bäst beskriva förutsättningarna för en god och jämlik hälsoutveckling för äldre personer och för personer med funktionsnedsättning. Alla läns mål följs således inte upp i denna rapport. De som inte följs upp är kursivt markerade.

För att kunna beskriva resultaten i riktning mot länsmålen har i huvudsak de indikatorer, som togs fram i samband med uppdatering av länets folkhälsoplan 2012, använts. Skälet till att vissa indikatorer inte använts – alternativt ersatts med andra – beror på att det inte finns några mätningar gjorda, eller att indikatorerna inte är de rätta måtten, relaterade till de båda målgrupperna äldre och personer med funktionsnedsättning. Rapporten avslutas med ett kapitel som tar sig an resultaten med frågeställningar om vad som varit framgångsrikt och vad som måste utvecklas för en god och jämlik hälsoutveckling i Örebro län. Sist i dokumentet finns en tabell över folkhälsoplanens samtliga läns mål och indikatorer. I en särskild kolumn kommenteras val av indikator.

För att lättare kunna följa resultaten har diagrammen fått olika färg beroende av om de beskriver förhållanden för äldre personer eller för personer med funktionsnedsättning.

Äldre personer



Personer med funktionsnedsättning



Definition av målgrupper

Äldre

I denna rapport definieras alla som är 65 år och därutöver som äldre. I bearbetning av svar från befolkningsenkäten *Hälsa på lika villkor 2012* redovisar vi resultat för hela gruppen äldre men också uppdelat i åldersgrupperna 65–74 år och 75–84 år. Det går självklart inte att se alla över 65 år som en homogen grupp äldre med samma behov och förutsättningar. Här ryms allt från att ha stor frihet att kunna göra vad man vill till att vara multisjuk med behov av kvalificerad vård och omsorg.

Inom gerontologin talas om tredje och fjärde åldern. Den tredje åldern inleds ofta med att yrkeslivet upphör och fortgår längre eller kortare tid med god hälsa. Den fjärde åldern står för den sista perioden i en människas liv. Perioden är inte en exakt biologisk ålder utan är den tid man inte klarar sig själv utan hjälp av andra och har nedsatt fysisk och psykisk förmåga.

Personer med funktionsnedsättning

När vi i denna rapport talar om funktionsnedsättning och funktionshinder utgår vi från Socialstyrelsens definition där funktionsnedsättning definieras som nedsättning av fysisk, psykisk eller intellektuell funktionsförmåga. Funktionshinder definieras som en begränsning som en funktionsnedsättning innebär för en person i relation till omgivningen. En funktionsnedsättning uppstår till följd av en medfödd eller förvärvad skada. Sådana skador, tillstånd eller sjukdomar kan vara av bestående eller övergående natur.³ Personer som har funktionsnedsättningar utgör ingen homogen grupp. Precis som för befolkningen i övrigt ryms här personer med olika behov och förutsättningar för ett gott liv. I de nationella undersökningar som vi använt oss av för att beskriva villkoren för personer med funktionsnedsättning kan uppgifter om andel personer med funktionsnedsättning skilja sig åt. Även om det finns en definition av begreppet funktionsnedsättning som används när man vill beskriva villkoren så tycks det vara så att man vid befolkningsundersökningar och statistiska bearbetningar definierar funktionsnedsättning med olika frågor. Beroende på den definition som används får man fram olika stor andel av befolkningen som har en funktionsnedsättning. Tydligast framgår detta när vi jämför resultat av Arbetsförmedlingens undersökning 2012 med Folkhälsomyndighetens rapport 2014. Dessa rapporter hänvisar till undersökningar gjorda under samma tidsperiod, men redovisar olika uppgifter om andel personer som har funktionsnedsättning. Det förändrar i sak inte resonemang och bedömningar som gjorts, men kan förvirra läsaren – därför detta påpekande redan nu!

I bearbetningarna av statistiken för Örebro län i enkäten *Hälsa på lika villkor 2012* har vi använt index för fyra frågor som Statens folkhälsoinstitutet använt i den nationella folkhälsoenkäten för att definiera personer med funktionsnedsättning⁴. När vi tittat på enkäten *Liv och hälsa ung 2011* och definierat personer med funktionsnedsättning har vi utgått från frågan: "Har du någon av följande funktionsnedsättningar: hörselnedsättning, synnedsättning som inte kan korrigeras med glasögon eller linser, rörelsehinder, lässvårigheter, skrivsvårigheter, dyslexi, ADHD, ADD eller annan funktionsnedsättning".

Välfärdsbokslut år 2012–2013

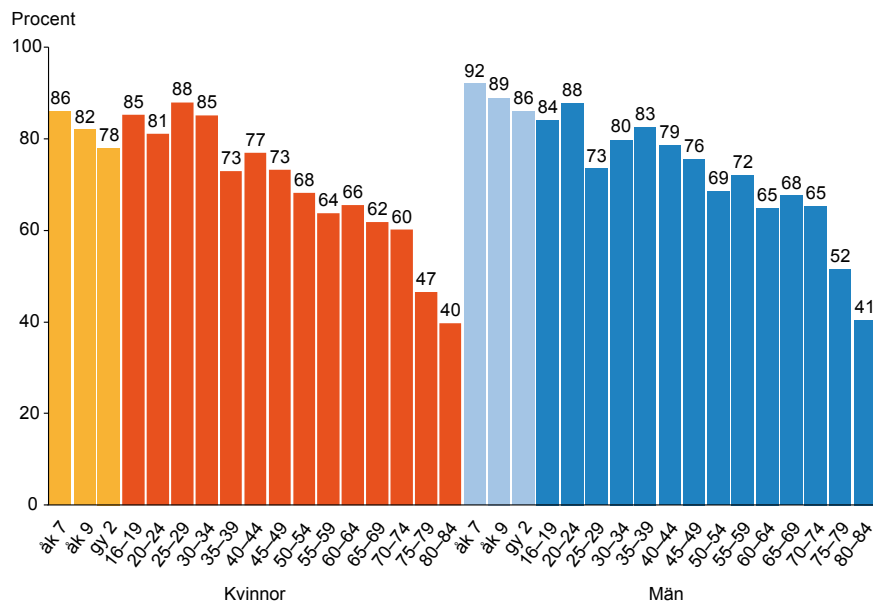
Den goda men ojämlika hälsan

Livsvillkor och levnadsvanor påverkar hur vi mår. Social och ekonomisk trygghet har stor betydelse för hälsan. Genom att stärka befintliga skyddsfaktorer och reducera eventuella riskfaktorer skapas förutsättningar för att främja hälsa och förebygga ohälsa. Som individer har vi möjlighet att själva påverka våra förutsättningar för en god hälsa genom att tillägna oss hälsosamma levnadsvanor.

Det genomsnittliga hälsoläget i Sverige har sedan länge blivit allt bättre. En majoritet av befolkningen, drygt sju av tio kvinnor och män, skattar sitt hälsotillstånd som bra eller mycket bra. Hälsan är olika mellan och inom befolkningsgrupper. Skillnaden i hälsa mellan olika utbildningsgrupper i Sverige ökar. Personer med kortare utbildning har sämre hälsa. Personer med funktionsnedsättning har sämre hälsa än övriga befolkningen. De allra äldsta i befolkningen har sämre hälsa än yngre äldre. Detta är delvis en helt naturlig följd av funktionsnedsättning och ålder. Det är inte funktionsnedsättningen i sig eller åldern som är orsaken till att skillnaderna i hälsa ökar. För både äldre personer och personer med funktionsnedsättning gäller som för övriga befolkningen att levnadsvanorna och hälsan har samband med sociala och ekonomiska faktorer som utbildningsnivå, inkomstnivå, social status, vart man bor och vilken etnisk tillhörighet man har.

Befolkningsundersökningarna i Örebro län bland skolelever samt för åldersgruppen 16–84 år 2011 respektive 2012 visar att kvinnor upplever sin hälsa något sämre än vad män gör samt att upplevelsen av att må bra minskar i takt med stigande ålder (figur 1).

Figur 1. Andel (%) som upplever sin hälsa som bra/mycket bra, Örebro län.

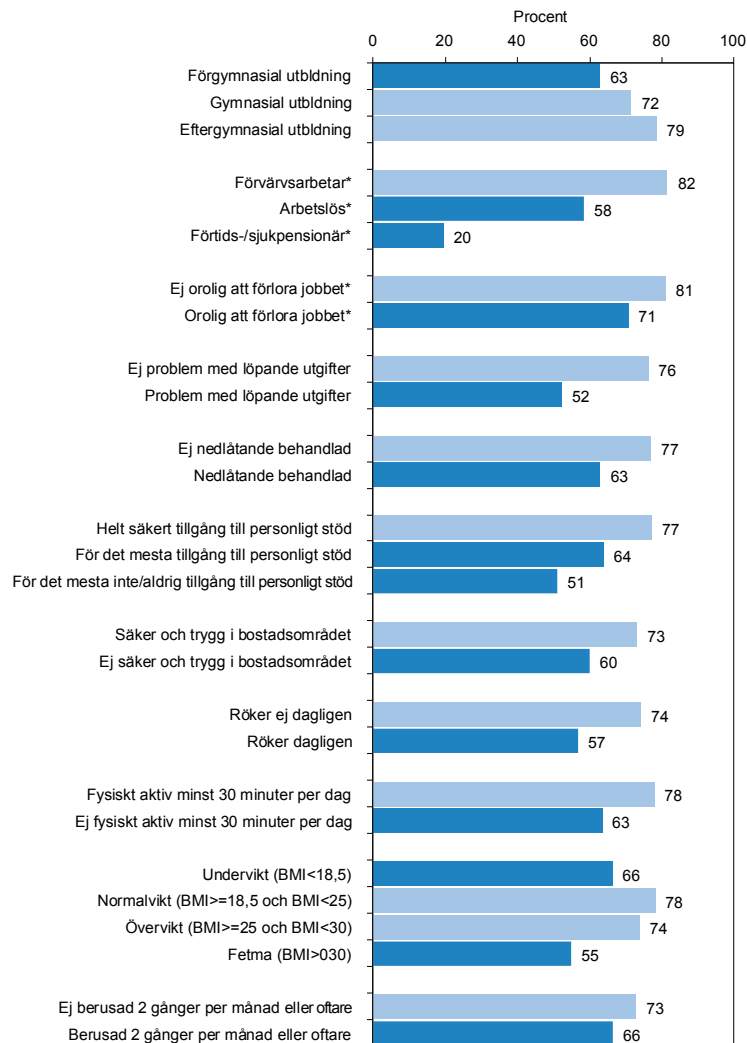


Källa: Liv & hälsa ung 2011 (skolår 7, 9 och år 2 på gymnasiet) respektive Hälsa på lika villkor 2012 (16–84 år).

De villkor vi lever under påverkar vår hälsa. De som har ett arbete, och inte känner sig oroliga för att bli av med det, mår bäst. Andra faktorer som har positiv inverkan på hälsan är att ha en längre utbildning, en god ekonomi, bo i ett område där man kan känna sig säker och trygg, inte uppleva hemarbetet som betungande samt att ha personer i sin omgivning som kan hjälpa till vid händelse av praktiska problem eller sjukdom. Bland dem som saknar dessa skyddsfaktorer är det bara runt hälften som upplever sig ha god hälsa. Även personer som har blivit nedlåtande behandlade, har varit utsatta för fysiskt

Figur 2. Andel (%) som bedömer sitt allmänna hälsotillstånd som bra eller mycket bra, åldersstandardiserade andelar uppdelat på grupper med olika livsvillkor och levnadsvanor år 2012. Kvinnor och män 16–84 år respektive 16–64 år* i Örebro län.

våld eller bor ensamma har sämre hälsa än övriga. Det är vanligare med en god hälsa bland dem som motionerar minst 30 minuter per dag. Det är också gynnsamt för hälsan att hålla sig normalviktig. Både de som har undervikt respektive fetma har i mindre utsträckning god hälsa. Att vara berusad ofta eller att röka dagligen är två andra faktorer som har samband med en sämre hälsa (figur 2).



Källa: Hälsa på lika villkor 2012, Samhällsmedicinska enheten Örebro läns landsting.

Äldres hälsa

Världens befolkning lever längre på grund av förbättrad näringstillförsel, medicinska framgångar, bättre sanitära förhållanden, tillgång till hälso- och sjukvård, utbildning och bättre ekonomi. Andelen äldre över 60 år i världen kommer att öka från cirka 12 procent år 2012 till närmare 22 procent år 2050. I Sverige är ökningen från 25 procent till 31 procent. I åldrarna 80 år och äldre är motsvarande ökningarna från knappa 2 procent till 4 procent och från 5 procent till dryga 9 procent. Det är fler kvinnor än män i högre åldrar. I åldersgruppen 60 år och äldre kommer det att vara 50 procent fler kvinnor än män och bland ensamboende över 75 år kommer fler än 70 procent att vara kvinnor.¹

Ett hälsosamt åldrande

Ett hälsosamt åldrande kan beskrivas som; *En process där möjligheterna till fysisk, social och psykisk hälsa optimeras så att äldre människor kan ta aktiv del i samhället och få ett självständigt liv med god livskvalitet utan att diskrimineras på grund av ålder.*²

Under 2012 introducerade WHO:s Europakontor den första handlingsplanen för ett hälsosamt åldrande; *Strategi och handlingsplan för ett hälsosamt åldrande WHO 2012–2020*. Prioriterade interventionsområden som framgår av strategin är främja fysisk aktivitet, fallskadeprevention, vaccinationer av äldre människor och förebyggande av sjukhusinfektioner, stöd till informell vård med fokus på vård i hemmet, geriatrisk och gerontologisk kompetens bland anställda i vård och omsorg.³

Hälsoutvecklingen för äldre i Sverige är gynnsam

I början av 1900 talet var medellivslängden i Sverige under 60 år. Idag (2013) är den förväntade medellivslängden för kvinnor 83,7 år och för män 80,1 år (tabell 1). Idag lever kvinnor i genomsnitt fyra år längre än män, en siffra som troligtvis på längre sikt kommer att jämnas ut. Tidigare berodde ökningen av medellivslängden på minskad barnadödlighet. Idag är den en konsekvens av minskad dödlighet bland äldre.⁴

Tabell 1. Andelen äldre och medellivslängd, prognos för Sverige.

År	Andel (%) 65 år och äldre	Medellivslängd Kvinnor	Medellivslängd Män
1900	8,4 %	57 år	54,5 år
1950	10 %	74,1 år	70,9 år
2003	17 %	82,5 år	78,1 år
2013	19 %	83,7 år	80,1 år
2050	23 %	86,2 år	83,6 år

Källa: SCB. Befolkningsstatistik.

De flesta äldre har bättre hälsa och är mer aktiva än någonsin. Fler fortsätter att arbeta högt upp i åren, men med stigande ålder minskar andelen som anser sig ha en god hälsa. I åldersgruppen 75–84 år är skillnaderna mot övriga åldersgrupper ansevärt. I denna åldersgrupp anger män generellt bättre hälsa än kvinnor. Nedsatt rörelseförmåga och rörelsehinder ökar markant i åldersgruppen. Äldre över 65 år har ett lägre socialt deltagande än befolkningen i sin helhet och detta är mest utmärkande i åldersgruppen 75–84 år.⁵ Utvecklingen pekar emot att antalet år med funktionsnedsättningar som rörelsehinder, behov av stöd i det dagliga livet inte minskar, men äldre får allt fler friska år dessförinnan.³

Äldres hälsa finns inte som ett eget målområde i statens styrdokument *Mål för folkhälsan* och skrivelsen *En folkhälsopolitik med människan i centrum*.⁶ Emellertid finns ett stort antal uppdrag riktade till olika myndigheter med syfte att ge människor bra förutsättningar att leva ett liv med god livskvalitet på äldre dagar. Socialstyrelsen har uppdraget att ta fram en vägledning för att utveckla det psykiatriska stödet för äldre personer med psykisk ohälsa, sjukdom eller funktionsnedsättning. En nationell webbaserad kunskapsportal på psykiatri- och äldreområdet har lanserats av Socialstyrelsen. Socialstyrelsen har också inom ett regeringsuppdrag tagit fram ett kompetensstöd för våld mot äldre.³ Material har tagits fram om våld i nära relationer med syfte att öka kompetensen hos personal inom äldreomsorgen. Det handlar om våldsutsatta äldre kvinnor, kvinnor med utländsk bakgrund och hedersrelaterat våld och förtryck.⁷

21 procent av länets befolkning är 65 år och äldre

Jämfört med riket har Örebro län en större andel 65 år och äldre i befolkningen. Kumla och Örebro har en lägre andel i jämförelse med både länet och riket. År 2013 har samtliga kommuner med undantag av Hallsberg, Hällefors och Lekeberg en befolkningsökning. Ljusnarsbergs kommun har en stor andel 65 år och äldre men andelen har inte växt mellan 2012–2013 (tabell 2).

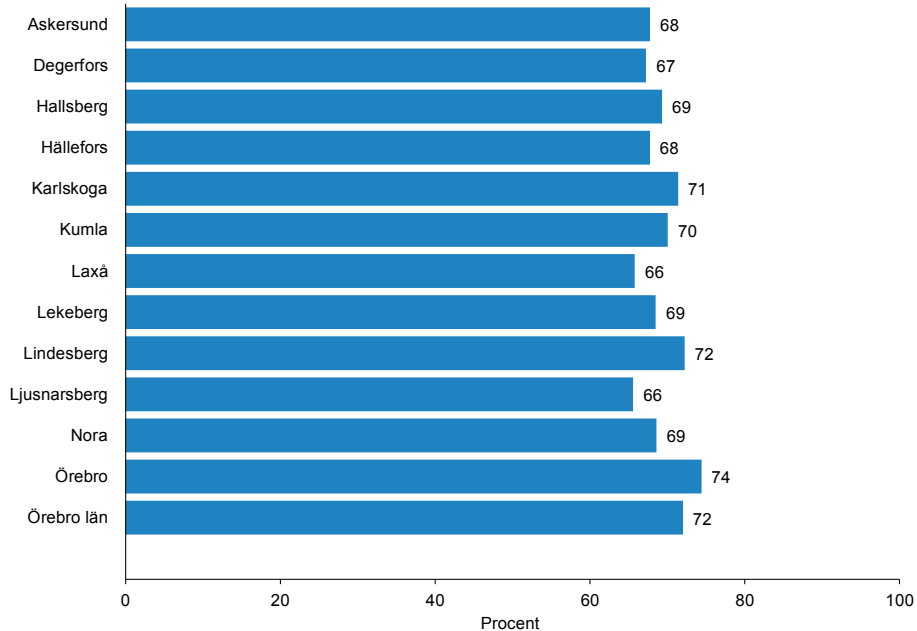
Tabell 2. Befolkning och andelen 65 år och äldre i Örebro län samt förändringar mellan 2012–2013.

	Folkmängd		65 år och äldre		
	2012 antal	2012–2013 förändring %	2013 antal	andel %	2012–2013 förändring %
Askersund	11 096	0,8	2 944	26,5	2,9
Degerfors	9 500	0,2	2 467	26,0	1,6
Hallsberg	15 267	-0,1	3 381	22,1	2,4
Hällefors	6 982	-0,1	1 999	28,6	0,3
Karlskoga	29 728	0,3	7 267	24,4	0,9
Kumla	20 904	0,8	3 918	18,7	3,1
Laxå	5 580	0,5	1 557	27,9	2,0
Lekeberg	7 289	-0,1	1 542	21,2	3,3
Lindesberg	23 176	0,9	5 405	23,3	1,8
Ljusnarsberg	4 875	0,6	1 382	28,3	-1,4
Nora	10 399	0,4	2 618	25,2	1,9
Örebro	140 599	1,2	24 902	17,7	2,5
Örebro län	285 395	0,8	59 963	21,0	3,1
Riket	9 644 864	0,9	1 872 207	19,4	2,4

Källa: SCB Befolkningsstatistik.

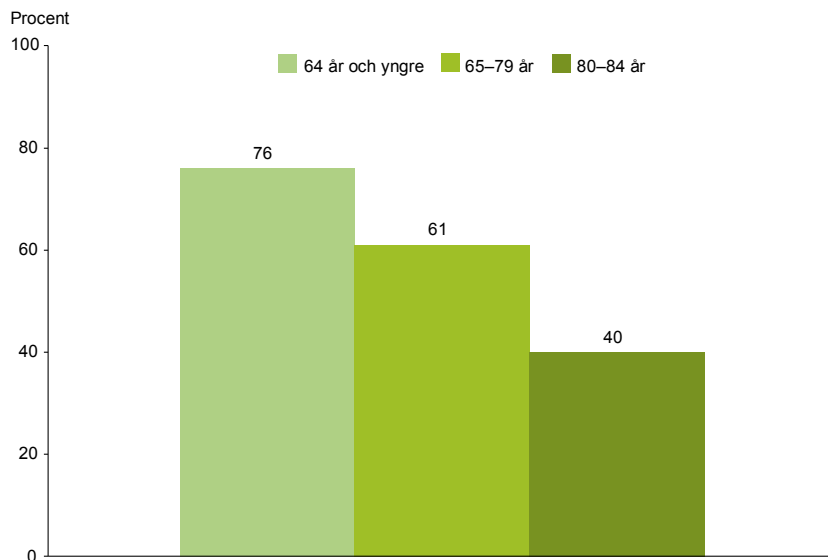
Av befolkningsenkäten *Hälsa på lika villkor 2012* framgår att flertalet av länsinvånarna upplever sin hälsa som bra. Skillnader finns mellan länets kommuner där Ljusnarsberg och Laxå tycks vara de kommuner där lägst andel upplever sig må bra (figur 3). Skillnaderna är små och kan förklaras med att det i dessa kommuner finns en förhållandevis stor andel personer som är 65 år och äldre (tabell 2). Undersökningen visar stora skillnader i upplevd hälsa relaterad till ökad ålder (figur 4).

Figur 3. Andel (%) som upplever sin hälsa som bra/mycket bra 16–84 år kommunerna i Örebro län.



Källa: Hälsa på lika villkor 2012, Samhällsmedicinska enheten Örebro läns landsting.

Figur 4. Andel (%) som bedömer sitt allmänna hälsotillstånd som bra/mycket bra, Örebro län.



Källa: Hälsa på lika villkor 2012, Samhällsmedicinska enheten Örebro läns landsting.

Männen upplever sig må bra i större utsträckning än kvinnorna. Psykiskt välbefinnande är som bäst i åldersgruppen 65–79 år men blir sämre i åldersgruppen 80–84 år.

I Örebro läns landsting folkhälsoavtal med länets kommuner, Örebro läns Idrottsförbund, inklusive SISU Idrottsutbildarna samt med Örebro läns bildningsförbund framgår att äldre är en prioriterad målgrupp. I avtalen lyfts fyra områden fram som särskilt viktiga för ett gott åldrande: social gemenskap och socialt stöd, meningsfullhet, fysisk aktivitet och goda matvanor. I Örebro länsprogram för social välfärd för perioden 2012–2015 är en av målbilderna en god äldreomsorg. Innebörden är att de äldre i Örebroregionen ska kunna leva ett aktivt liv och ha en värdig tillvaro. De ska uppleva social gemenskap, känna trygghet och ha inflytande i samhället och över sin vardag. De äldre ska ha kunskap om hälsosamma levnadsvanor och tillgång till anpassad hälsorådgivning och aktiviteter för att kunna främja hälsa i tidigare åldrar.⁸ Flera kommuner i länet har egna folkhälsoplaner och strategier med mål och åtgärder specifikt inriktade för äldres hälsa.

I december 2013 kunde man i Örebro län konstatera att samverkan mellan landstinget och länets kommuner vad gäller vården för de mest sjuka äldre varit framgångsrik.⁹ Detta resulterade i att Socialdepartementet sammanlagt betalade ut 46 miljoner till kommunerna och landstinget i Örebro län. Lekeberg och Laxå tillhör de kommuner som fick mest pengar per invånare 65 år och äldre. Örebro län är också ett av de län som sammantaget fick mest ersättning, både sett till total summa pengar och summa per invånare 65 år och äldre. De goda resultaten har åstadkommits genom ett stort antal åtgärder som koordinerats genom två projekt på Regionförbundet; Pallert och ViSam.

Sveriges kommuner och landsting och Socialstyrelsen beskriver i rapporten *Öppna jämförelser 2013 – Vård och omsorg om äldre* hur brukare av hemtjänst och boende i särskilda boenden upplever service, miljö och trygghet med det stöd man får av personal i hemtjänsten och särskilda boenden. Kommunerna i Sverige värderas och rankas utifrån en rad indikatorer som belyser brukarnas upplevelse av vård och omsorg. Redovisningen för år 2013 presenterar 37 indikatorer som belyser kvalitet, hälsa och effektivitet utifrån olika perspektiv och områden samt 14 strukturella bakgrundsmått. Ett bakgrundsmått som används är andelen 65 år och äldre som har hemtjänst eller bor i särskilt

Passion för livet är en satsning som pågår i länets pensionärsförbund med stöd av landstinget. Med arbetet vill man engagera äldre att själva ta ansvar för förebyggande arbete för ett så rikt och hälsosamt liv som möjligt. Passion för livet har fått en stor genomslagskraft i Örebro län och engagerar tusentals äldre.

Projekt Pallert ger i Örebro län stöd för att föra in olika kvalitetsregister bland annat Senior alert. Med hjälp av Senior alert vill kommuner och landsting utveckla nya förebyggande arbetssätt som ökar möjligheten till bästa möjliga vård och omsorg oavsett vem som tillhandahåller den.

ViSam är en samverkansmodell för vårdplanering och informationsöverföring mellan Örebro läns landsting och kommunerna i länet. Samverkansmodellen ingår i den nationella satsningen "Bättre liv för sjuka äldre".

boende som uppger att de har mycket god eller ganska god hälsa (tabell 3). Bakgrundsindikatorn är hämtad från Socialstyrelsens enkätundersökning *Vad tycker de äldre om äldreomsorgen?*²¹⁰

Tabell 3. Andel (%) 65 år och äldre som uppger att de har mycket eller ganska god hälsa, kommuner i Örebro län, 2012.

Kommun	I hemtjänsten	I särskilt boende
Askersund	30	9
Degerfors	31	22
Hallsberg	26	21
Hällefors	28	22
Karlskoga	24	24
Kumla	30	30
Laxå	34	-
Lekeberg	25	-
Lindesberg	26	26
Ljusnarsberg	19	21
Nora	38	28
Örebro	27	25
Örebro län	28	24

Källa: Sveriges kommuner och landsting och Socialstyrelsen Öppna jämförelser 2013 – Vård och omsorg om äldre.

Av enkätsvaren framgår att bland de som har en positiv upplevelse av äldreomsorgen också finns en större andel som upplever sitt hälsotillstånd som mycket eller ganska gott. Av de som bor i de särskilda boendena känner många äldre oro, ångslan eller ångest och upplever att de mår ganska eller mycket dåligt. Ensamhet upplever nästan två av tre som svarat på enkäten. Av de äldre som har hemtjänst är det fler som anger att de mår bra än dåligt. Men nästan var tredje har stora svårigheter att röra sig eller kan nästan inte alls röra sig själv inomhus.

Hälsa för personer med funktionsnedsättning

Människor med funktionsnedsättningar har generellt sämre hälsa, lägre utbildning, sämre ekonomi och lever oftare i fattigdom jämfört med personer utan funktionsnedsättning. Det beror till viss del på att personer med funktionsnedsättning upplever hinder där andra med självklarhet har tillgång till sjukvård, utbildning, arbete och samhällsinformation. Detta är tydligast i utvecklingsländer. Mer än en miljard människor i världen beräknas leva med funktionsnedsättning. Antalet ökar på grund av den åldrande befolkningen, men också på grund av att sjukdomar som diabetes, hjärt- och kärlsjukdomar och psykisk ohälsa ökar. Till detta kommer trafikolyckor, naturkatastrofer, konflikter, tillgång till mat och drogvapor.¹¹

I november 2006 antog FN:s generalförsamling en konvention om rättigheter för personer med funktionsnedsättning och den undertecknades av Sverige i mars 2007 (Regeringskansliet, 2008). De grundläggande principerna i konventionen är att människor med funktionsnedsättning ska tillförsäkras tillgänglighet, delaktighet och jämlikhet. Syftet är att främja, förebygga och säkerställa det fulla och lika åtnjutandet av mänskliga rättigheter och grundläggande friheter samt främja respekten för deras inneboende värde.¹²

Var femte medborgare i Sverige har någon form av funktionsnedsättning

Fler än 1,5 miljoner människor, eller mer än en femtedel i åldern 16–84 år har en funktionsnedsättning. Andelen personer med funktionsnedsättning ökar med stigande ålder, men även i åldersgruppen 16–29 år har mer än var tionde en funktionsnedsättning.¹³ Flest återfinns i åldersgruppen 65 till 84 år där motsvarande andel är 35 procent.

Det är cirka tio gånger vanligare med dålig eller mycket dålig självskattad hälsa bland personer med funktionsnedsättning jämfört med befolkningen i övrigt. Att ha dålig tandhälsa är dubbelt så vanligt bland personer med funktionsnedsättning och det är också vanligare med nedsatt psykiskt välbefinnande, svår stress, svåra sömnbesvär och olika former av värk. I regel är kvinnors hälsosituation sämre än männens.¹⁴ Bland personer med funktionsnedsättning med annan etnisk bakgrund samverkar fysiska och sociala hinder och påverkar hälsan. Strukturell diskriminering, brist på språk, information, sociala nätverk och kulturella koder orsakar en ”dubbel utsatthet”.¹⁵

I de statistiska bearbetningarna från Hälsa på lika villkor (HLV) definieras funktionsnedsättning av ett index som hanterar frågorna 6-10;

– Har du någon långvarig sjukdom, besvär efter olycksfall, någon nedsatt funktion eller annat långvarigt hälsoproblem?

– Kan du utan svårighet se och urskilja vanlig text i en dagstidning?

– Kan du utan svårighet höra vad som sägs i samtal mellan flera personer?

– Kan du springa en kortare sträcka (ca 100 m)?

– Är du på grund av ditt hälsotillstånd begränsad i någon av följande aktiviteter?

a) Kan du gå upp ett trappsteg utan besvär? Text stiga på buss eller tåg.

b) Kan du ta en kortare promenad (ca 5 min) i någonlunda rask takt?

c) Behöver du hjälpmedel eller hjälp av någon annan person för att förflytta dig utomhus?

I de statistiska bearbetningarna från Liv & hälsa ung definieras funktionsnedsättning av frågorna 21(årskurs 7) och fråga 22(årskurs 9/2gymnasiet);
Har du någon av följande funktionsnedsättningar hörselnedsättning, synnedsättning som inte kan korrigeras med glasögon eller linser, rörelsehinder, lässvårigheter, skrivsvårigheter, dyslexi ADHD eller ADD, annan funktionsnedsättning.

Sverige har förbundit sig att arbeta för att förverkliga både FN-konventionen och EU:s funktionshinderstrategi. 2011 beslutades om en strategi för genomförande av funktionshinderpolitiken.¹⁶ Den har fokus på genomförande och ett tjugotal myndigheter har formulerat egna delmål för att genomföra politiken inom respektive samhällsområde.

Handisam (Myndighet för handikappolitisk samordning som 1 maj 2014 byter till *Myndigheten för delaktighet*) har i uppdrag att följa och återrapportera resultatet av det funktionshinderpolitiska arbetet till regeringen. Ett konstaterande är att några samhällsområden är särskilt centrala när det gäller att skapa en verklig förändring för personer med funktionsnedsättning. Dessa är utbildning, arbetsmarknad och tillgänglighet.¹⁷

Funktionsnedsättning efter sjukdom

Enligt den nationella undersökningen som dåvarande Statens folkhälsoinstitut genomförde 2012 framgår att 21 procent av kvinnorna och 20 procent av männen har en funktionsnedsättning. Vanligast är långvarig sjukdom med nedsatt arbetsförmåga och nedsatt rörelseförmåga (tabell 4).

Tabell 4. Funktionsnedsättning efter sjukdom, kvinnor och män 16–84 år, Sverige 2012.

	Andel (%)		
	Kvinnor	Män	Totalt
Långvarig sjukdom med nedsatt arbetsförmåga	28	24	26
Kraftigt nedsatt hörsel	9	11	10
Kraftigt nedsatt syn	4	4	4
Nedsatt rörelseförmåga	19	13	16
Rörelsehinder	8	6	7
Svårt rörelsehinder	3	2	2
Funktionsnedsättning	21	20	21

Källa: HLV 2012, Folkhälsomyndigheten (f.d. Statens folkhälsoinstitut).

Personer med funktionsnedsättning i Örebro län

Av Örebro läns undersökning *Hälsa på lika villkor 2012* framgår att andelen med funktionsnedsättning i åldersgruppen 16–84 år i länet är 23 procent bland kvinnor och 21 procent bland män. *Liv & hälsa ung 2011* pekar på att var sjunde flicka och pojke i årskurs sju har minst en funktionsnedsättning. I årskurs två på gymnasiet är det nästan var femte ungdom som har angivet minst en funktionsnedsättning. Pojkarna i samtliga årskurser har i något större grad än flickor angivit funktionsnedsättning (tabell 5).

Tabell 5. Andel (%) unga skolår 7, 9 och år 2 på gymnasiet med olika typer av funktionsnedsättningar uppdelat på kön, 2011, Örebro län.

Skolår	Flickor			Pojkar			Totalt		
	7	9	2	7	9	2	7	9	2
Läs-/skrivsvårigheter/dyslexi	4	5	7	5	6	8	5	6	8
Hörselnedsättning	4	5	6	4	6	6	4	5	6
Synnedsättning	3	4	4	4	3	3	3	4	3
ADHD/ADD	2	2	3	2	4	5	3	3	3
Rörelsehinder	1	2	1	1	1	2	1	2	1
Annan nedsättning	3	2	4	3	2	3	2	3	3
Minst en funktionsnedsättning	14	14	18	16	20	19	15	17	19

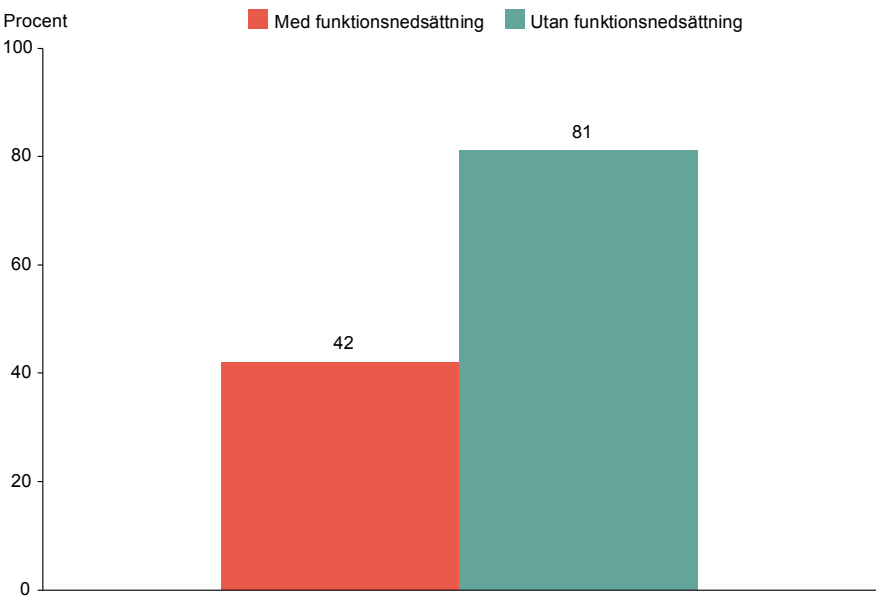
Källa: *Liv & hälsa ung 2011*, Samhällsmedicinska enheten Örebro läns landsting.

Skillnader i hälsa

Personer med funktionsnedsättning som svarat på enkäterna *Hälsa på lika villkor 2012* och *Liv & hälsa ung 2011* upplever i mindre utsträckning än personer utan funktionsnedsättning sin hälsa som bra eller mycket bra (figur 5 och 6).

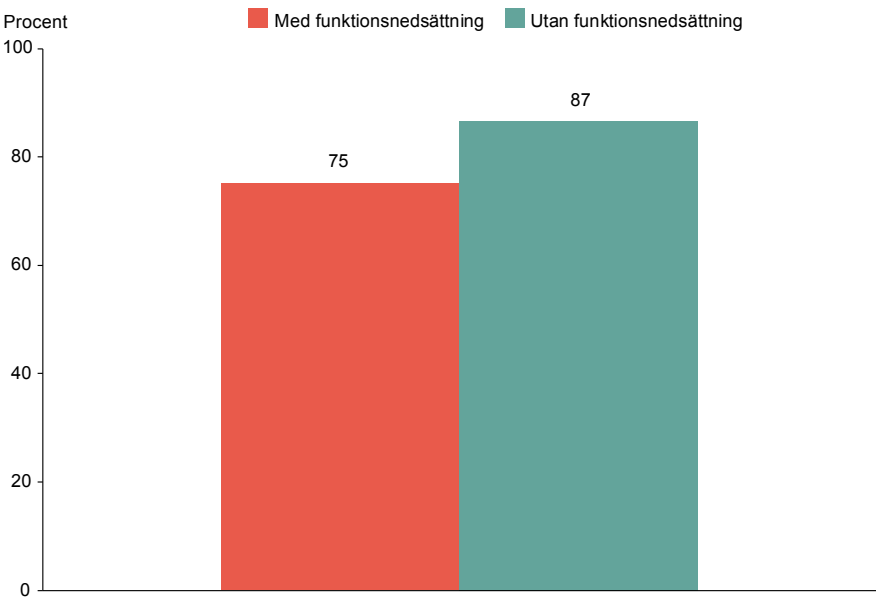
Figur 5. Andel (%) 16–84 år som upplever sin hälsa som bra/mycket bra. Med och utan funktionsnedsättning, Örebro län.

Källa: Hälsa på lika villkor 2012, Samhällsmedicinska enheten Örebro läns landsting.



Figur 6. Andel (%) ungdomar skolår 7, 9 och år 2 på gymnasiet som upplever att de mår bra/mycket bra. Fördelat på med och utan funktionsnedsättning, Örebro län.

Källa: Liv & hälsa ung 2011, Samhällsmedicinska enheten Örebro läns landsting.



Örebro läns landsting har, tillsammans med länets organisationer för personer med funktionsnedsättning tagit fram ett program; *Hälsa och livskraft för alla 2013–2016*. Programmet omfattar följande områden: Kunskap och respektfullt bemötande; God vård; Tillgänglighet och delaktighet; Arbete samt Samordning och samverkan. Landstinget vill vara ett föredöme i arbetet med att förbättra möjligheterna för barn, ungdomar, kvinnor och män med funktionsnedsättningar att leva ett fullvärdigt liv med samma rättigheter, ansvar och skyldigheter som alla människor i samhället.

I det program som regionfullmäktige i Örebroregionen antog för social välfärd för perioden 2012–2015 är en av målbilderna ett aktivt deltagande i samhället för personer med funktionsnedsättning. Målen är att; personer med funktionsnedsättning har individuellt och flexibelt utformade stödinsatser som ökar deras möjlighet att leva ett självständigt liv, att andelen personer med funktionsnedsättning med lönearbete på den öppna arbetsmarknaden ökar, samt att personer med funktionsnedsättning erbjuds hjälpmedel, IT och annat tekniskt stöd för att öka möjligheterna till ett aktivt deltagande i samhällslivet.¹⁸

Ett exempel på kommunal nivå är Karlskoga kommun som tagit fram en handbok enligt FN-konventionen om rättigheter för personer med funktionsnedsättning. Syftet med handboken är att förtroendevalda och medarbetare i Karlskoga kommun ska få förståelse för konventionen och på vilket sätt den påverkar var och ens arbetsområde. Liknande underlag är på gång i flera av länets kommuner, till exempel i Askersund.¹⁹

Öppna jämförelser av stöd till personer med funktionsnedsättning

Socialstyrelsen följer i *Öppna jämförelser* kommuners, stadsdelars och enheters stöd till personer med funktionsnedsättning. År 2013 års uppföljning innehåller sammanlagt 81 indikatorer. Jämförelser görs med tidigare år där det är möjligt. Uppgifter samlas in för att dels belysa kommunernas centrala arbete utifrån lagen om stöd och service till vissa funktionshindrade, LSS(1993:387), dels kommunernas stöd till personer med psykisk funktionsnedsättning.²⁰

Ett exempel på indikator som följs upp är att kommunen ska ha en skriftlig överenskommelse beslutad på ledningsnivå om samverkan i enskilda ärenden mellan socialpsykiatri och andra myndigheter. År 2012 förekom detta mellan samtliga kommuner och landstinget i Örebro län med undantag av Ljusnarsberg, Karlskoga och Lindesberg. Lindesberg hade överenskommelser endast med arbetsförmedling och försäkringskassa.

Delaktighet och inflytande i samhället

Vision: Alla invånare i Örebro län känner delaktighet i samhället och har inflytande över sin livssituation

I ett demokratiskt samhälle tillerkänns människor lika värde med jämlika möjligheter att vara delaktiga och ha inflytande. Rätten till delaktighet och inflytande gäller oavsett kön, etnisk eller religiös tillhörighet, funktionsnedsättning, sexuell läggning eller ålder. Om individer eller grupper upplever att de inte kan påverka de egna livsvillkoren och utvecklingen av samhället uppstår utanförskap och maktlöshet. Brist på inflytande och möjligheter att påverka har ett starkt samband med hälsa.¹

För att nå det övergripande nationella folkhälsomålet med att skapa samhällseliga förutsättningar för en god hälsa på lika villkor måste särskild vikt läggas vid att stärka människors förmåga och möjligheten till social och kulturell delaktighet. Äldre och personer med funktionsnedsättning är viktiga målgrupper i det arbetet. Delaktighet och inflytande är mål både inom folkhälso- och funktionshinderpolitiken. Det funktionshinderspolitiska målet delaktighet måste uppnås för att det folkhälsopolitiska målet ska kunna uppnås.

 **Valdeltagandet ska öka i allmänna val men särskilt i landstings- och kommunalval och i de valkretsar och åldersgrupper där valdeltagandet är lågt**

Valdeltagande är en viktig indikator på demokratisk delaktighet. Samband finns mellan att delta i allmänna val och god självskattad hälsa.² I de allmänna valen 2006 och 2010 ökade valdeltagandet bland befolkningen i landet. Dock finns stora skillnader mellan olika grupper där unga, ensamstående, lågutbildade och arbetslösa röstar i lägre grad jämfört med medelålders personer, sammanboende, högutbildade och sysselsatta. I 2010 års val ökade valdeltagandet i de grupper som röstar i lägre grad och valdeltagandet har därmed blivit mer jämlikt.³

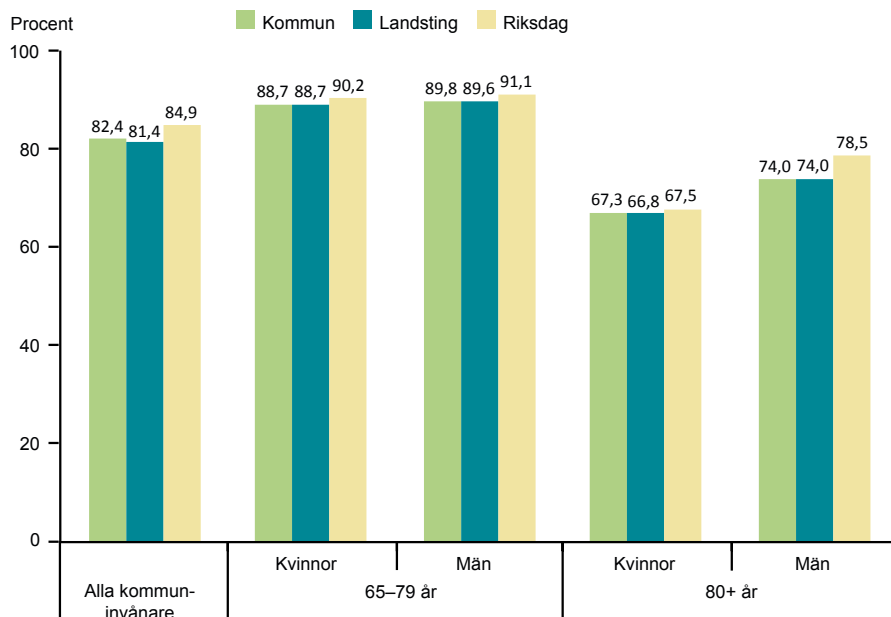
Länsmål

- Valdeltagandet ska öka i allmänna val men särskilt i landstings- och kommunalval och i de valkretsar och åldersgrupper där valdeltagandet är lågt.
- Barns och ungdomars delaktighet och inflytande på frågor som berör deras liv och livsmiljö ska öka.
- Jämställdheten mellan kvinnor och män inom alla samhällsområden och på alla beslutsnivåer ska öka.
- Alla ska bli respektfullt bemötta.
- Förutsättningarna för människor med funktionsnedsättning att leva ett självständigt liv ska förbättras.
- Folkbildningens, frivilligorganisationers samt folkrörelsernas kompetens ska tas till vara i demokratiprocessen.
- Möjlighet till delaktighet i förenings- och kulturaktiviteter skall öka.
- Nya fysiska och virtuella mötesplatser ska skapas och befintliga utvecklas.

Enligt Statistiska centralbyråns (SCB:s) valdeltagandeundersökning 2010 röstade äldre i lägre utsträckning än medelålders personer, och äldre kvinnor i lägre utsträckning än äldre män. Detta gäller både i riket och i Örebro län. Högst valdeltagande i länet återfanns 2010 i åldersgruppen 50–64 år (90,6 procent). För åldersgruppen 65 år och äldre var valdeltagandet 2010 81,4 procent (77,9 procent för kvinnor och 85,4 procent för män).⁴

En manuell genomgång av vallängderna i Nora kommun är ett exempel som visar att valdeltagandet i åldersgruppen 65–79 år var högre jämfört med hela kommunbefolkningen och att valdeltagandet i åldersgruppen 80+ låg lägre jämfört med hela kommunbefolkningen. Kvinnor röstade i lägre utsträckning än män i båda åldersgrupperna (figur 1.1).

Figur 1.1. Valdeltagande (%) i allmänna val 2010, Nora kommun.



Delaktighet och inflytande bland barn och ungdomar stärks genom kontinuerligt och långvarigt arbete i länet utifrån Barnkonventionen. Örebro, Karlskoga och Degerfors är delaktiga i nationellt partnerskap för Barnkonventionen och i norra länsdelen pågår ett särskilt projektarbete med att stärka barns rättigheter.

Det är viktigt att alla får lika möjligheter att rösta

Nätverket unga för tillgänglighet (NUTF) undersökte 2010 tillgängligheten i 77 vallokaler runt om i landet. Resultatet visade att det fanns stora brister i lokalerna vilket hindrade möjligheten för bland annat rullstolsburna, syn- och hörselskadade att rösta.⁵ Vallokaler som inte är tillgängliga kan alltså vara ett hinder för både äldre och personer med funktionsnedsättning att utöva sin medborgerliga rättighet att delta i allmänna val.

Undersökningar av valdeltagande visar att personer med utvecklingsstörning röstar i mycket lägre grad jämfört med människor i allmänhet. I valet 1998 röstade endast 20 procent av de med utvecklingsstörning jämfört med drygt 80 procent i befolkningen som helhet.⁶

Med Riksdagens beslut 2013 att ta bort den möjlighet till dispens som funnits för kommuner att använda förtidsröstningslokaler som inte uppfyller kraven på tillgänglighet för personer med funktionsnedsättning förväntas tillgängligheten i vallokaler allmänt förbättras.⁷



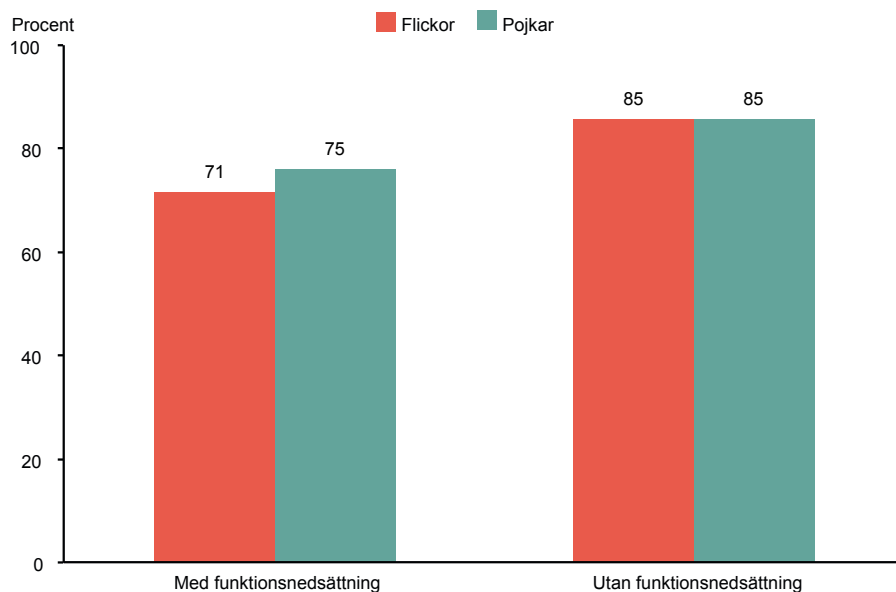
Barns och ungdomars delaktighet och inflytande på frågor som berör deras liv och livsmiljö ska öka

Artikel 7 i FN:s konvention om rättigheter för personer med funktionsnedsättning fastslår ansvaret att genomföra alla nödvändiga åtgärder för att säkerställa att barn med funktionsnedsättning fullt ut ska kunna få sina mänskliga rättigheter på lika villkor som andra barn.⁸ Kopplingen till Barnkonventionen är tydlig genom att det anges att barnets bästa ska komma i främsta rummet liksom rätten för barn med funktionsnedsättning att komma till tals. Sveriges ungdomspolitik syftar till att alla unga mellan 13 och 25 år ska ha verklig tillgång till inflytande och verklig tillgång till välfärd.⁹

Ungdomsstyrelsens undersökning av levnadsvillkor för unga med funktionsnedsättning visar att dessa i lägre grad än andra ungdomar upplever att de har delaktighet i samhället. Unga med funktionsnedsättning upplever en lägre grad av inflytande över sina liv samt lägre känsla av delaktighet i samhället jämfört med andra unga. Detta påverkar också den upplevda hälsan negativt.¹⁰

I Örebro län uppgav unga med funktionsnedsättning 2011 i lägre omfattning än andra ungdomar att deras föräldrar frågar dem innan föräldrarna tar beslut i frågor som rör de unga. Bland unga med funktionsnedsättning finns också en skillnad mellan flickor och pojkar (figur 1.2).

Figur 1.2. Andel (%) unga skolår 7, 9 och 2 på gymnasiet som anger att det stämmer helt och hållet eller ganska bra att deras föräldrar frågar dem vad de tycker innan föräldrarna tar beslut om saker som påverkar dem, Örebro län.



Källa: Liv & hälsa ung 2011, Samhällsmedicinska enheten Örebro läns landsting.



Jämställdheten mellan kvinnor och män inom alla samhällsområden och på alla beslutsnivåer ska öka

Målet för den nationella jämställdhetspolitiken¹¹ är att kvinnor och män ska ha samma makt att forma samhället och sina egna liv. Det innebär jämn fördelning av makt och inflytande, ekonomisk jämställdhet, jämn fördelning av det obetalda hem- och omsorgsarbetet samt att mäns våld mot kvinnor ska upphöra.

En genomgång av representationen av äldre kvinnor och män (65 år och äldre) i länets kommunfullmäktigeförsamlingar, kommunstyrelser, landstingsfullmäktige, landstingsstyrelsen samt regionstyrelsen i december 2013 visar att variationen är stor i länet, men med några undantag verkar äldre män ha en större representation i de folkvalda församlingarna än äldre kvinnor (tabell 1.1). I förhållande till den andel de äldre utgör i kommunerna och länet verkar det med några undantag vara framför allt kvinnor som är underrepresenterade. Detta ställer stora krav på de förtroendevalda att föra dialog med den äldre befolkningen för att ta till vara deras behov och intressen.

Tabell 1.1. Andel (%) kvinnor respektive män 65 år och äldre som i december 2013 var ordinarie ledamöter i kommunfullmäktige och kommunstyrelsen Inom parentes anges andel 65 år och äldre i hela befolkningen 2013-11-01.

Kommun	Andel ledamöter Kommunfullmäktige		Andel ledamöter Kommunstyrelsen	
	Kvinnor 65+	Män 65+	Kvinnor 65+	Män 65+
Askersund	18 (28)	15 (25)	36 (28)	0 (25)
Degerfors	7 (28)	15 (25)	9 (28)	0 (25)
Hallsberg	13 (24)	7 (21)	20 (24)	0 (21)
Hällefors	6 (31)	13 (27)	0 (31)	27 (27)
Karlskoga	12 (27)	22 (22)	8 (27)	31 (22)
Kumla	9 (21)	18 (17)	0 (21)	8 (17)
Laxå	16 (31)	13 (25)	0 (31)	9 (25)
Lekeberg	6 (22)	17 (21)	15 (22)	0 (21)
Lindesberg	11 (25)	24 (22)	7 (25)	40 (22)
Ljusnarsberg	0 (30)	20 (27)	0 (30)	36 (27)
Nora	11 (27)	29 (24)	7 (27)	33 (24)
Örebro	8 (20)	12 (16)	0 (20)	7 (16)

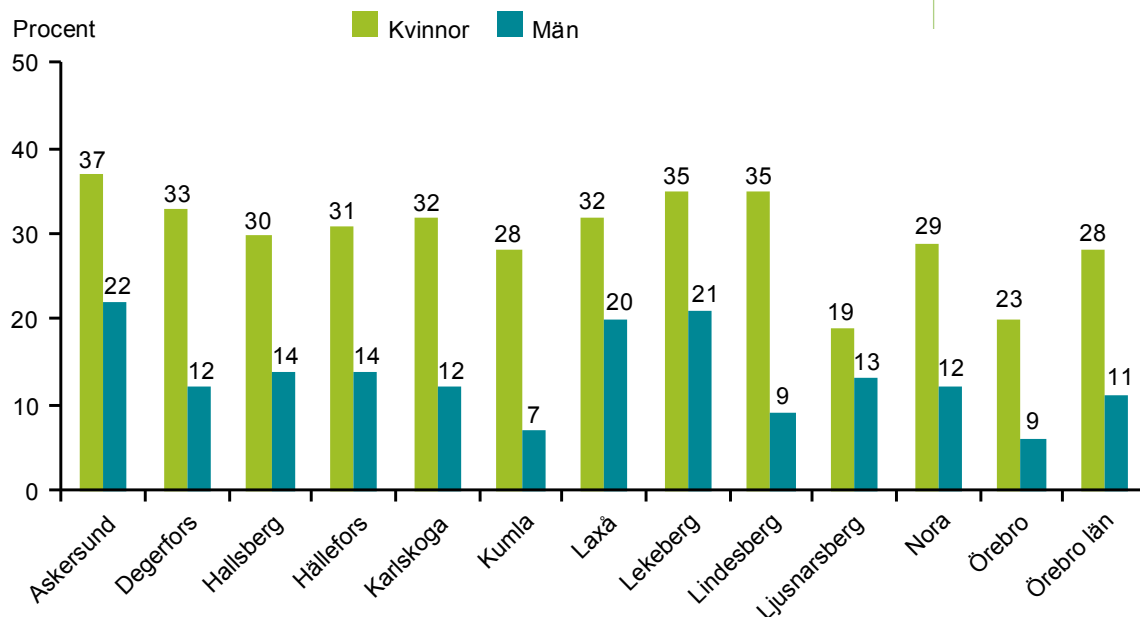
Källa: Manuell inventering, december 2013.¹²

Motsvarande andel av åldersgruppen 65 år och äldre i landstingsfullmäktige, landstingsstyrelsen och regionstyrelsen var för kvinnor 8,0 och 0 procent och för män 15,0 och 9 procent. Det ska jämföras med den totala andelen för åldersgruppen i befolkningen som för kvinnor är 23 procent och för män 19 procent.

Stora könsskillnader när det gäller arbete i hemmet

Generellt sett ägnar kvinnor mer tid än män åt det obetalda arbetet i hemmet även om skillnaden mellan könen har minskat över tid.¹³ Detta förhållande gäller även för äldre (figur 1.3).

Figur 1.3 Andel (%) kvinnor resp. män 65–84 år som uppger att de lägger ned minst 21 timmar per vecka i genomsnitt på arbete i hemmet (som inte är yrkesarbete).



Källa: Hälsa på lika villkor 2012, Samhällsmedicinska enheten Örebro läns landsting.

När det gäller frågan om huruvida hemarbetet alltid eller för det mesta är betungande är det svårt att se några tydliga könsskillnader bland de äldre (65–84 år). Andelen som upplever hemarbetet betungande är dessutom låg bland de äldre, mellan 0–8 procent bland män och mellan 2–9 procent bland kvinnor.

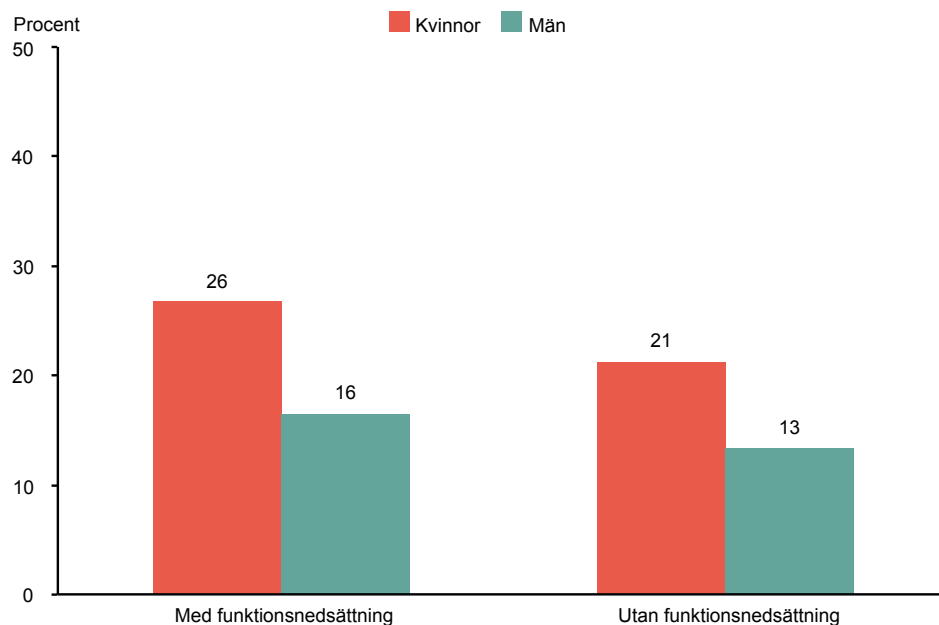


Alla ska bli respektfullt bemötta

Det nationella målet mot diskriminering är ett samhälle fritt från diskriminering. Delmålen handlar om att främja lika rättigheter i samhället, att kunskap ska finnas om diskrimineringens omfattning, även i arbetslivet, samt att skapa förutsättningar för arbete mot främlingsfientlighet och liknande former av intolerans.¹⁴ Diskrimineringslagen förbjuder diskriminering som har samband med kön, könsidentitet eller könsuttryck, etnisk tillhörighet, religion eller annan trosuppfattning, funktionsnedsättning, sexuell läggning eller ålder.¹⁵

I Örebro län uppger personer med funktionsnedsättning i något högre grad än personer utan funktionsnedsättning att de blivit bemötta på ett sådant sätt att de känt sig kränkta (figur 1.4).

Figur 1.4. Andel (%) kvinnor och män, 16–84 år, med respektive utan funktionsnedsättning som uppger att de under de senaste tre månaderna någon eller flera gånger blivit behandlad/bemött på ett sätt så att de känt sig kränkta, Örebro län.



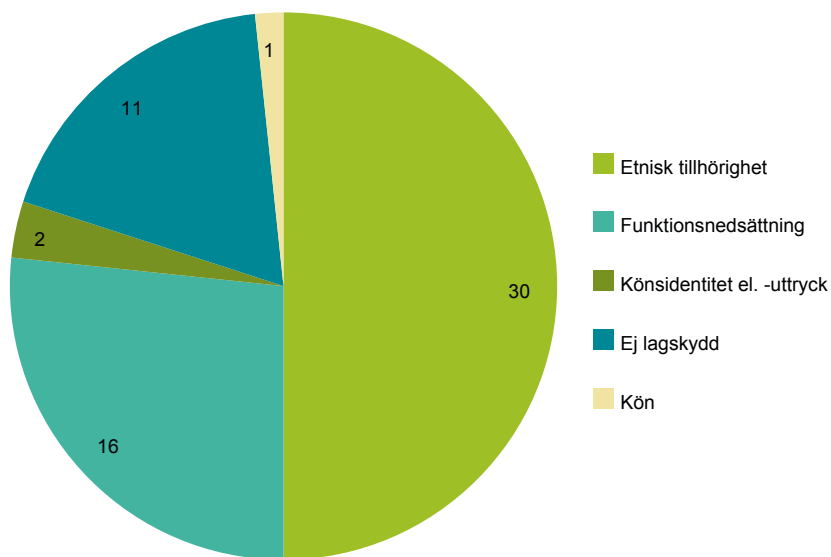
Källa: Hälsa på lika villkor 2012, Samhällsmedicinska enheten Örebro läns landsting.

Få anmälningar från äldre – markant fler från personer med funktionsnedsättning

Örebro Rättighetscenter är en ideell förening vars huvudsakliga ändamål är att arbeta för de mänskliga rättigheterna. Byrån har under verksamhetsåret 2012 handlagt 60 individärenden, vilket är en ökning med 20 procent jämfört med 2011. 51 av dessa 60 ärenden kommer från personer i Örebro kommun. Redovisning av åldersfördelning av ärendena visar att det är väldigt få personer som vänder sig till byrån som är över 60 år (1 procent 2012).

Redovisning av diskrimineringsgrunderna visar att diskriminering i samband med etnisk tillhörighet och funktionsnedsättning är de mest förekommande orsakerna till att individer vänder sig till Örebro Rättighetscenter. Främst handlar anmälningarna om arbetslivet samt skolan (figur 1.5).

Figur 1.5. Antal ärenden fördelade efter diskrimineringsgrund.



Källa: Örebro Rättighetscenter, verksamhetsberättelse 2012.



Förutsättningar för människor med funktionsnedsättning att leva ett självständigt liv ska förbättras

Tillgänglighet är ett begrepp som används för att beskriva hur vår omgivning och vår miljö är utformad. Ett tillgängligt samhälle ska fungera för alla, oavsett funktionsförmåga. I FN:s konvention om rättigheter för personer med funktionsnedsättning tydliggörs vad tillgänglighet innebär för konventionsstaterna: *"För att göra det möjligt för personer med funktionsnedsättning att leva oberoende och att fullt ut delta på alla livets områden, ska ändamålsenliga åtgärder vidtas för att säkerställa att personer med funktionsnedsättning får tillgång på lika villkor som andra till den fysiska miljön, till transporter, till information och kommunikation, innefattande informations- och kommunikationsteknik (IT) samt till andra anläggningar och tjänster som är tillgängliga för eller erbjuds allmänheten både i städerna och på landsbygden".*¹⁶

Tillgängligheten har förbättrats

Omkring 14 procent av de som går i grundskola och gymnasieskola har någon form av funktionsnedsättning. I en uppföljning av Skolverket 2009 bedömdes att det fanns relativt god beredskap för att undanröja fysiska hinder men det fanns ändå omfattande brister i tillgänglighet för rullstolsburna och ännu sämre förutsättningar för skolor att hantera andra former av tillgänglighet såsom tillgång till kommunikation, information och social gemenskap. Många elever upplevde också att de själva inte fått komma till tals när verksamhet ska anpassas.¹⁷

Handisams uppföljning av funktionshinderspolitiken 2013 visar på några framgångar. Många personer med funktionsnedsättning upplever att utvecklingen inom IT har underlättat vardagen de senaste åren. Det är fler personer som fått tillgång till arbetshjälpmedel under 2012 jämfört med tidigare år. Fler personer med dyslexi skriver högskoleprovet och det är fler studenter med funktionsnedsättning som har kontakt med samordnare på högskolorna för att få stöd att genomföra sin utbildning. Ett större antal tv-program görs tillgängliga genom textning samt syn- och teckenspråkstolkning.

Hjälpmedel ur ett genusperspektiv

Under 2012 och 2013 har förvaltningen för Habilitering och hjälpmedel vid Örebro läns landsting, med stöd av SKL, genomfört ett utvecklingsarbete för att genomlysna fördelning av hjälpmedel och insatser ur ett genus- och jäm-

ställdhetsperspektiv. Rullatorer, som är billiga, skrevs oftare ut till kvinnor. De dyraste förflyttningshjälpmedlen, elektriska rullstolar med manuell styrning, skrevs oftare ut till män. I den äldsta åldersgruppen över 75 år, var skillnaderna allra störst. Audiologiska kliniken uppvisar däremot ett jämförbart förhållande mellan män och kvinnor vid byte av hörapparat. Det skiljer sig heller inte något mellan kön gällande användningstid eller hur tekniskt avancerade hörapparater man erhåller vid byte.¹⁸

Många hinder för delaktighet kvarstår

Mindre än en av fem kulturinstitutioner i Sverige har verksamhet i lokaler där alla enkelt avhjälpta hinder i den fysiska miljön är åtgärdade. När kommuner ger bidrag till kulturverksamhet är det endast 17 procent som ställer krav på delaktighet och tillgänglighet för personer med funktionsnedsättning. Det är sju av tio bussar, spårvagnar och tåg i kollektivtrafiken som har låggolv 2013. I Örebro län var 31 procent av kollektivtrafikens bussar tillgängliga för funktionsnedsatta. Var tredje person med funktionsnedsättning är missnöjd med tillgängligheten på restauranger, barer och caféer. I endast 4 procent av landets kommuner är alla kommunala lekplatser tillgängliga för barn med funktionsnedsättning. 12 procent av alla kommuner har inventerat sina flerfamiljshus ur ett tillgänglighetsperspektiv.¹⁹ Bland Örebro läns ungdomar med funktionsnedsättning anger 16 procent att de har behov av hjälpmedel, men att de inte har tillgång till dem i skolan.²⁰



Folkbildningens, frivilligorganisationers samt folkrörelsernas kompetens ska tas till vara i demokratiprocessen

Det finns ett samband mellan frivilligt arbete och hälsa, mellan socialt deltagande och hälsa samt mellan sociala relationer och hälsa. Folkbildningens och frivilligorganisationers styrkor är att stärka individernas självförtroende och bidra till att människors resurser lyfts fram och utvecklas. Människan blir därmed mer aktiv och beredd att själva forma sitt liv och således ytterst även bidra till samhällets utveckling. Att kunna orientera sig i en föränderlig värld är inte begränsat till en fråga om information utan om kommunikation och bearbetning av erfarenheter och tankar tillsammans med andra människor.²¹

Olika former av mötesplatser inom folkbildningens verksamhet är exempel på miljöer där äldre fortsatt kan delta aktivt i sociala nätverk och skapa en mening i tillvaron efter ett avslutat arbetsliv.¹⁹

Studieförbundens folkhälso- projekt för äldre och för personer med funktionsnedsättning

– några exempel:

- Grön Famn (Örebro)
- Tankarnas hälsa (Örebro län)
- Delta i Hälsa och Kultur (Nora)
- Det hälsosamma åldrandet (Örebro kommun, Öster-
närke, Vintrosa, Kumla,
Karlskoga)
- Moving on (Örebro, Kumla,
Askersund, Hallsberg,
Karlskoga, Lindesberg, Laxå,
Ljusnarsberg)

**Bättre stigar, nya rymliga
toaletter och sittvänliga
rastplatser ...**

Länsstyrelsen i Örebro driver ett arbete med att öppna upp fina naturreservat och nationalparker så att så många som möjligt kan ta sig ut i naturen. Sex fina områden finns i vårt län: Knuthöjdsmossen, Garphyttans nationalpark, Kvismaren, Trystorps ekäng, Fagertårn och Tivedens nationalpark. Örebro kommun har under de senaste åren skapat flera nya natur- och kulturreservat där social gemenskap och tillgänglighet för alla varit utgångspunkten.

Mer än 40 000 personer har deltagit i studieförbundens (exklusive SISU Idrottsutbildarna) verksamhet i Örebro län under 2012.²² Andelen äldre över 65 år som deltagit i studiecirklar och annan folkbildning var närmare 14 procent. Bland personer med funktionsnedsättning i åldersgruppen 16–64 år är det dubbelt så vanligt med ett lågt socialt deltagande jämfört med övrig befolkning. En förklaring kan vara brist på tillgänglighet inom de områden där människor vanligtvis skaffar vänner såsom i skolan, idrottsföreningen eller på jobbet. Andel personer med funktionsnedsättning som deltagit i kulturarrangemang var cirka 2 procent. Idrottsrörelsen har ett eget studieförbund, SISU Idrottsutbildarna, och där har 18 500 unika deltagare tagit del av SISU:s verksamhet under 2012. 6 procent av dessa var över 65 år. Andelen kvinnor av dessa var 42 procent och män 58 procent.

I de äldre råd och råd för funktionshinderfrågor som finns i länets kommuner har representanter från olika organisationer som företräder äldre och personer med funktionsnedsättning möjlighet att lyfta frågor som berör målgrupperna. För att möjliggöra delaktighet och inflytande för brukare inom särskilda boenden och äldreboenden finns brukarråd. Socialstyrelsens *Öppna Jämförelser* visar att det 2012 fanns råd för funktionshinderfrågor i alla kommuner utom i Laxå kommun.²³ Örebro läns landsting har samrådsorgan för länets handikapporganisationer och pensionärsorganisationer.



Möjlighet till delaktighet i förenings- och kulturaktiviteter ska öka

Sverige har en tradition med ett rikt och varierat föreningsliv. Cirka 200 000 föreningar har mer än 32 miljoner medlemskap.¹⁷ Hälften av alla svenskar är aktiva i en förening och 75 procent är, eller har någon gång varit, aktiva. Engagemanget är störst inom idrotten där 20 procent av befolkningen är aktiv. Personer som är engagerade i föreningslivet uppgår en bättre upplevd hälsa än personer som inte är föreningsaktiva. Enligt de allra flesta föreningars demokratiska värdegrund ska alla som vill kunna delta i verksamheten, men så ser verkligheten tyvärr inte ut i alla stycken.²⁴

För äldre personer är kultur- och föreningslivet en viktig mötesplats som främjar möjligheterna till social gemenskap och delaktighet – något som äldre själva lyfter fram som en viktig faktor för hälsa och välbefinnande. Insatser på detta område leder till ökad livskvalitet för individen, men också till samhällsekonomiska vinster. Hälften av alla äldre i Sverige är aktiva i någon organisation, förening eller något samfund.²⁵

Rätten till kultur och fritid är stadgad i FN:s konvention för personer med funktionsnedsättning i artikel 30: *"Konventionsstaterna erkänner rätten för personer med funktionsnedsättning att på lika villkor som andra delta i kulturlivet". I FN:s barnkonvention uttrycks det i artikel 31 att: "barnet har rätt till lek och fritid, vila och rekreation samt rätt att fritt delta i det kulturella och konstnärliga livet".*¹⁶

ROTA – Rekognosera, Opponera, Tillgänglighetsgöra, Aktivera

I projekt ROTA samarbetar stiftelsen Aktiva och föreningen Örebro Deltar med Cesam och Ideellt Utvecklingscentrum (IUC) för att göra föreningslivet mera tillgängligt för yngre personer (18–35 år) med funktionsnedsättning. Målet är att utbilda minst 25 föreningar för att finna alternativa lösningar för ett mera tillgängligt och mångfaldigt föreningsliv.

Färre kulturaktiva bland personer 65 år och äldre

Det är vanligare bland personer som är 64 år och yngre att delta i kulturevenemang jämfört med personer 65 år och äldre. Kvinnor i alla åldrar är mer kulturaktiva än män. 38 procent av kvinnor som är 65 år och äldre har deltagit i kulturevenemang jämfört med 63 procent av kvinnor 64 år och yngre. För männen är andelen 30 respektive 54 procent. Andelen som deltar i kulturevenemang varierar mellan länets kommuner men mönstret med ålderskillnader är likartade. I den äldre åldersgruppen är kvinnor mest kulturaktiva i Örebro (45 procent) och bland äldre män är andelen högst i Nora (37 procent) (tabell 1.2).

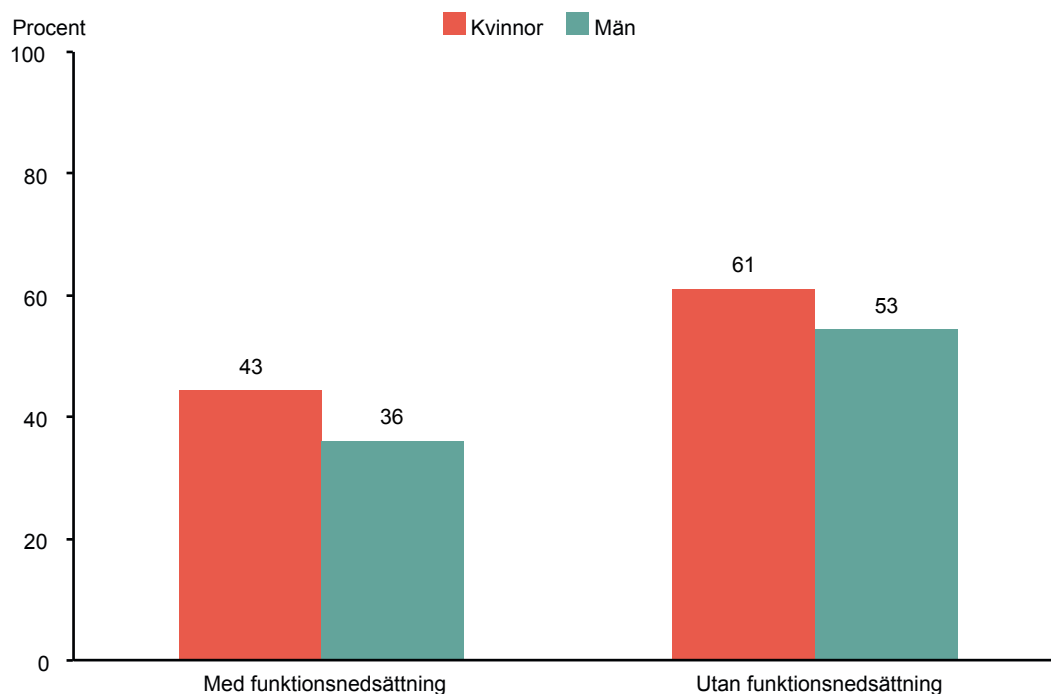
Tabell 1.2. Andel (%) som deltagit i kulturevenemang såsom teater, bio eller konstatställning under det senaste 12 månaderna. Redovisat på ålder, kön och kommun, Örebro län.

Kommun	Kvinnor		Män		Totalt	
	65 år och äldre	64 år och yngre	65 år och äldre	64 år och yngre	65 år och äldre	64 år och yngre
Askersund	31	57	20	55	25	56
Degerfors	20	52	24	40	22	46
Hallsberg	33	52	31	53	32	53
Hällefors	23	53	20	48	21	50
Karlskoga	30	53	25	50	27	52
Kumla	38	58	32	49	35	54
Laxå	20	47	27	43	24	45
Lekeberg	39	60	29	55	34	58
Lindesberg	39	55	21	45	30	50
Ljusnarsberg	30	46	16	35	23	41
Nora	38	60	37	53	37	57
Örebro	45	70	36	60	41	65
Länet	38	63	30	54	34	58

Källa: Hälsa på lika villkor 2012, Samhällsmedicinska enheten Örebro läns landsting.

Personer med funktionsnedsättning deltar i mindre utsträckning i kulturevenemang såsom teater, bio eller konstutställningar jämfört med personer utan funktionsnedsättning. Kvinnor är mer kulturaktiva än män. Bland kvinnor med funktionsnedsättning är det 43 procent som deltagit i kulturarrangemang och 61 procent bland kvinnor utan funktionsnedsättning. För män är andelen 36 procent respektive 53 procent (figur 1.6).

Figur 1.6. Andel 16–84 år som deltagit i kulturevenemang såsom teater, bio, konstutställning under det senaste året, fördelat på funktionsnedsättning och kön, Örebro län.



Källa: Hälsa på lika villkor 2012, Samhällsmedicinska enheten Örebro läns landsting.

Ungdomsstyrelsens ungdomsenkät 2012 visar att det finns små skillnader i vilken utsträckning unga med funktionsnedsättning, i ålder 16–25 år, är aktiva kulturutövare jämfört med unga utan funktionsnedsättning. Tjejer är i högre grad kulturutövare än killar.

Mer än 70 procent av alla ungdomar är med i någon typ av förening. Vanligast är att man är med i en idrottsförening. Det är något lägre andel föreningsaktiva bland ungdomar som har en funktionsnedsättning jämfört med ungdomar som inte har någon funktionsnedsättning. Det skiljer 5 procentenheter hos flickorna och 9 procentenheter hos pojkarna.

Barn med funktionsnedsättning tränar ungefär lika mycket som övriga barn

Vuxna personer med funktionsnedsättning är i mindre grad idrottsaktiva än övriga, medan barn med funktionsnedsättning tränar ungefär lika mycket som övriga barn. I en undersökning bland föräldrar till barn med rörelsenedsättning framkom att 13 procent av barnen erhållit hjälpmedel för att kunna utöva sin fritidsaktivitet medan 32 procent bekostat sådana hjälpmedel själva. Barn som inte kan få de hjälpmedel de behöver hamnar lättare utanför föreningslivet.¹⁹

En grupp som ofta ställs utanför idrottens gemenskap är personer med neuropsykiatrisk funktionsnedsättning. En intervjustudie gjordes 2012 med barn och ungdomar med osynliga funktionsnedsättningar såsom ADHD och Asperger. Man frågade om deras fritidsaktiviteter, deras erfarenheter av idrott och föreningsliv. Det är ingen homogen grupp då det finns personer med allt ifrån nästan omärkliga symtom, till mer omfattande funktionsnedsättningar. De flesta hade inte – enligt dem själva – passat i laget, i hallen, i rutinerna. Krav på disciplin, resultat och social kompetens kan vara extra svårt om man har en osynlig funktionsnedsättning.²⁶

Personer med funktionsnedsättning som är idrottsaktiva är ofta medlem i en handikappsidrottsförening. Svenska Handikappidrottsförbundet (SHIF) är det idrottsförbund som organiserar idrott för personer med rörelsenedsättning, synskada och utvecklingsstörning inom 18 olika idrotter. De har cirka 480 föreningar, och cirka 37 000 medlemmar varav cirka 20 000 är idrottsaktiva.²⁷ Idrott för personer med hörselnedsättning/dövhet organiseras via Svenska Dövidrottsförbundet (SDIF) i 47 klubbar med 5000 medlemmar som idrottar i teckenspråkiga miljöer.²⁸

Det finns ett stort antal intresseföreningar/patientföreningar för personer med funktionsnedsättning i Örebro län till exempel DHR (Delaktighet, Handlingskraft och Rörelsefrihet), Afasiföreningen, Autism- och Aspergerföreningen, Dövas förening, Örebro läns Handikappidrottsförbund, RBU (Riksförbundet för rörelsehindrade barn och ungdomar), SRF Synskadades Riksförbund) med flera.



Nya fysiska och virtuella mötesplatser ska skapas och befintliga ska utvecklas

Social gemenskap lyfts fram som en viktig faktor för hälsa och välbefinnande för alla åldrar. Med åldern minskar ofta äldre människors sociala nätverk och olika former av mötesplatser kan därför utgöra en stödjande miljö för äldres deltagande och känsla av meningsfullhet.²⁹ Datorn kan vara ett hjälpmedel och bidra till ökad stimulans och ge möjlighet till sociala kontakter, information och kunskap. Men ett rikt utbud av fysiska mötesplatser med varierande utbud och hög tillgänglighet är viktigt att utveckla, inte minst för dem som är ensamboende. Här kan den ideella sektorn spela en stor roll i samverkan med kommunerna.

Virtuella mötesplatser underlättar vardagen

Närmare 90 procent av den vuxna befolkningen har tillgång till internet, med all den information, kultur och sociala interaktionsmöjligheter som det öppnar. Det är ett gott resultat, men inte tillräckligt. En dryg miljon vuxna står utanför medan samhället nätanpassas allt mer.

En stor andel, 87 procent, av personer med funktionsnedsättning anser att IT-utvecklingen har underlättat deras vardag. På 66 procent av kommunernas webbplatser finns det inbyggd talsyntes som gör det möjligt att lyssna på information. I stort sett är IT ett område där personer med funktionsnedsättning har hög delaktighet jämfört med många andra områden.¹⁹ Eftersom utvecklingen går fort behöver insatserna intensifieras för att tekniken ska kunna användas av alla. Det gäller att säkerställa att ingen lämnas utanför och bli exkluderad oavsett ålder, kön eller funktionsförmåga.³⁰

För personer som kan ha svårare att delta i vissa fritidsverksamheter kan internet vara ett särskilt viktigt sätt att träffa andra, utbyta erfarenheter och umgås. På nätet kan man undvika de brister i tillgänglighet som kan finnas i andra fysiska miljöer.

Digital agenda

Länsstyrelsen och Regionförbundet bedriver projekt Digital agenda i Örebro län. Satsningen är särskilt viktigt för att skapa förutsättningar för äldre och personer med funktionsnedsättning till ett aktivt deltagande i samhället och virtuella mötesplatser.

Ungdomar och seniorer möts i IT-projekt

Hällefors kommun och Arbetsförmedlingen satsar på ungdomar och seniorer i ett gemensamt IT-projekt. Arbetslösa unga upp till 25 år bistår seniorer och andra intresserade med IT-kunskap.

Transfer Mälardalen och Örebro kommun

Nysvenska ungdomar är IT-guider för äldre. Ungdomars språkkunskaper förbättras och hos äldre ökar den digitala delaktigheten.

IT-utbildning för äldre döva och hörselskadade

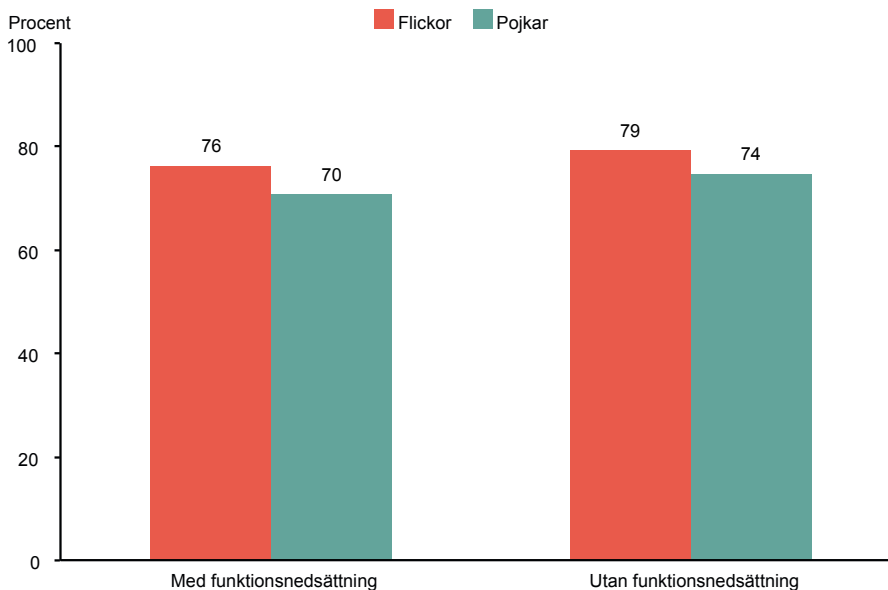
I samarbete mellan Dövas förening, Örebro läns idrottsförbund och Örebro kommun genomförs en IT-utbildning för äldre döva och hörselskadade med yngre döva och hörselskadade som IT-guider.

Daglig kontakt över nätet

Det är högre andel unga med funktionsnedsättning som har dagliga kontakter via nätet jämfört med unga utan funktionsnedsättning. För unga som upplever problem med sociala kontakter i vardagslivet framstår internet som en mycket viktig alternativ arena till ett socialt umgänge.¹⁷ För personer med funktionsnedsättning innebär den tekniska utvecklingen möjligheter till ökad delaktighet och inflytande i medborgardialoger, medborgarpaneler och liknande, vid direkta möten eller via kommunernas och landstingens webb.³¹

En stor andel (över 70 procent) ungdomar har datorn som social mötesplats och kommunicerar med andra, flickor i något större utsträckning än pojkar. Det är inga större skillnader om man har funktionsnedsättning eller inte (figur 1.7).

Figur 1.7. Andel (%) unga skolar 7, 9 och år 2 på gymnasiet som använder datorn nästan varje dag för att kommunicera via t ex Facebook, MSN, mejl, ICQ eller liknande, fördelat på funktionsnedsättning och kön, Örebro län.

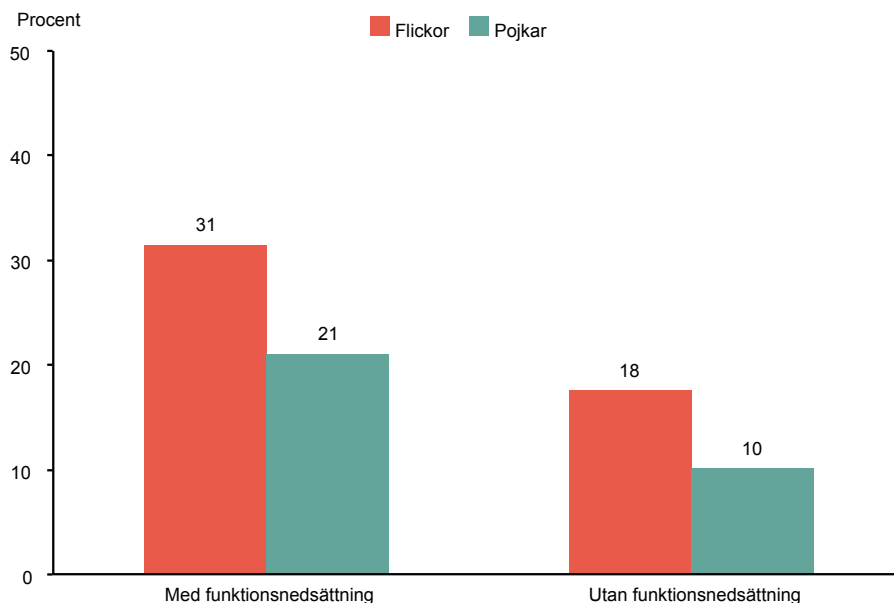


Källa: Liv & hälsa ung 2011, Samhällsmedicinska enheten Örebro läns landsting.

Risk för utsatthet större för personer med funktionsnedsättning

Nätet kan innebära en risk för utsatthet. I en undersökning av Ungdomsstyrelsen har 26 procent av unga utan funktionsnedsättning uppgett att de varit med om att någon på nätet försökt få dem att prata om sex eller skicka bilder eller göra något framför webbkamera mot ens vilja. Av unga med funktionsnedsättning var det 33 procent som varit med om detta. Av flickor med funktionsnedsättning var andelen som uppgav utsatthet 55 procent.¹⁷ Även *Liv & Hälsa undersökningen 2011* visar skillnader mellan ungdomar med eller utan funktionsnedsättning och mellan flickor och pojkar när det gäller att bli utsatt för mobbning via mobil eller internet (figur 1.8).

Figur 1.8. Andel (%) ungdomar skolår 7, 9 och år 2 på gymnasiet som uppger att de varit utsatta för trakasserier/ kränkning via mobiltelefon eller internet. Kön, samt med eller utan funktionsnedsättning. Örebro län.



Källa. *Liv & hälsa ung 2011*, Samhällsmedicinska enheten Örebro läns landsting.

Ekonomiska och sociala förutsättningar

Vision: Alla invånare i Örebro län känner ekonomisk och social trygghet

Länsmål

- Sysselsättning, företagande och hållbar tillväxt ska öka.
- Mellan olika socioekonomiska grupper ska skillnaden i andelen sysselsatta och skillnaden i sysselsättningsgrad minska.
- Andelen ungdomar i arbete och utbildning ska öka.
- Kvinnor och män ska ha lika lön för likvärdigt arbete.
- Andelen hushåll med låga inkomster eller beroende av försörjningsstöd ska minska.
- Barnfattigdomen ska minska.
- Utbildningsnivån ska höjas, skillnader i utbildningsnivå ska minska och elever ska uppnå kunskapsmålen.
- Den socioekonomiska segregationen ska minska.
- Alla länsinvånare ska ha rätt till eget boende.
- Personer med funktionsnedsättning ska kunna leva bo och arbeta på likvärdiga villkor som övriga invånare.
- Alla länsinvånare ska uppleva trygghet och säkerhet i hem och miljö.

Ekonomisk och social trygghet är en av de mest grundläggande förutsättningarna för folkhälsan. Det finns samband mellan en god folkhälsa och ett samhälle präglad av ekonomisk och social trygghet, jämlikhet i levnadsvillkor, jämställdhet och rättvisa. För den enskilda individen är god hälsa både en vinst i sig och en faktor för att förbättra de socioekonomiska villkoren. Hälsa är en nyckel för möjlighet till arbete, vilket ökar inkomsttryggheten. Arbete eller att ha en meningsfull sysselsättning är något av de viktigaste förutsättningarna för delaktighet i och bidragande till samhället.

Personer med funktionsnedsättning har rätt till att finna, få, behålla och återgå till en anställning på lika villkor som andra. Det slås fast i konventionen om rättigheter för personer med funktionsnedsättning.¹ Artikel 27 tydliggör rätten till fritt valt, eller antaget arbete i en arbetsmiljö som är öppen, främjar integration och är tillgänglig för personer med funktionsnedsättning.² Ur ett nationellt perspektiv är personer med funktionsnedsättning, som innebär en arbetsnedsättning, en särskilt utsatt grupp. Färre har ett förvärvsarbete och en större andel är arbetslösa och långtidsarbetslösa, jämfört med övrig befolkning. Det finns även stora skillnader när det gäller att ha ett förvärvsarbete inom gruppen personer med funktionsnedsättning.³

Ekonomisk och social trygghet är en mänsklig rättighet. Människor med funktionsnedsättning har sämre ekonomiska villkor än övriga befolkningen. Den ekonomiska skillnaden kan bero på lägre inkomst, extrautgifter för hjälpmedel, mediciner eller annat som krävs för ett fungerande liv.⁴ Utöver de allmänna förklaringarna om mänskliga rättigheter har barn upp till 18 år och personer med funktionsnedsättning rättigheter med utgångspunkt från FN:s konventioner om barnets rättigheter samt om rättigheter för personer med funktionsnedsättning. Båda dessa understryker rätten till social trygghet och en levnadsstandard som krävs för utveckling.



Sysselsättning, företagande och hållbar tillväxt ska öka

En människa med långvarig ohälsa återfinns inte automatiskt i gruppen personer med funktionsnedsättning som medför nedsatt arbetsförmåga. Däremot kan ohälsa många gånger leda till nedsatt arbetsförmåga. Det är ett samspel mellan individ, arbetsuppgifter och arbetsmiljö.

Arbetsförmedlingen har i regleringsbrev från regeringen fått i uppdrag att varje år redovisa resultat från en årligen återkommande undersökning av situationen på arbetsmarknaden för personer med funktionsnedsättning. Undersökningen som genomfördes 2012 omfattar personer i åldern 16–64 år som är folkbokförda i Sverige.⁵ Omkring 26 procent i åldern 16–64 år uppgav att de hade någon funktionsnedsättning. I uppräknat antal motsvarar det omkring 1,6 miljoner människor i Sverige i åldern 16–64 år. Av dessa uppgav cirka 53 procent, motsvarande drygt 800 000 personer, att deras arbetsförmåga var nedsatt. Bland personer med funktionsnedsättning bedömde drygt hälften att funktionsnedsättningen medför nedsatt arbetsförmåga. Män och kvinnor har funktionsnedsättning i samma omfattning, men män med nedsatt arbetsförmåga var i arbete i större utsträckning än kvinnor. Åldersgruppen 50–64 år är överrepresenterade inom gruppen med funktionsnedsättning. Denna grupp har även en hög andel med nedsatt arbetsförmåga. Rörelsenedsättning är den vanligaste funktionsnedsättningen bland personer med nedsatt arbetsförmåga.⁵

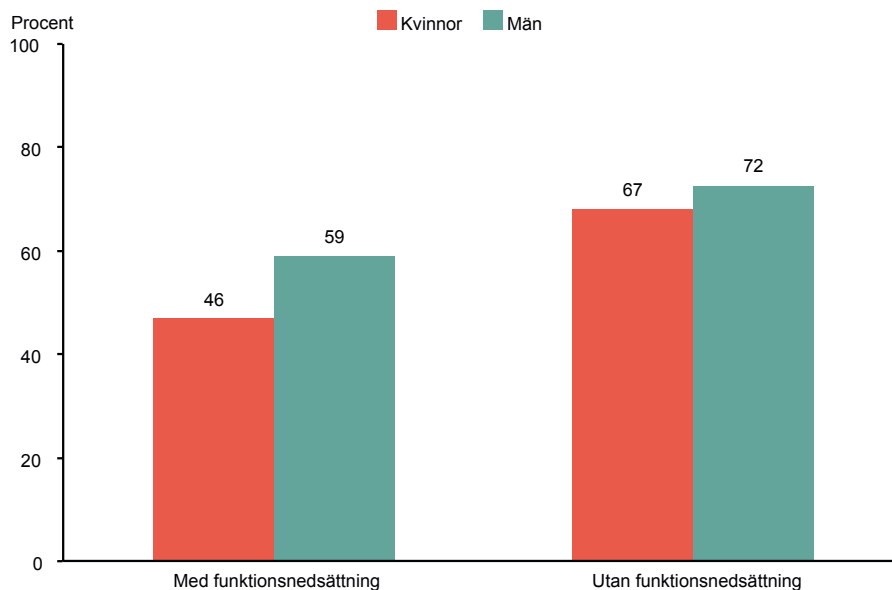
Färre i arbete bland personer med funktionsnedsättning

I Arbetsförmedlingens undersökning 2012 svarade omkring 71 procent att de är i arbete, det vill säga har en huvudsaklig sysselsättning som anställd, egen företagare eller föräldraledig. Bland dem med nedsatt arbetsförmåga var motsvarande andel 57 procent. De förhållanden som Arbetsförmedlingens undersökning visar stämmer väl med resultaten från undersökningen *Hälsa på lika villkor 2012* i Örebro län (figur 2.1).

Stiftelsen Activa har varit projektägare och samordnare för ett projekt som heter Transit. Transit har pågått i kommunerna i Sydnärke sedan juni 2010 till och med december 2013. Syftet med projektet är att hjälpa ungdomar med funktionsnedsättning i övergång från skola till arbetslivet.

Åren 2009–2013 har det inom Örebro kommuns gymnasiesärskolan pågått ett framgångsrikt arbete under mottot; Jobb i sikte. Arbetet syftar till att gymnasiesärskolan och arbetslivet samverkar så att elever efter avslutad skolgång kan få en egen anställning.

Figur 2.1. Andel (%) som anger att man är anställd och/eller egen företagare. Fördelat på kvinnor och män, 64 år och yngre, med respektive utan funktionsnedsättning, Örebro län.



Källa: Hälsa på lika villkor 2012, Samhällsmedicinska enheten, Örebro läns landsting.

Den vanligaste sysselsättningen är att arbeta som anställd. Det gäller både för befolkningen i stort och bland personer med funktionsnedsättning. Däremot finns högre andel långtidssjukskrivna samt fler med sjuk- eller aktivitetsersättning bland personer med funktionsnedsättning som angett att de har nedsatt arbetsförmåga. Personer med funktionsnedsättning är företagare i mindre utsträckning än befolkningen i helhet.⁵



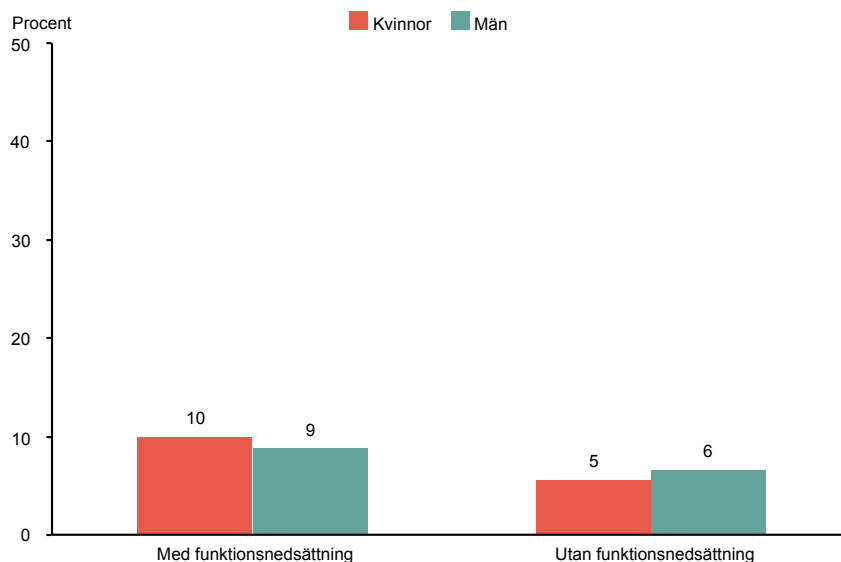
Mellan olika socioekonomiska grupper ska skillnaden i andel sysselsatta och skillnaden i sysselsättningsgrad minska. Andel ungdomar i arbete och utbildning ska öka

Svårare att få ett arbete för personer med funktionsnedsättning

Sverige har stora utmaningar att skapa en mer inkluderande arbetsmarknad. Andel sysselsatta bland personer med funktionsnedsättning har legat på

samma nivå sedan 2004.⁶ Personer som har funktionsnedsättning som medför nedsatt arbetsförmåga har svårare att få jobb än andra.⁷ Det räcker inte längre att ha rätt utbildning och erfarenhet för att få ett jobb idag enligt tidskriften Arbetet.⁸ Social kompetens och flexibilitet värderas så högt att bristen på dessa egenskaper kan räcka för att någon ska ses som att ha en funktionsnedsättning. De som inte är tillräckligt flexibla eller bryter mot sociala normer klassas ibland som socialmedicinskt funktionsnedsatt av arbetsförmedlingen. Den främsta anledningen till att fler klassas ha en funktionsnedsättning är det alltmer tuffa klimatet på arbetsmarknaden. Det innebär ett mindre utrymme för dem som avviker från normen. Resultat från *Hälsa på lika villkor 2012* visar en något större andel arbetslösa bland personer med funktionsnedsättning (figur 2.2).

Figur 2.2. Andel (%) som anger att man är arbetslös. Fördelat på kvinnor och män 64 år och yngre, med respektive utan funktionsnedsättning, Örebro län.

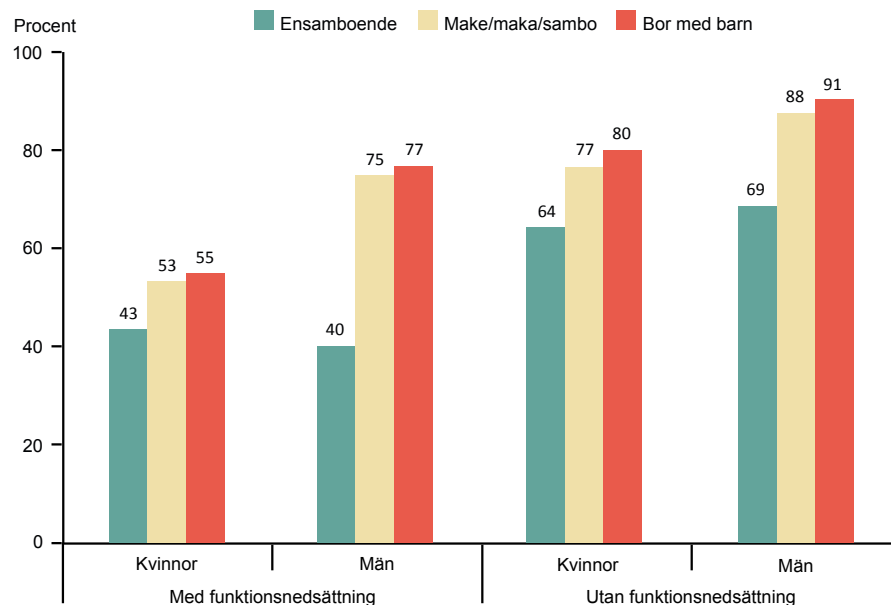


Källa: *Hälsa på lika villkor 2012*, Samhällsmedicinska enheten Örebro läns landsting.

Bland såväl kvinnor som män, med eller utan funktionsnedsättning, är det fler som är anställda eller egenföretagare av de som är sammanboende, med/make/sambo/partner eller med barn, jämfört med ensamboende (figur 2.3).

"Jag känner mig väldigt ensam i vardagen och har inte så många vänner. Men skulle jag få ett jobb så skulle det lösa sig. Jag har ju en utbildning och jag vill vara med ute i samhället. Jobb är det bästa mot ensamheten. Att vara utan arbete innebär också att man får en dålig ekonomi och det medför att man blir utanför samhället, vilket gör att man mår dåligt." Kvinna 37 år

Figur 2.3. Andel (%) anställda och/eller egen företagare. Fördelat på kvinnor män, 64 år och yngre med respektive utan funktionsnedsättning samt boendeformer, Örebro län.



Källa: Hälsa på lika villkor 2012, Samhällsmedicinska enheten Örebro läns landsting.

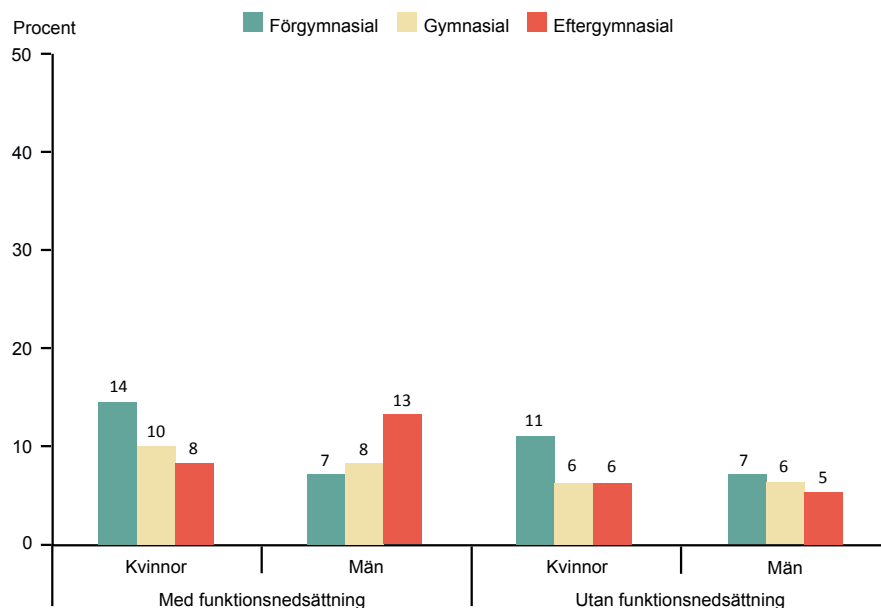
Enligt Ungdomsstyrelsens ungdomsenkät 2012 är det 65 procent bland unga med funktionsnedsättning (16–25 år) som varit arbetslösa någon gång. Detta kan jämföras med övriga ungdomar där knappt 50 procent varit arbetslösa. Det syns även en stor skillnad i andel som varit långtidsarbetslösa (mer än 6 månader). 32 procent bland de med funktionsnedsättning jämfört med 13 procent gällande övriga ungdomar. En fjärdedel av de som är inskrivna hos Arbetsförmedlingen (i samtliga åldrar) har en dokumenterad funktionsnedsättning. Denna grupp har också längst inskrivningstid. Andelen ungdomar som är inskrivna hos Arbetsförmedlingen i över två år, det vill säga långtidsinskrivna, har ökat bland unga med funktionsnedsättning. Det är fler killar än tjejer som är långtidsinskrivna. Det är dock fler tjejer än killar med funktionsnedsättning som arbetar deltid.⁹

De ungdomar som varken arbetar eller studerar är en särskild riskgrupp. Enligt temagruppen *Unga i arbetslivet* saknade 91 procent inkomst bland ungdomsgruppen som varken studerade eller arbetade och samtidigt hade stöd för funktionsnedsättning eller sjukdom.¹⁰ Jobbgarantin för unga är ett aktivitetsstöd som innebär ersättning som lämnas till unga som deltar i arbetsmarknadspolitiska program. Antalet funktionsnedsatta med aktivitetsstöd har ökat. Ökningen var större för tjejer än för killar.⁹

Utbildningsnivån har betydelse

Undersökningen *Hälsa på lika villkor 2012* visar att för kvinnor återfinns störst andel arbetslösa bland de med endast förgymnasial utbildning. Mönstret är det samma oavsett om man har funktionsnedsättning eller inte. Gruppen män och kvinnor med eftergymnasial utbildning skiljer sig mest åt såtillvida att de med funktionsnedsättning tycks ha större andel arbetslösa än motsvarande grupp utan funktionsnedsättning. Särskilt tydligt är det bland männen (figur 2.4).

Figur 2.4. Andel (%) som anger att man är arbetslös. Fördelat på kvinnor män, 64 år och yngre med respektive utan funktionsnedsättning och utbildningsnivå, Örebro län.



Källa: *Hälsa på lika villkor 2012*,
Samhällsmedicinska enheten
Örebro läns landsting.

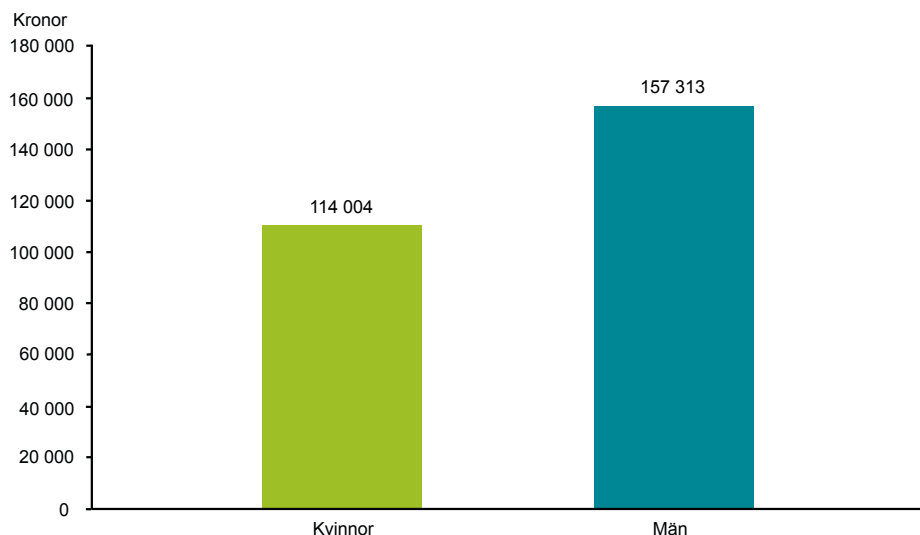


Kvinnor och män ska ha lika lön för likvärdigt arbete

I ett internationellt perspektiv framstår Sverige som ett föregångsland när det gäller jämställdhet. Sverige har en arbetsmarknad där förutsättningarna för kvinnors och mäns deltagande är relativt goda. Sysselsättningsgraden för kvinnor är dock lägre än för män. Socioekonomiska skillnader och könsskillnader i levnadsvillkor kvarstår efter pensionsåldern. I allmänhet har yngre pensionärer högre pensionsnivåer än äldre. Bland ålderspensionärer är ensamstående kvinnor den mest utsatta gruppen.¹¹

I Örebro län finns 32 767 kvinnor, respektive 27 706 män som är ålderspensionärer.¹² De äldres disponibla inkomster i ett nationellt perspektiv uppgår i medeltal till drygt 200 000 kronor år 2013 (cirka 17 000 kr per månad). Det motsvarar samma inkomst som 28 åringarnas medelinkomst.¹³ Figur 2.5. redovisar ålderspensioner i det nuvarande pensionssystemet, fördelat på kvinnor och män. Medelårsbeloppet är december månads utbetalning multiplicerad med 12 och dividerad med antalet pensionärer.

Figur 2.5. Medelårsbelopp av utbetalade ålderspensioner (december 2012), Örebro län.



Källa: Pensionsmyndigheten.

Kvinnor har i genomsnitt en lägre disponibel inkomst än männen. Äldre kvinnor har i allmänhet lägre inkomster och får därmed i medeltal högre garanti-pension, bostadstillägg och äldreförsörjningsstöd.¹³



Andel hushåll med låga inkomster eller beroende av försörjningsstöd ska minska. Barnfattigdomen ska minska

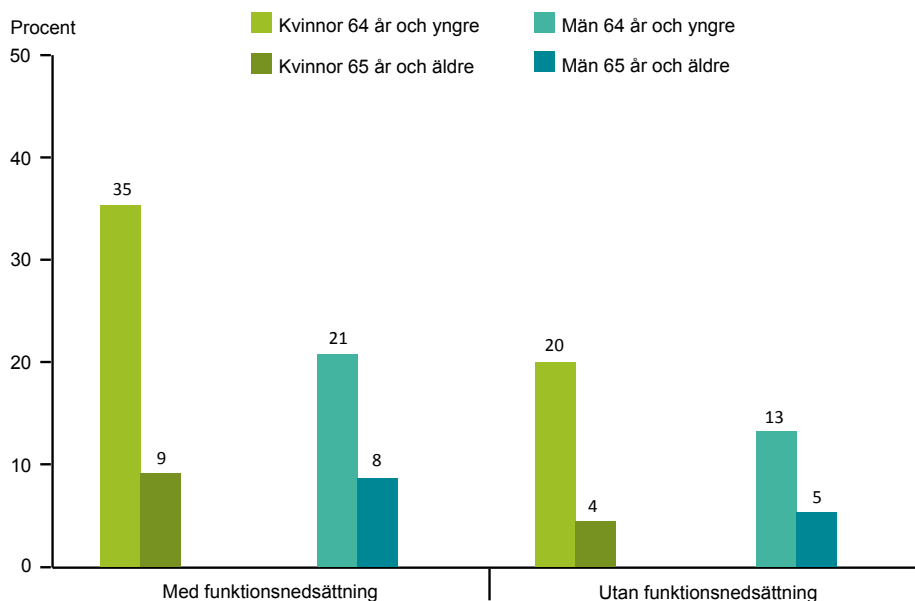
Ekonomi är en viktig faktor som påverkar människors hälsa, inte minst för äldre personer och personer med funktionsnedsättning. En rad ekonomiska och sociala förhållanden samvarierar med hälsan. De som klarar av att betala löpande utgifter har generellt en bättre hälsa än de som inte klarar det.¹⁴

I undersökningen *Hälsa på lika villkor 2012* uppger 20 procent av kvinnorna och 16 procent av männen i åldersgruppen 65–84 år att de växt upp under ekonomiska svårigheter. I jämförelse mellan de med funktionsnedsättning och utan funktionsnedsättning är det större andel bland de med funktionsnedsättning som vuxit upp under ekonomiska svårigheter under hela eller stor del av uppväxten. 24 procent av kvinnorna respektive 23 procent av männen uppger detta, vilket kan jämföras med gruppen utan funktionsnedsättning där 20 procent av kvinnorna och 16 procent av männen angett att de upplevde ekonomiska svårigheter under sin barndom.

Att klara löpande utgifter

Att klara löpande utgifter som till exempel hyra och räkningar är en skyddsfaktor för hälsa.¹⁵ Resultat från *Hälsa på lika villkor 2012* visar att det är större andel bland kvinnor än bland män som haft svårt att klara löpande utgifter. Det gäller både de med funktionsnedsättning och de utan funktionsnedsättning. De som är 64 år och yngre har svårare att klara löpande utgifter än de som är 65 år och äldre. Särskilt utmärkande är det för kvinnor med funktionsnedsättning där 35 procent uppger att haft svårt att klara löpande utgifter de senaste 12 månaderna (figur 2.6).

Figur 2.6. Andel (%) som under de senaste 12 månaderna har haft svårt att klara löpande utgifter som hyra, räkningar med mera en eller flera gånger. Fördelat på kvinnor män med respektive utan funktionsnedsättning i åldrarna 65 år och äldre samt 64 år och yngre, Örebro län.



Källa: Hälsa på lika villkor 2012, Samhällsmedicinska enheten Örebro läns landsting.

Liknande tendenser finns när det gäller vilka som klarar en oförutsedd utgift där man på en vecka kan skaffa fram 15 000 kronor. Män 65 år och äldre har lättare att klara en oförutsedd utgift på 15 000 än kvinnor i motsvarande åldersgrupp. Utbildningsnivå spelar in då de som har eftergymnasial utbildning till större del klarar en oförutsedd utgift. Den grupp som har svårast att klara en oförutsedd utgift är kvinnor med funktionsnedsättning som är yngre än 64 år och har förgymnasial utbildning.

Ungdomar med funktionsnedsättning har en ekonomisk mer utsatt situation

Enligt Ungdomsstyrelsens ungdomsenkät 2012 har 45 procent av ungdomarna (16–25 år) med funktionsnedsättning svårigheter att betala löpande utgifter som hyra eller räkningar. Det är 20 procent mer än bland övriga unga. Liknande skillnader syns i ULF-undersökningen (undersökningar av levnadsförhållanden, Statistiska centralbyrån). Drygt hälften av ungdomarna (16–29 år) i gruppen med funktionsnedsättning anser sig kunna klara en oväntad utgift på 8 000 kronor utan att låna pengar. Detta kan jämföras med nära 75 procent av övriga ungdomar. Unga med funktionsnedsättning och som även upplever funktionshinder har svårast att klara en oväntad utgift. Tendensen blir tydligare med ökad ålder i ungdomsgruppen. Detta kan ses som ett utslag för betydligt lägre etableringsgrad för denna grupp. Etableringsprocessen går åt fel håll för personerna som har både funktionsnedsättning och upplevelse av ett funktionshinder.¹⁶

Det är tre gånger så vanligt att ha tagit emot ekonomiskt bistånd och dubbelt så vanligt att ha tagit emot aktivitetsersättning bland ungdomar som har en funktionsnedsättning jämfört med bland övriga.¹⁶ Bland dem med aktivitetsersättning är situationen sämst för unga (19–24 år) och generellt sämre för kvinnor än för män.¹⁶

Barnhushåll där förälder/föräldrarna har en svag eller obefintlig position på arbetsmarknaden är särskilt utsatta enligt Rädda Barnens årsrapport 2013. I ekonomiskt utsatta barnfamiljer finns ofta ohälsa och arbetslöshet hos föräldrarna.¹⁷ Barn med funktionsnedsättning har en mer utsatt ekonomisk situation jämfört med barn utan funktionsnedsättning. Det är vanligare att föräldrar till barn med funktionsnedsättning har svårt att klara de löpande utgifterna och de saknar oftare kontantmarginal, jämfört med föräldrar till barn utan funktionsnedsättning.¹⁸

Enligt Rädda barnens årsrapport lever i Örebro län drygt 13 procent (7 588) av barnen 0–17 år i ekonomiskt utsatta hushåll. Det är en minskning med en halv procentenhet sedan föregående mätning. Drygt hälften av länets kommuner visar samma trend som länet med en minskning, medan övriga har ökat något.



Utbildningsnivån ska höjas, skillnader i utbildningsnivå ska minska och fler elever ska uppnå kunskapsmålen

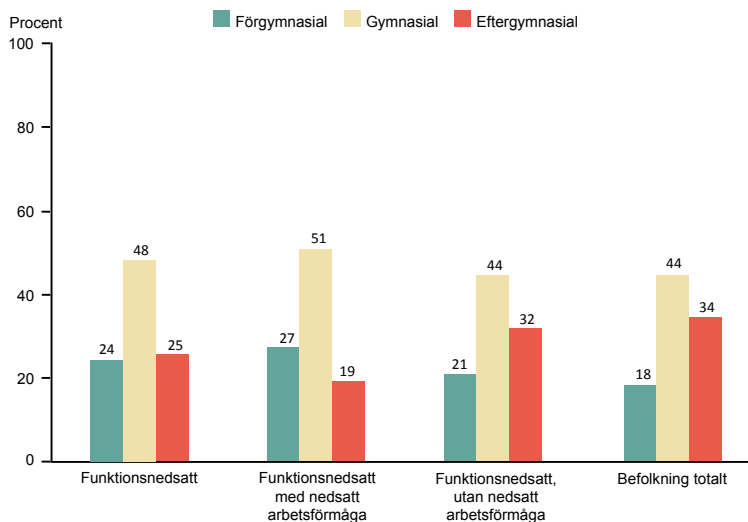
Rätten till utbildning gäller alla

Sverige ska med utgångspunkt från FN:s konvention om rättigheter för personer med funktionsnedsättning och funktionshinderpolitiken säkerställa att personer med funktionsnedsättning, på lika villkor som andra, får tillgång till en inkluderande och kostnadsfri grundutbildning med god kvalitet.¹⁹

Det finns enligt Ungdomsstyrelsen studier som indikerar att cirka 14 procent av de som går i grund- eller gymnasieskola har någon form av funktionsnedsättning.¹⁶ Det stora flertalet går i grund- och gymnasieskola, där det finns möjlighet till särskilt stöd för elever med funktionsnedsättning. Ungdomar med olika typer av fysiska eller neuropsykiatriska funktionsnedsättningar är överrepresenterade bland de som inte tar sig vidare till gymnasieskolan eller inte avslutar en gymnasieutbildning. De upplever, vid sidan av eventuella studiesvårigheter, ett socialt utanförskap i skolan. En ökad frånvaro och brister i samarbetet med hemmen förvärrar situationen ytterligare.¹⁹

Högsta utbildningsnivå

Personer med nedsatt arbetsförmåga har i lägre grad eftergymnasial utbildning än övriga befolkningen (figur 2.7).²⁰



Figur 2.7. Utbildningssammansättning (%) Personer med funktionsnedsättning totalt, med och utan nedsatt arbetsförmåga samt övriga i befolkningen, ålder 16–64 år.

Källa: SCB undersökning Förutsättningar i arbetslivet, 2012.

17 procent av unga (16–29 år) med funktionsnedsättning har grundskola som högsta utbildning. Det kan jämföras med 7 procent bland övriga unga. 32 procent bland gruppen unga med funktionsnedsättning har en avslutad eftergymnasial utbildning, jämfört med 43 procent bland övriga unga. Tjejer med funktionsnedsättning har överlag en bättre utbildningssituation än killar med funktionsnedsättning.¹⁶



Alla länsinvånare ska ha rätt till ett boende

Boendet står för trygghet i livet, även om mycket förändras runt omkring. De flesta äldre bor i lägenheter eller villor inom den ordinarie bostadsmarknaden. En grupp äldre bor i så kallade seniorbostäder, vanliga bostäder som är riktade till medelålders eller äldre. Bostadens och bostadsområdets fysiska utformning är helt avgörande för den äldre gruppen utifrån ett tillgänglighetsperspektiv.²¹

Rätten att bo tillsammans

Utifrån äldres sociala boendetrygghet infördes en ny bestämmelse i Socialtjänstlagen 2012, efter ett förslag från regeringen i propositionen *Rätten att få åldras tillsammans – en fråga om skälighet, värdighet och välbefinnande i äldreomsorgen* (prop. 2011/12:147). Det innebär att den som beviljas (eller redan har beviljats) bistånd i form av särskilt boende ska kunna bo tillsammans med sin make, maka eller sambo. Rätten att bo tillsammans ska gälla även om maken, maken eller sambon inte bedöms ha behov av en biståndsinsats i form av särskilt boende. Förutsättningen är att paret tidigare varaktigt har bott tillsammans eller, om den ena parten redan bor i ett särskilt boende, att paret dessförinnan varaktigt bodde tillsammans.²²



Personer med funktionsnedsättning ska kunna leva, bo och arbeta på likvärdiga villkor som övriga invånare

Ur ett historiskt perspektiv har människor med funktionsnedsättning alltför ofta varit diskriminerade, hindrade, och/eller utestängda från delar av samhället med begränsade möjligheterna att utforma sitt liv på egna villkor. Människor med funktionsnedsättning har rätt till samhällets stöd för att kompensera för sin funktionsnedsättning, minska antalet handikappande situationer och kunna delta i samhället.²³

Ängens vårdcentral i Örebro satsar på en forsknings- och innovationslägenhet. I lägenheten utvecklas, testas och visas ny teknik och smarta lösningar för äldres hemmamiljö – för en bättre livskvalitet, större självständighet och högre integritet.

Att vara funktionsnedsatt ska inte innebära hinder att leva som andra

Att leva som andra innebär exempelvis att bo som andra – att ha ett eget hem med trygghet och trivsel, det vill säga goda levnadsvillkor. Ingen annan enskild faktor kan sägas ha så stor betydelse för känslan av den egna identiteten som den egna bostaden. Det är i bostaden man normalt tillgodoser sina mest elementära behov och bostaden är för de flesta människor tillsammans med arbetet den plattform från vilken man skapar relationer med andra människor och deltar i samhällslivet. Många personer med omfattande funktionshinder tillbringar en stor del av sin dag i det egna hemmet. Därför är bostaden många gånger ännu mer betydelsefull för personer med funktionshinder än den är för icke funktionshindrade personer.²⁴ I boendet ska omvårdnad ingå som en del. Omvårdnad innebär en skyldighet att stödja och hjälpa till med dagliga behov som exempelvis hygien, klädsel, förflyttning eller att kommunicera och umgås med andra människor. Omvårdnaden ska ges på ett sådant sätt att den stärker tilltron till den egna förmågan. I insatsen ska även fritidsverksamhet och kulturella aktiviteter ingå.²⁵

Barn och ungdomar som har stora funktionshinder har rätt till olika former av stöd, utifrån lagen om stöd och service till vissa funktionshindrade. De som inte kan bo hos sina föräldrar kan få bo i en annan familj eller i en bostad med särskild service. Utgångspunkten är föräldrahemmet som bas och därefter ska den bästa lösningen tas fram.²⁵

Ekonomi och arbete styr möjligheten till eget boende

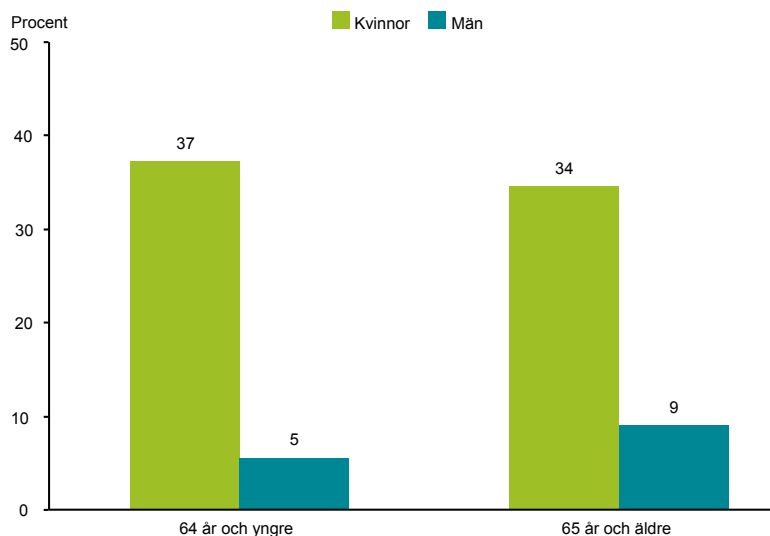
Sämre ekonomiska villkor och senarelagd arbetsmarknadsetablering medverkar till att senarelägga ungas bostadsetablering. Ungdomsstyrelsens analys 2011 visade att endast 28 procent bland unga med funktionsnedsättning i åldersgruppen 18–30 år hade flyttat hemifrån. För åldersgruppen sammantaget hade 69 procent flyttat hemifrån. Unga med funktionsnedsättning är mindre nöjda med sin boendesituation jämfört med övriga unga. De vill flytta hemifrån, men har inte råd. Bland unga med funktionsnedsättning som flyttat hemifrån är den vanligaste boendeformen hyresrätt. Färre av dessa ungdomar bor i bostadsrätt, i jämförelse med övriga ungdomar.¹⁶



Alla länsinvånare ska uppleva trygghet och säkerhet i hem och utemiljö

Människor som upplever trygghet och har förtroende för andra är ofta bättre rustade för eventuella svårigheter. Det är viktigt att känna trygghet där vi lever och bor.

Brottsförebyggande rådets nationella trygghetsundersökning 2013 visar att det främst är äldre personer som uppger att de känner sig otrygga ute en sen kväll. Medelålders personer känner sig otrygga i minst utsträckning. Sett över tid är det äldre kvinnor (65–79 år) och unga kvinnor (20–24 år) som upplever störst otrygghet. Bland männen är mönstret inte lika tydligt, men äldre män (75–79 år) är oftare otrygga än män under 65 år. Bland de personer som uppger att otryggheten får negativa konsekvenser i deras vardag ser man olika tendenser beroende på ålder. Äldre personer väljer oftare att stanna hemma på grund av sin otrygghet, medan medelålders personer oftare uppger att oron har en stor påverkan på deras livskvalitet.²⁶ Kvinnor är oavsett ålder mer oroliga för att bli utsatta för våld och andelen kvinnor som avstår att gå ut ensamma är markant högre än för män (figur 2.8).



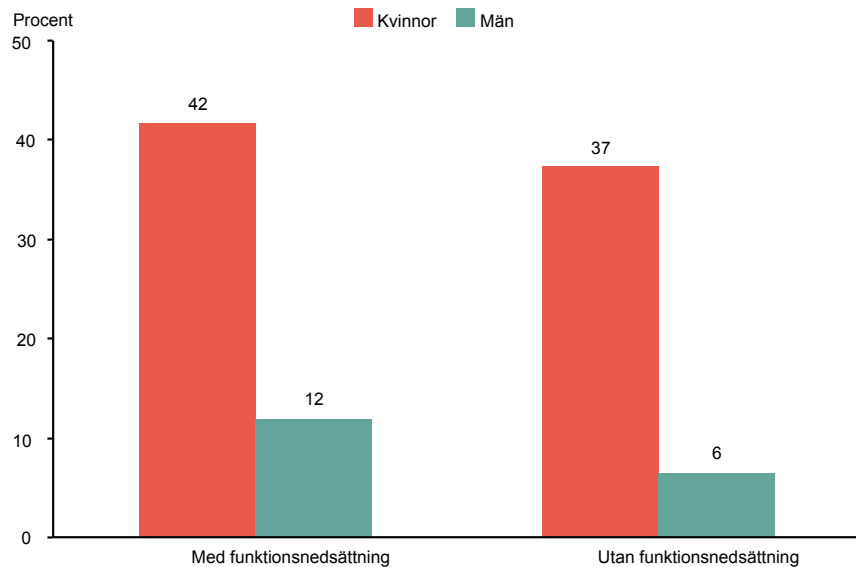
Figur 2.8. Andel (%) som uppger att de ibland eller ofta avstår från att gå ut ensamma av rädsla att bli överfallna, rånade eller på annat sätt ofredade. Fördelat på kvinnor män 65 år och äldre samt 64 år och yngre, Örebro län.

Källa: Hälsa på lika villkor 2012, Samhällsmedicinska enheten Örebro läns landsting.

Fler som upplever otrygghet bland personer med funktionsnedsättning

En större andel av människor med funktionsnedsättning avstår från att gå ut ensamma av rädsla för ofredande i jämförelse med övriga befolkningen. De har dessutom i större utsträckning blivit utsatta för kränkande behandling eller upplevt kränkande bemötande i jämförelse med övriga befolkningen. Det är vanligare bland personer med funktionsnedsättning att ha blivit utsatt för hot om våld och fysiskt våld än för den övriga befolkningen. Kvinnor med funktionsnedsättning anger i högre grad än kvinnor utan funktionsnedsättning att de avstår att gå ut ensamma (figur 2.9).

Figur 2.9. Andel som uppger att de ibland eller ofta avstår från att gå ut ensamma av rädsla att bli överfallna, rånade eller på annat sätt ofredade. Fördelat på kvinnor män med respektive utan funktionsnedsättning, 16–84 år, Örebro län.



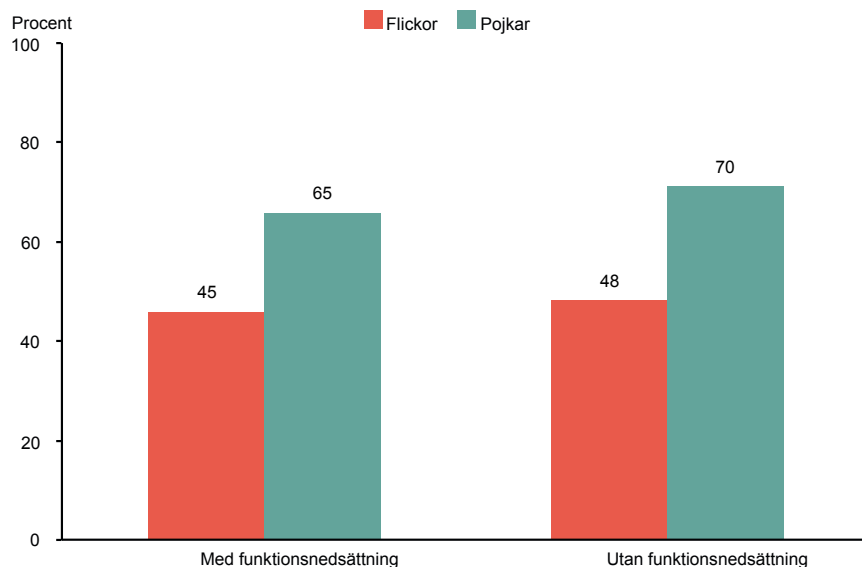
Källa: Hälsa på lika villkor 2012, Samhällsmedicinska enheten, Örebro läns landsting.

Kvinnor med rörelsehinder är den mest utsatta gruppen vad gäller erfarenhet av att ha utsatts för fysiskt våld och hot om våld.²⁷

Ungdomar upplever störst otrygghet på offentliga platser som nöjesställen. Ungdomar med funktionsnedsättning (16–25 år) upplever sig vara mer otrygga än ungdomar generellt. 18 procent av unga med funktionsnedsättning upplever otrygghet på offentliga platser, 16 procent i samband kollektivtrafik och 16 procent i det egna bostadsområdet på kvällen.

Undersökningen *Liv & Hälsa ung 2011* visar att det är en något lägre andel bland ungdomar med funktionsnedsättning som känner sig trygga på allmän plats. Tydligast är skillnaden mellan flickor och pojkar där andelen pojkar som upplever trygghet är dryga 20 procent högre än för flickor, (figur 2.10).

Figur 2.10. Andel (%) ungdomar skolår 7, 9 och år 2 på gymnasiet som alltid känner sig trygga ute på stan, på allmän plats. Fördelat på flickor pojkar med respektive utan funktionsnedsättning, Örebro län.



Källa: *Liv & hälsa ung 2011, Samhällsmedicinska enheten, Örebro läns landsting.*

Majoriteten, cirka 90 procent, av länets ungdomar upplever sig vara trygga i sitt hem. Andelen unga med funktionsnedsättning som uppger det är något lägre, 84 procent, än för motsvarande grupp utan funktionsnedsättning. Ett resultat för Örebro län som bekräftas av Ungdomsstyrelsens enkät 2012.

Läns mål

- Örebro län ska vara ett barnvänligt län som följer FN:s konvention om barns rättigheter.
- Föräldrar/vårdnadshavare ska stödjas utifrån behov i att ge barnen ett tryggt, aktivt och utvecklande liv.
- Samverkan mellan alla som arbetar med att stödja barns uppväxt ska öka.
- Skolan ska ge trygghet, vilja och lust att lära samt främja elevers utveckling och hälsa.
- Framtidstron bland barn och unga ska öka.
- Den psykiska hälsan bland barn och unga ska förbättras.
- Inga unga ska försöka ta sitt liv.

Barn och ungas uppväxtvillkor

Vision: Alla barn och ungdomar i Örebro län känner trygghet och lever under goda uppväxtvillkor



Örebro län ska vara ett barnvänligt län som följer FN:s konvention om barnets rättigheter

De hälsorelaterade levnadsvanorna grundläggs under barn- och ungdomsåren och har en stor inverkan på individens hälsa under resten av livet, vilket gör att barn och unga är en särskilt angelägen målgrupp för det hälsofrämjande folkhälsoarbetet. Statens folkhälsoinstituts rapport *Barn och unga 2013 – utveckling av faktorer som påverkar hälsan och genomförda åtgärder* visar att förutsättningarna för hälsa bland barn och unga har förbättrats över tid på många områden, men att skillnaderna mellan olika grupper har ökat. I ett internationellt perspektiv är Sverige ett av världens bästa länder att födas och växa upp i.¹ Den självskattade hälsan bland 11-åriga flickor och pojkar är också god i Sverige jämfört med andra länder i Europa.² När 11-åringarna blir 13 respektive 15 år har dock något hänt, och Sverige placerar sig längre ned på listan över länder med god hälsa. Detta beror i hög utsträckning på att den psykiska ohälsan är hög, särskilt bland tonårsflickor. Denna situation har vi även i Örebro län.

Alla barn har rätt till liv och utveckling

Barnets rättigheter är formulerade i barnkonventionen.³ För att stärka barnets rättigheter i Sverige ska barnets fysiska och psykiska integritet respekteras i alla sammanhang. Barnkonventionens artikel 23 slår särskilt fast att barn med fysiska eller psykiska funktionsnedsättningar har rätt till ett fullvärdigt liv. Sedan 2010 har regeringen en strategi för att stärka barnets rättigheter i Sverige.⁴ Sverige har förbundit sig till FN:s konvention om rättigheter för personer med funktionsnedsättning.⁵ Rättigheterna för barn med funktionsnedsättning förstärks och förtydligas i denna konvention. Barn med funktionsnedsättning

har rätt till anpassat stöd för att kunna utöva sin rätt att fritt uttrycka sina åsikter i alla frågor som rör dem, varvid deras åsikter ska tillmätas betydelse i förhållande till deras ålder och mognad på lika villkor som för andra barn (paragraf 7). På alla nivåer i undervisningssystemet ska en inställning präglad av respekt för rättigheterna för personer med funktionsnedsättning uppmuntras (artikel 8). För att säkerställa att fall av utnyttjande, våld och övergrepp mot personer med funktionsnedsättning identifieras, utreds och lagförs ska konventionsstaterna införa effektiv lagstiftning och ändamålsenliga riktlinjer (artikel 16). Personer med funktionsnedsättning har rätt till utbildning och livslångt lärande, samt en full utveckling av den mänskliga potentialen. För att möjliggöra detta ska skälig anpassning erbjudas utifrån personliga behov, och nödvändigt stöd ska ges (artikel 24).

Barn med funktionsnedsättning har högre risk att vara utsatt för våld jämfört med barn utan funktionsnedsättning.⁶ Risken för fysiskt våld är 3,6 gånger större, medan sexuellt våld är 2,9 gånger större. En kombination av fysiskt och sexuellt våld är 3,7 gånger vanligare. Barn med intellektuella funktionsnedsättningar har högst risk för att vara utsatt för sexuellt våld, där risken är 4,6 gånger högre än för barn utan funktionshinder.

Örebro läns landstings elevenkät *Liv & hälsa ung 2011* visar att nio procent – i denna undersökning 404 flickor och 262 pojkar – vid minst ett tillfälle har blivit fysiskt eller psykiskt illa behandlade av någon vuxen i sin närhet utanför skolan. Bland flickor och pojkar med funktionsnedsättningar är det dubbelt så vanligt att ha blivit illa behandlade (figur 3.1).

Figur 3.1. Andel (%) unga skolår 7, 9 och år 2 på gymnasiet som vid minst ett tillfälle blivit fysiskt eller psykiskt illa behandlad av någon vuxen i sin närhet utanför skolan, fördelat på flickor och pojkar med respektive utan funktionsnedsättning, Örebro län.



Källa: Liv & hälsa ung 2011, Samhällsmedicinska enheten Örebro läns landsting.

Resultaten överensstämmer med resultat i studien *Hälsa och välfärd hos barn och unga med funktionsnedsättning*.⁷ Där visas också att barn med måttliga och svåra funktionsnedsättningar mobbas i högre utsträckning (16 procent) än barn med lindrig funktionsnedsättning (6 procent). Barn med huvudsakligen neuropsykiatriska (19 procent) och fysiska funktionsnedsättningar (17 procent) är mer utsatta än barn med enbart allergisjukdomar (5 procent).

Vräkning av barnfamiljer

Antalet barn som berörs av vräkning dokumenteras årligen genom Kronofogdens statistik.⁸ Under 2011 berördes 663 barn i Sverige av vräkning.⁹ Uppföljningen av barn som berörs av vräkning uppmärksammar dock inte huruvida de berörda barnen har funktionsnedsättningar, vilket är en brist som påtalats av Länsstyrelsen i Västra Götaland.¹⁰ Familjer med funktionsnedsatta barn är

ofta speciellt belastade såväl ekonomiskt som i andra avseenden, vilket behöver uppmärksammas i handläggningen. Länsstyrelserna ska stötta kommunernas arbete med att motverka vräkning av barnfamiljer genom årliga analyser av situationen på bostadsmarknaden i respektive län. Länsstyrelserna har i samband med detta uppdrag också fått i uppgift att särskilt analysera hur kommunerna beaktar arbetet med att motverka hemlöshet och utestängning från bostadsmarknaden. De ska också ge kommunerna råd och stöd i planeringen i arbetet med att motverka hemlöshet – i synnerhet bland barnfamiljer som drabbas av vräkning.⁹

I Örebro län berördes 97 barn av vräkning under 2012. Av dessa avhystes slutligen totalt 11 barn. Dessa barn var hemmahörande i Hallsberg, Kumla respektive Örebro kommun. Sannolikt var ännu fler barn tvungna att flytta till en annan bostad för att undvika en vräkning, vilket ur barnets synvinkel många gånger är lika illa som att faktiskt bli vräkt.¹¹



Föräldrar/vårdnadshavare ska stödjas utifrån behov i att ge barnen ett tryggt, aktivt och utvecklande liv

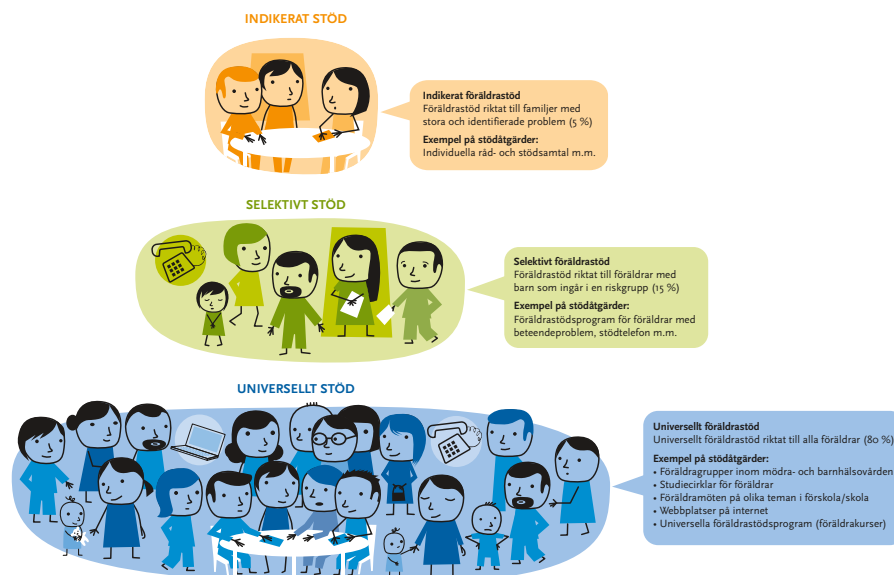
Föräldrar spelar roll – föräldrastödsprogrammen är en lönsam satsning

Regeringen definierar föräldrastöd som en aktivitet som ger föräldrar kunskap om barns hälsa, emotionella, kognitiva samt sociala utveckling och/eller stärker föräldrars sociala nätverk.¹² Alla föräldrar ska erbjudas samma möjligheter till stöd och hjälp genom ett universellt föräldrastöd. Figuren 3.2 ger exempel på olika nivåer och former av föräldrastöd. De allra flesta föräldrar finns i pyramidens bas. Längre upp finns föräldrar som behöver särskilda insatser, och de är betydligt färre. Ett fåtal föräldrar, högst upp i pyramiden, behöver individuell stöd. Föräldrastöd i form av föräldrastödsprogram är en lönsam satsning som betalar sig själv efter ett år. Varje satsad krona ger i genomsnitt två kronor tillbaka.¹²

Gryningen – när det är svårt att vara småbarnsförälder

Ett lokalt exempel på stöd som ges till föräldrar som har barn med vilka de har samspels-svårigheter. Verksamheten Gryningen stöttar föräldrar i Karlskoga, Degerfors och Laxå kommuner.

Figur 3.2. Ett exempel på olika nivåer och former av föräldrastöd.



Källa: Föräldrar spelar roll. Handbok i lokalt och regionalt föräldrastöd. Statens folkhälsoinstitut (2013). Bild från sidan 15.

Otillräckligt föräldrastöd för föräldrar som har barn med funktionsnedsättning

Socialstyrelsen menar att det generella utbudet som traditionellt definieras som föräldrastöd inte är tillräckligt för föräldrar som har barn med funktionsnedsättning.¹³ Intervjuer med föräldrar till barn med funktionsnedsättning visar att dessa föräldrar vill veta mer om sina rättigheter och möjligheter till stöd. Föräldrarna uppger att de själva måste leta upp den information de behöver och att de ägnar mycket tid åt kontakter med olika aktörer, till exempel skola, barnhabilitering, försäkringskassan, läkare och logoped. Intervjuerna visar också att föräldrarna har behov av mer kontinuerligt psykologiskt stöd i form av exempelvis stresshantering samt par-, stöd- och krissamtal.¹² Barn med funktionsnedsättning lever i högre grad med endast en av sina föräldrar, jämfört med andra barn⁷, vilket behöver tas hänsyn till när föräldrastödet formas.

Fakta om föräldrastöd i länet

Regionförbundet och Örebro läns landsting undersökte föräldrastödet i länet 2012.¹⁴ Sex av länets tolv kommuner besvarade en enkät om sitt föräldrastöd. Svaren visade att bland dessa sex kommuner har:

- fyra kommuner strategier för föräldrastöd
- två kommuner avsatt särskilda medel för sitt föräldrastödsarbete
- fem kommuner erbjudit utbildning om föräldrastöd till den egna personalen
- fyra kommuner kartlagt utbudet i kommunen
- två kommuner samarbete med universitet kring föräldrastöd
- fyra kommuner formaliserad samverkan med andra aktörer.

Fem kommuner erbjuder föräldrastödsprogram och tre kommuner gör uppföljningar eller utvärderingar av föräldrastödjande insatser. Ingen kommun har strukturerade kartläggningar av efterfrågan av föräldrastöd.

Föräldrar med funktionsnedsättning

Föräldrar med funktionsnedsättning kan ha särskilda behov av föräldrastöd. Folkhälsomyndighetens rapport gällande funktionshinderspolitiken visar att föräldrar med funktionsnedsättning betydligt oftare varit i ekonomisk kris och saknar kontantmarginaler jämfört med föräldrar utan funktionsnedsättning.¹⁵ *Hälsa på lika villkor 2012* visar att 55 procent av kvinnor med funktionsnedsättning som bor med barn är i sysselsättning, att jämföra med 80 procent av kvinnor utan funktionsnedsättning som bor med barn (figur 2.3).

Det finns inga uppgifter om hur många barn som föds i Sverige varje år där den ena eller båda föräldrarna har en utvecklingsstörning.¹⁶ Det finns inte heller uppgifter om hur många barn som lever i familjer där föräldrarna har en neuropsykiatrisk diagnos som innebär bristande föräldraförmåga.¹⁷ Några kartläggningar har dock genomförts lokalt och regionalt i Sverige. Med utgångspunkt i dessa uppskattas antalet barn i Örebro län som har en eller två föräldrar med kognitiva nedsättningar vara mellan 110–1 100 barn, beroende på vilka avgränsningar som görs. Sammanställningen visade också att majoriteten av dessa barn bor tillsammans med sina föräldrar, och att ungefär varannan familj hade insatser från kommun eller landsting.¹⁷



Samverkan mellan alla som arbetar med att stödja barns uppväxt ska öka

Familjecentralen är både en samverkansform och en hälsofrämjande arena för föräldrar och barn. På en familjecentral samordnas och samlokaliseras främjande och förebyggande arbete för barn genom insatser av mödra- och barnhälsovård, öppen förskola samt socialtjänst. På så sätt kan familjecentralen fungera som en ingång för att nå alla föräldrar och samtidigt erbjuda kompletterande stödformer för föräldrar som är i behov av det. På en familjecentral arbetar flera olika yrkeskategorier tillsammans kring barnfamiljen, exempelvis med individuell rådgivning, föräldragrupper och föräldrastödsprogram. På flera håll i landet finns familjecentralsliknande verksamheter, men där till exempel aktörer som socialtjänsten eller öppen förskola saknas. År 2012 fanns i Sverige cirka 200 mer eller mindre kompletta familjecentraler.¹²

Familjecentraler med samlokalisering – en form med flera vinster

Samverkan mellan och samlokalisering av, mödra- och barnhälsovård, öppen förskola och socialtjänst ökar tillgängligheten, samt gör det lättare att införa ett universellt föräldrastöd. Samlokaliseringen ger resultat: barnhälsovården på familjecentraler erbjuder föräldragruppträffar och riktade grupper i högre utsträckning än barnhälsovården på icke samlokaliserade enheter. De tar också oftare över grupper från mödrahälsovården och vidtar fler åtgärder som ökar andel pappor bland deltagarna.¹²

I Örebro län fanns 2013 tjugo familjecentraler. Av dessa var åtta helt samlokaliserade, medan fyra var inom samma hus men med olika entréer. Under året har dock två familjecentraler upphört och några har också förändrat sin organisatoriska samverkan. Verksamheterna i länet är således inte helt stabila, och konstellationerna som utgör familjecentralerna förändras och utvecklas fortfarande.¹⁸ För att en familjecentral ska fungera optimalt och vara det stöd till familjer som avses behövs gemensamma styrdokument för de verksamheter som ingår. Verksamheten ska vara öppen och organiserad så att den ger förutsättningar för ömsesidig inblick och insikt i varandras kompetenser och uppdrag. Familjecentralernas styrgrupper i Örebro län behöver uppmärksammas på sitt ansvar att ta fram gemensamma styrdokument. Knappt hälften har både fastställda mål, verksamhetsplan och utvärderingsplan.¹⁹

Hälften av länets kommuner (Degerfors, Hallsberg, Lekeberg, Ljusnarsberg, Nora och Örebro) hade i november 2012 en skriftlig överenskommelse om samverkan mellan socialtjänst och barn- och ungdomspsykiatri. Det är en utveckling från de tidigare uppföljningsåren 2011 och 2012 då fyra kommuner hade skriftliga överenskommelser (tabell 3.1).

Tabell 3.1. Överenskommelser om samverkan mellan socialtjänst och barn- och ungdomspsykiatri, i länets kommuner 2011–2013.

	2013	2012	2011
Askersund	Nej	Nej	Nej
Degerfors	Ja	Ja	Ja
Hallsberg	Ja	Ja	Nej
Hällefors	Nej	Nej	Nej
Karlskoga	Nej	Nej	Ja
Kumla	Nej	Nej	Nej
Laxå	Nej	Nej	Nej
Lekeberg	Ja	Nej	Nej
Lindesberg	Nej	Nej	Nej
Ljusnarsberg	Ja	Nej	Nej
Nora	Ja	Ja	Ja
Örebro	Ja	Ja	Ja

Källa: Socialstyrelsen (2013) Öppna jämförelser av barn- och ungdomsvård. Jämförelser 2011–2013.



Skolan ska ge trygghet, vilja och lust att lära samt främja elevers utveckling och hälsa

Liv & hälsa ung 2011 undersöker elevers uppfattning om möjlighet att vara med och påverka hur man ska arbeta i skolan. Totalt för länet uppger cirka 30 procent av ungdomarna i skolår 7, 9 och år 2 på gymnasiet att de ganska ofta eller nästan alltid har möjlighet att påverka. Resultaten visar inga skillnader när det gäller flickor och pojkar, och marginella skillnader när det gäller ungdomar med eller utan funktionsnedsättningar. I undersökningen ställs också frågan om lärarna uppmärksammar eleven när den gör något bra. Cirka 30 procent av ungdomarna tycker så, pojkar i något större andel än flickor. Flickor och pojkar med funktionsnedsättning rapporterar att de blir uppmärksammade när det gör något bra i något större utsträckning än flickor och pojkar utan funktionsnedsättningar (figur 3.3).

Figur 3.3. Andel (%) unga skolår 7, 9 och år 2 på gymnasiet som uppger att nästan alla lärare uppmärksammar dem när de gör något bra. Fördelat på flickor och pojkar, med respektive utan funktionsnedsättningar, Örebro län.

W



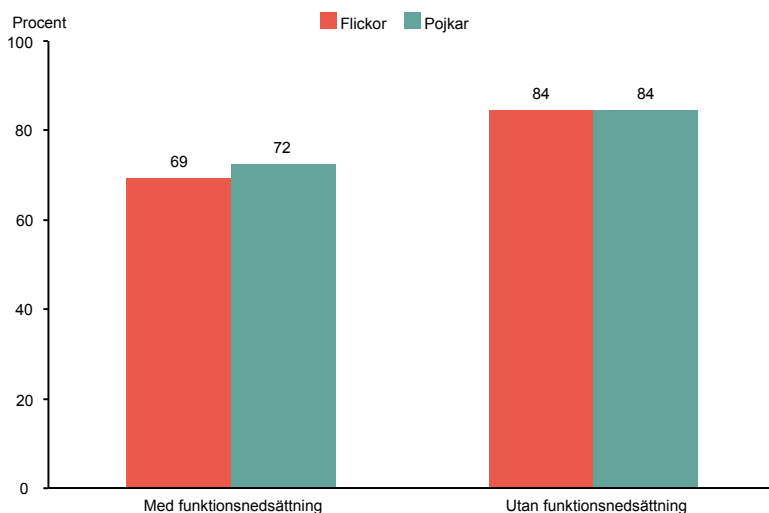
Källa: *Liv & hälsa ung 2011*, Samhällsmedicinska enheten Örebro läns landsting.

Liv & hälsa ung 2011 visar att skolorna hanterar ungdomar med och utan funktionsnedsättning likvärdigt när det gäller bekräftelse och påverkansmöjligheter. Tittar man på elevgruppen som helhet finns dock stora skillnader mellan länets kommuner. Lägst upplevelse av sin möjlighet att påverka hur man ska arbeta i skolan anger eleverna i Ljusnarsberg, Askersund och Degerfors (14–16 procent), medan 47 procent av ungdomarna i Laxå rapporterar att de kan påverka hur de arbetar i skolan, vilket är högst i länet.

Ungdomar med funktionsnedsättning trivs sämre i skolan

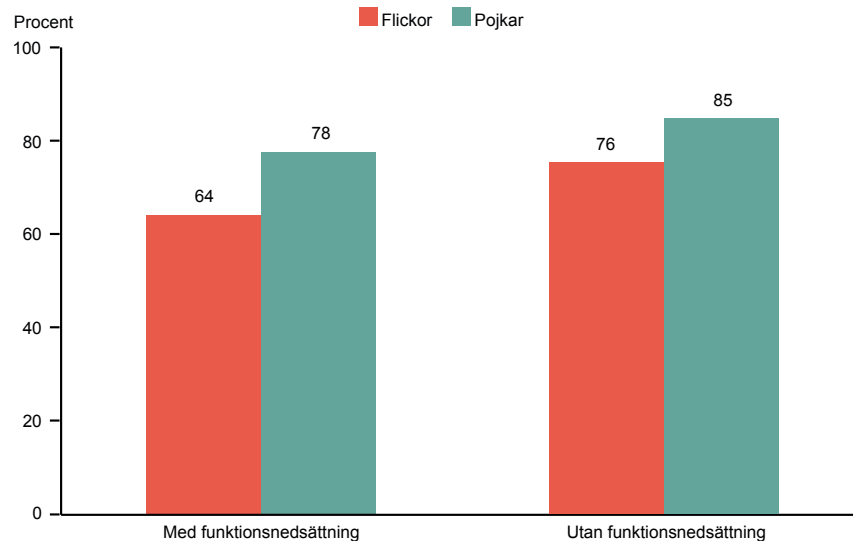
Trots likartad upplevelse av möjligheter att vara med och påverka hur man ska arbeta på skolan trivs ungdomar med funktionsnedsättningar sämre i skolan än de utan funktionsnedsättningar (figur 3.4). Trygghet under rasterna – som utgör ungefär en femtedel av skoltiden – är fortfarande ett stort utvecklingsområde för skolorna. Ungdomar med funktionsnedsättning upplever i större utsträckning otrygghet på rasterna jämfört med de utan funktionsnedsättning (figur 3.5). Skillnaderna i trygghet mellan elever med respektive utan funktionsnedsättning har också rapporterats på nationell nivå.²⁰

Figur 3.4. Andel (%) unga skolår 7, 9 och år 2 på gymnasiet som uppger att de trivs bra eller mycket bra i skolan. Fördelat på flickor och pojkar, med respektive utan funktionsnedsättningar, Örebro län.



Källa: *Liv & hälsa ung 2011*, Samhällsmedicinska enheten Örebro läns landsting.

Figur 3.5. Andel (%) unga (skolår 7, 9 och år 2 på gymnasiet) som upplever trygghet på rasterna i skolan. Fördelat på flickor och pojkar, med respektive utan funktionsnedsättningar, Örebro län.



Källa: Liv & hälsa ung 2011, Samhällsmedicinska enheten Örebro läns landsting.

Skillnaden i trivsel mellan barn med respektive utan funktionsnedsättning bekräftas i rapporten *Hälsa och välfärd hos barn och unga med funktionsnedsättning*.⁷ Studien visar att barn utan funktionsnedsättning och barn med lindrig funktionsnedsättning trivs lika bra i skolan, medan barn med måttliga eller svåra funktionsnedsättningar trivs sämre i skolan. Trivseln är också sämre för barn med neuropsykiatriska funktionsnedsättningar.

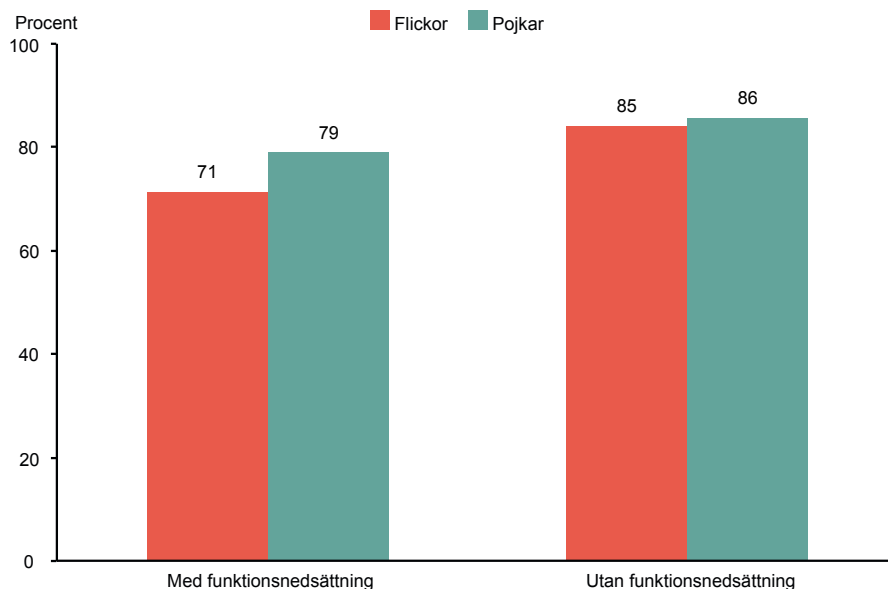


Framtidstron bland barn och unga ska öka

Flertalet ungdomar har framtidstro. I Örebro län uppger drygt 80 procent av ungdomarna i skolår 7, 9 och 2 på gymnasiet att de ser ljust på framtiden. Det finns en skillnad mellan de med och utan funktionsnedsättning där det framför allt bland flickor med funktionsnedsättning är en lägre andel som ser ljust på framtiden (figur 3.6).

Skillnaderna i framtidstro mellan elever med respektive utan funktionsnedsättning har också rapporterats på nationell nivå.²⁰

Figur 3.6. Andel (%) unga (skolår 7, 9 och år 2 på gymnasiet) med ljus syn på framtiden. Presenterat för flickor och pojkar med respektive utan funktionsnedsättningar, Örebro län.



Källa: Liv & hälsa ung 2011, Samhällsmedicinska enheten Örebro läns landsting.



Den psykiska hälsan bland barn och unga ska förbättras

I Örebro län år 2011 uppgav totalt drygt 20 procent av flickorna och knappa 10 procent av pojkarna i skolår 7, 9 och år 2 på gymnasiet att de upplevt nedstämdhet de senaste tre månaderna. Jämför man mellan att ha en funktionsnedsättning eller inte så framgår att skillnaden mellan könen är ungefär densamma, men att det bland de med funktionsnedsättning är en markant större andel som uppger att de ofta varit nedstämda under den senaste tremånadersperioden (figur 3.7).

Figur 3.7. Psykisk hälsa belyst genom andel (%) unga skolår 7, 9 och år 2 på gymnasiet som ofta/ alltid upplevt nedstämdhet under den senaste tremånadersperioden. Fördelat på flickor och pojkar, med respektive utan funktionsnedsättningar, Örebro län.



Källa: Liv & hälsa ung 2011, Samhällsmedicinska enheten Örebro läns landsting.

Besök inom 30 dagar hos barn och ungdomspsykiatri

2009 kom Sveriges Kommuner och Landsting (SKL) och regeringen överens om en särskild satsning för barn och unga med psykisk ohälsa. I överenskomsten om den förstärkta vårdgarantin förband sig landstingen att senast 2011, inom den specialiserade barn- och ungdomspsykiatri, kunna erbjuda tid för bedömning inom högst 30 dagar och därefter beslutad fördjupad utredning eller behandling inom högst 30 dagar²¹. År 2013 nådde Örebro läns landsting målet att 90 procent av patienterna fick komma på ett första besök inom 30 dagar, vilket fyra landsting inte klarade samt målet att 80 procent av patienterna fick komma på beslutad fördjupad utredning/behandling inom 30 dagar, vilket sex landsting inte klarade. Örebro läns landstings måluppfyllelse var en förbättring från 2012 då målet att 90 procent av patienterna skulle få komma på ett första besök inom 30 dagar inte nåddes. Däremot lyckades man nå målet om att 80 procent av patienterna skulle få komma på beslutad fördjupning/behandling inom 30 dagar redan 2012.



Inga unga ska försöka ta sitt liv

Själv mordstankar och självmordsförsök bland personer med funktionsnedsättning

Fler än var tionde person i befolkningen 16–84 år har någon gång haft självmordstankar (kvinnor 15 procent, män 11 procent).²² Det är dubbelt så vanligt att personer som har funktionsnedsättningar har haft självmordstankar (21 procent), att jämföra med den övriga befolkningen (11 procent). När det gäller att någon gång ha försökt ta sitt liv är det tre gånger vanligare att personer med funktionsnedsättningar gör ett självmordsförsök (9 procent), än att personer utan funktionsnedsättningar gör det (3 procent). Själv mordsförsöken var vanligare bland kvinnor än bland män.²³ Uppgifter om självmord bland unga med funktionsnedsättning finns inte. Totalt bland unga människor mellan 15–24 år har självmorden i Sverige legat mellan 10–15 per 100 000 pojkar och unga män, respektive 5–9 per 100 000 flickor och unga kvinnor. Själv morden minskar inte bland ungdomar, vilket det gör för andra åldersgrupper.²⁴

Under 2012 tog 58 länsinnevärdare, 15 år och äldre, sitt liv och av dessa var 45 män (motsvarar 38,7 självmord per 100 000 män) och 13 kvinnor (motsvarar 10,9 självmord per 100 000 kvinnor). Siffrorna omfattar både säkra och osäkra självmord.²⁴

Läns mål

- Hälsan i arbetslivet ska öka.
- Arbetstagarnas upplevelse av delaktighet, inflytande och meningsfullhet på sina arbetsplatser ska öka.
- Besvär och skador på grund av den fysiska och psykosociala arbetsmiljön ska minska.

Hälsa i arbetslivet

Vision: Arbetsplatserna i Örebro län har ett långsiktigt hälso-tänkande

Ett bra arbetsliv med väl fungerande arbetsvillkor minskar den arbetsrelaterade ohälsan liksom de sociala skillnaderna i hälsa. På så vis kan en god arbetslivshälsa bidra till en allmänt förbättrad folkhälsa samtidigt som det utgör en nödvändig förutsättning för en hållbar ekonomisk tillväxt. Arbetsgivaren har enligt arbetsmiljölagen ett stort ansvar för att skapa en god arbetsmiljö. Kraven i arbetslivet måste balanseras mot människors möjligheter att kunna fungera och må bra under ett helt arbetsliv. Arbete ska gå att förena med familjeliv och fritid på hälsofrämjande sätt.¹



Hälsan i arbetslivet ska öka

Örebro län har, liksom tidigare år, ett högre ohälsotal för såväl kvinnor som män jämfört med övriga landet. Länets ohälsotal har liksom ohälsotalen i landet i stort minskat under de senaste åren. Länets ohälsotal är dock fortfarande högre än ohälsotalen i Sverige som helhet, för såväl kvinnor som män. I länet är Örebro den kommun som har lägst ohälsotal år 2012. Där ligger nivåerna på riksgenomsnittet för män (23–24 dagar per man och år), och strax under riksgenomsnittet för kvinnor (32 dagar per kvinna och år i Örebro kommun och 35 dagar per kvinna och år i riket). Alla övriga kommuner i länet har ohälsotal som ligger högre än riksgenomsnittet för såväl kvinnor som män. Ljusnarsbergs kommun har länets högsta ohälsotal. Bland kvinnor är ohälsotalet 65 dagar och bland män är ohälsotalet 46 dagar. Ohälsotalen i Ljusnarsberg har dock minskat under de senaste åren och närmar sig nu övriga kommuner i länet (tabell 4.1).

Tabell 4.1. Ohälsotalet 2012 – antalet utbetala dagar med sjukpenning, arbetsskadesjukpenning, rehabiliteringspenning, sjukersättning och aktivitetsersättning från socialförsäkringen per försäkrad 20–64 år – kommuner i Örebro län.

	Kvinnor			Män		
	2012	2011	2010	2012	2011	2010
Askersund	46	45	48	29	29	31
Degerfors	52	54	58	34	35	36
Hallsberg	49	50	53	28	30	31
Hällefors	52	50	54	35	34	36
Karlskoga	47	48	51	28	29	31
Kumla	43	44	48	24	25	27
Laxå	53	56	61	36	39	39
Lekeberg	46	47	49	27	28	31
Lindesberg	39	40	47	28	30	31
Ljusnarsberg	65	68	74	46	46	52
Nora	41	43	45	26	28	29
Örebro	32	33	36	23	24	26
Länet	39	40	43	26	27	29
Riket	35	36	38	24	25	26

Källa: Försäkringskassan.

De höga ohälsotalen i so­mliga av länets kommuner ska av­spe­gla om­fån­get av nedsatt arbetsförmåga. Det kan dock inte uteslutas att ohälsotalen även av­spe­g­lar andra fak­to­rer, såsom till exempel otillräckliga reha­bi­li­te­ringsåtgärder eller att vissa delar av länet har sviktande arbetsmarknader. I Ljusnarsberg innebär detta att de höga ohälsotalen troligen beror på fler faktorer utöver att det skulle bo många personer med funktionsnedsättning där. Utbildningsnivå, som starkt hänger samman med ohälsotalet, är mycket låg i Ljusnarsberg jämfört med landet i stort, vilket återspeglas i ohälsotalen.

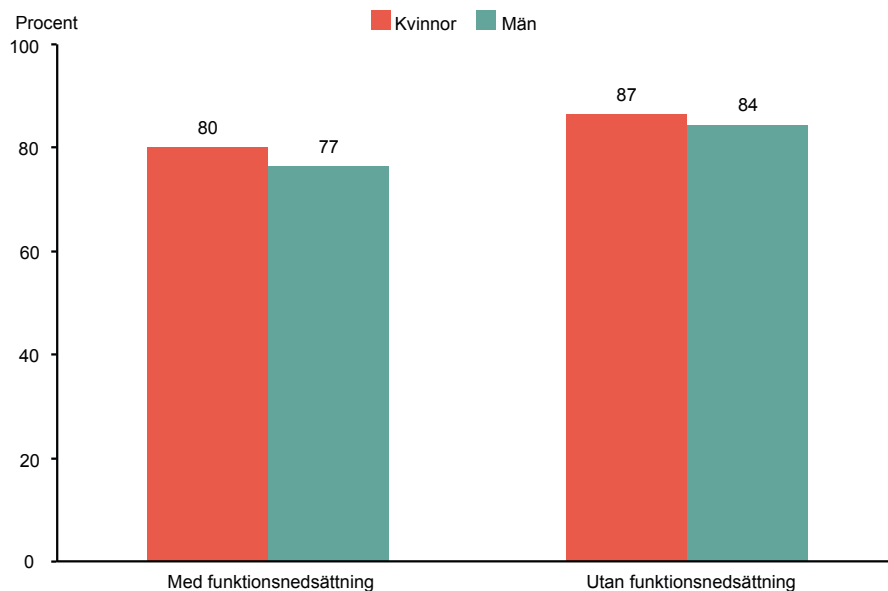


Arbetstagarnas upplevelse av delaktighet, inflytande och meningsfullhet på sina arbetsplatser ska öka

Till grundvillkoren hör att ha kontroll, att känna delaktighet och inflytande över sitt eget arbete och hur det ska utföras samt att kunna påverka arbetstakt och arbetsmängd till sin arbetsförmåga. Att bli sedd, att vara någon som man räknar med samt att ha vissa utvecklingsmöjligheter i arbetet är andra viktiga faktorer.¹

Drygt fyra av fem arbetstagare i Örebro län trivs med sina arbetsuppgifter. Kvinnor och män med funktionsnedsättningar trivs något sämre med sina arbetsuppgifter än kvinnor och män som inte har funktionsnedsättning (figur 4.1).

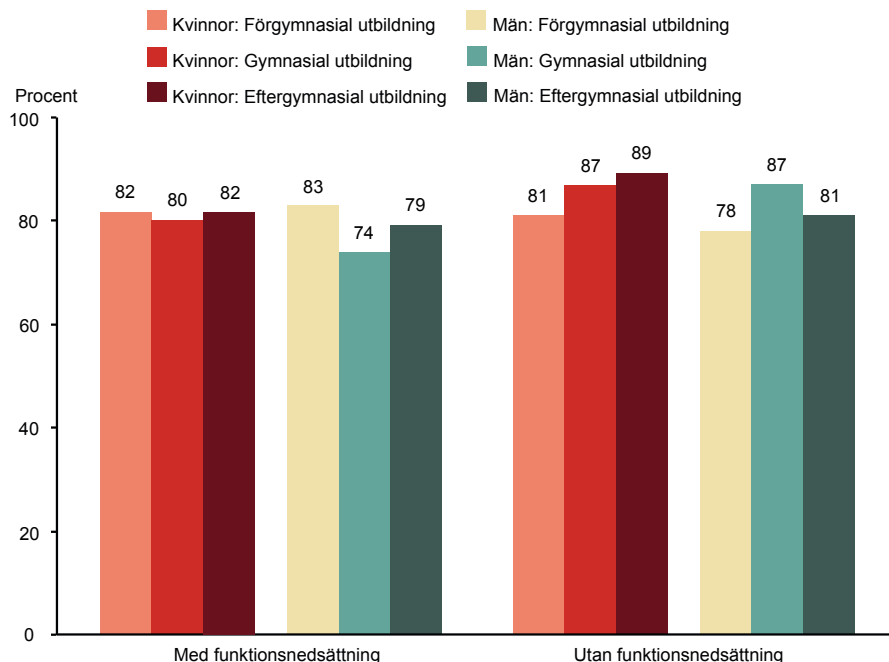
Figur 4.1. Andel (%) som trivs mycket bra/bra/ganska bra med sina arbetsuppgifter. Fördelat på kvinnor och män, med respektive utan funktionsnedsättning, Örebro län.



Källa: Hälsa på lika villkor 2012 Samhällsmedicinska enheten Örebro läns landsting.

Utbildningsnivå och trivsel på arbetsplatsen har inga tydliga samband för hela undersökningsgruppen. Bland kvinnor utan funktionsnedsättning sammanfaller en högre utbildning med högre trivsel med arbetsuppgifterna, medan övriga grupper uppvisar spretigare samband (figur 4.2).

Figur 4.2. Andel (%) som trivs mycket bra/bra/ganska bra med sina arbetsuppgifter. Fördelat på utbildningsnivå, kvinnor och män med respektive utan funktionsnedsättning, Örebro län.



Källa: Hälsa på lika villkor 2012 Samhällsmedicinska enheten Örebro läns landsting.



Besvär och skador på grund av den fysiska och psykosociala arbetsmiljön ska minska

Det behövs insatser som främjar hälsa i arbetslivet. Begreppet hälsofrämjande arbetsplatser står för arbetsplatser som är arena för hälsofrämjande synsätt och aktiviteter i vid mening. I ett folkhälsoperspektiv borde vi inte bara sträva efter hälsofrämjande arbetsplatser utan även efter ett hälsofrämjande arbetsliv.

Många med en funktionsnedsättning har full arbetsförmåga

Att ha en funktionsnedsättning behöver inte betyda att man har nedsatt arbetsförmåga. Arbetsförmedlingen och Statistiska centralbyrån har undersökt arbetssituationen för personer med funktionsnedsättning.² De rapporterar att många med funktionsnedsättning har full arbetsförmåga och de skiljer sig väldigt lite i sin huvudsakliga sysselsättning jämfört med den övriga befolkningen. Personer med funktionsnedsättning och nedsatt arbetsförmåga är dock i lägre grad anställda och har större andel som är arbetslösa eller har sjuk-/aktivitetsersättning (tabell 4.1). Bland kvinnor med funktionsnedsättning uppgår 6 procent att de är långtidssjukskrivna jämfört med 2 procent av männen med funktionsnedsättning.

Tabell 4.1. Huvudsaklig sysselsättning. Andel personer med funktionsnedsättning; med och utan nedsatt arbetsförmåga samt övriga i befolkningen. Procent. År 2012.

	Andel personer med funktionsnedsättning Med nedsatt arbetsförmåga	Utan nedsatt arbetsförmåga	Andel övrig befolkning
I arbete*	44	71	75
Studerar	8	16	14
Arbetslös	10	7	6
Ålderspensionär	1	0	1
Sjuk-/ aktivitetsersättning	22	2	1
Långtidssjukskriven**	7	0	0
Annat***	8	4	3
Totalt	100	100	100

Källa: Arbetsförmedlingen och Statistiska centralbyrån (SCB), 2013.

*Anställd, egen företagare, föräldraledig

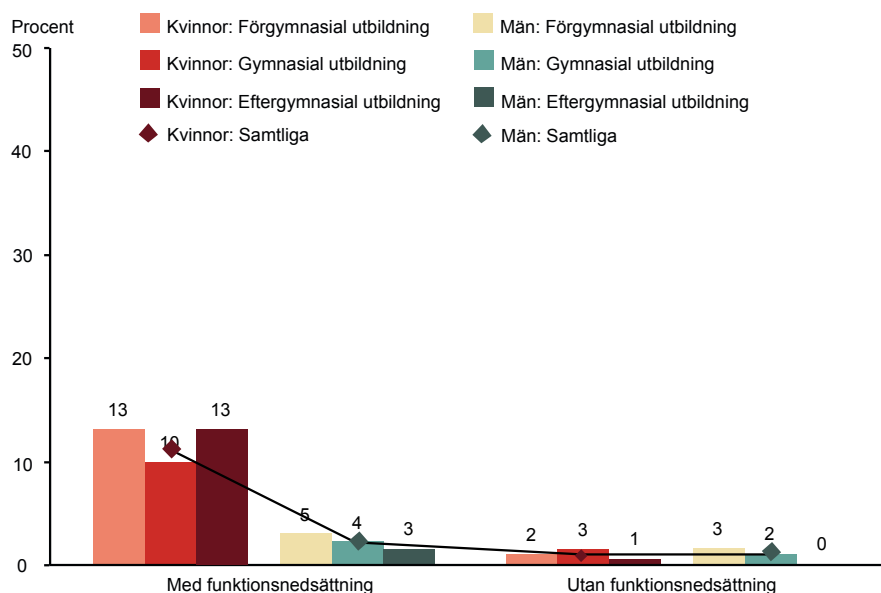
** mer än 3 månader

*** hemarbete, hjälper till i familjeföretag eller ospecificerat annat

Sjukskrivning på grund av fysiska besvär

Personer med funktionsnedsättningar är i större omfattning sjukskrivna på grund av fysiska besvär än de utan funktionsnedsättning. I Örebro län är andelen kvinnor med funktionsnedsättningar som är sjukskrivna högre än för andra grupper, vilket överensstämmer med rapportering på nationell nivå.² Det är även fler kvinnor än män som är långtidssjukskrivna. Kvinnors högre utbildningsnivå skyddar dem inte mot sjukskrivning på grund av besvär från rygg, nacke, leder eller muskler (figur 4.3). Detta är fallet när det gäller den totala sjukdomsburden, kvinnor i låg socioekonomisk position har till exempel mer cancer och hjärt-kärl-sjuklighet jämfört med kvinnor i högre socioekonomisk position. Män med högre utbildningsnivå är i mindre utsträckning sjukskrivna för fysiska besvär än män med kortare utbildning (figur 4.3).

Figur 4.3. Andel (%) som varit sjukskrivna minst 29 dagar sammanhängande eller längre de senaste 12 månaderna på grund av besvär från rygg, nacke, leder eller muskler. Fördelat på kvinnor och män med respektive utan funktionsnedsättning samt utifrån utbildningsnivå, Örebro län.

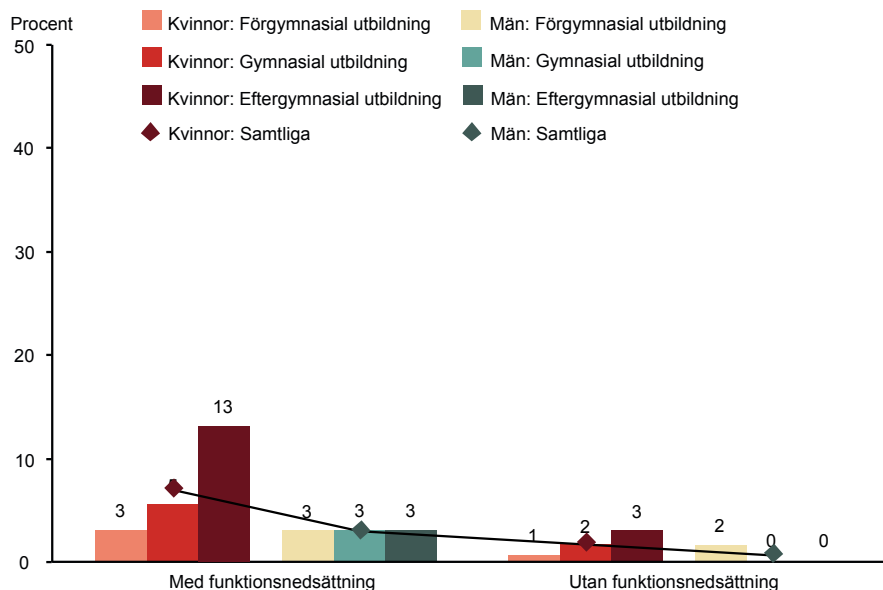


Källa: Hälsa på lika villkor 2012 Samhällsmedicinska enheten Örebro läns landsting.

Sjukskrivning på grund av psykiska besvär

Kvinnor och män med funktionsnedsättning är i större omfattning sjukskrivna på grund av psykiska besvär än kvinnor och män utan funktionsnedsättning. Kvinnor med funktionsnedsättning är den grupp som har markant störst andel sjukskrivna. Kvinnor med högre utbildningsnivå är i större utsträckning sjukskrivna för psykiska besvär än kvinnor med lägre utbildningsnivå. Detta gäller oavsett om kvinnorna har funktionsnedsättningar eller inte. Män med högre utbildningsnivå är i mindre utsträckning sjukskrivna för psykiska besvär än män med kortare utbildning. Detta samband gäller under förutsättning att de inte har någon funktionsnedsättning. För män med funktionsnedsättning finns inget samband med utbildning (figur 4.4).

Figur 4.4. Andel (%) som varit sjukskrivna minst 29 dagar sammanhängande eller längre de senaste 12 månaderna på grund av utbrändhet, utmattningsdepression eller stress. Fördelat på kvinnor och män med respektive utan funktionsnedsättning samt utifrån utbildningsnivå, Örebro län.



Källa: Hälsa på lika villkor 2012, Samhällsmedicinska enheten Örebro läns landsting.



Läns mål

- De regionala miljömålen för ett hållbart Örebro ska uppnås.
- Barn och äldre ska ha säkra inne- och utemiljöer.
- Skador, våld och olycksfall ska minska.
- Användningen av hälsovådliga produkter ska minska.

Landstingets Miljö- och hållbarhetsprogram 2012–2015

Förnybar energi och utbildning ska minska landstingets miljöpåverkan. Fram till år 2015 ska landstingets totala klimatpåverkan ha minskat med 30 procent, och inriktningen är en fortsatt minskning de följande fem åren. Insamling av lustgas, vindkraft, mer förnybara drivmedel i länstrafiken samt en mer klimatanpassad patient- och personalmat är insatser för att nå målet.

Miljöer och produkter

Vision: Örebro län kännetecknas av sunda och säkra miljöer och produkter som bidrar till god hälsa

Sunda och säkra miljöer och produkter är av grundläggande betydelse för folkhälsan. Målområdet *miljöer och produkter* är ett brett målområde och omfattar den yttre miljöns, inklusive den bebyggda miljöns, påverkan på vår fysiska och mentala hälsa. Farliga kemiska ämnen, dålig luftkvalitet, ökad UV-strålning och buller är exempel på hur miljöfaktorer direkt kan kopplas till ökad ohälsa.¹

Målområde 5 innehåller ett läns mål om att de regionala miljömålen för Örebro län ska uppnås. Detta mål följs upp genom länsstyrelsens årliga bedömning. Resultaten av uppföljningen 2013 visar att miljön förbättras eller i alla fall inte försämras². Det regionala målet god bebyggd miljö syftar till att skapa säkerhet i inne och utemiljöer. *Länsmålet säkra miljöer* innebär miljöer utan våld, hot och trakasserier i hemmet, på fritiden, i skolan och på arbetsplatsen.³



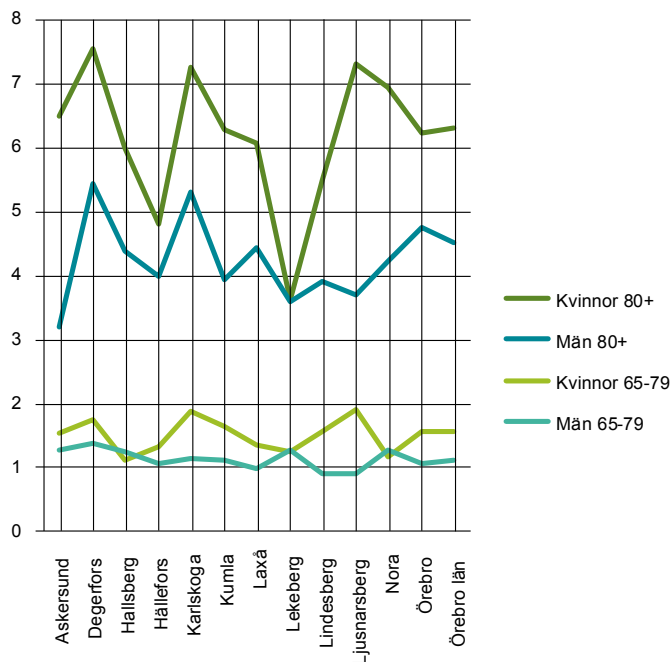
Barn och äldre ska ha säkra inne- och utemiljöer

Äldres fallolyckor leder till fler dödsfall, större antal inläggningar på sjukhus och fler besök på akutmottagningar än några andra typer av olyckor.⁴ Varje år faller en tredjedel av personer som är 65 år och äldre och bor i eget boende minst en gång, och efter 80 års ålder drabbas varannan person. För personer i särskilda boendeformer är förekomsten långt högre. De flesta fall registreras inte då de inte leder till skada, men kan ge konsekvenser i form av rädsla och begränsningar i livsföringen.⁵

Fall är den olyckstyp som oftast leder till sjukhusvård för alla åldrar. Även om antalet är få, 8 per 1000 invånare i Örebro län, är det dock tre gånger vanligare för personer 65 år och äldre där antalet var 25 per 1000 invånare år 2012. Även övriga yttre orsaker till olycka som leder till sjukhusvård är betydligt vanligare för personer över 65 år än för yngre.⁶

Slutenvård till följd av fallolyckor är flera gånger vanligare för personer över 80 år än personer mellan 65–79. Kvinnor är generellt sett överrepresenterade i båda åldersgrupperna (figur 5.1)⁷.

Figur 5.1. Antal personer per 100 invånare som vårdats i slutenvård till följd av fallolycka, 2008–2010, kommuner i Örebro län.



Det sker cirka 1500 dödsfall per år i Sverige till följd av fallolyckor hos personer över 65 år. De flesta som avlider efter en fallskada är över 65 år.⁸ Även i statistiken för Örebro län finns det en tydlig skillnad i risk att dö till följd av olyckor beroende på ålder. I Örebro län avled 30 personer till följd av fallolyckor bland personer som var 65 år eller äldre 2012. För personer över 65 år är det med andra ord 50 gånger vanligare att dö till följd av fallskador än för personer mellan 18–64 år.⁶

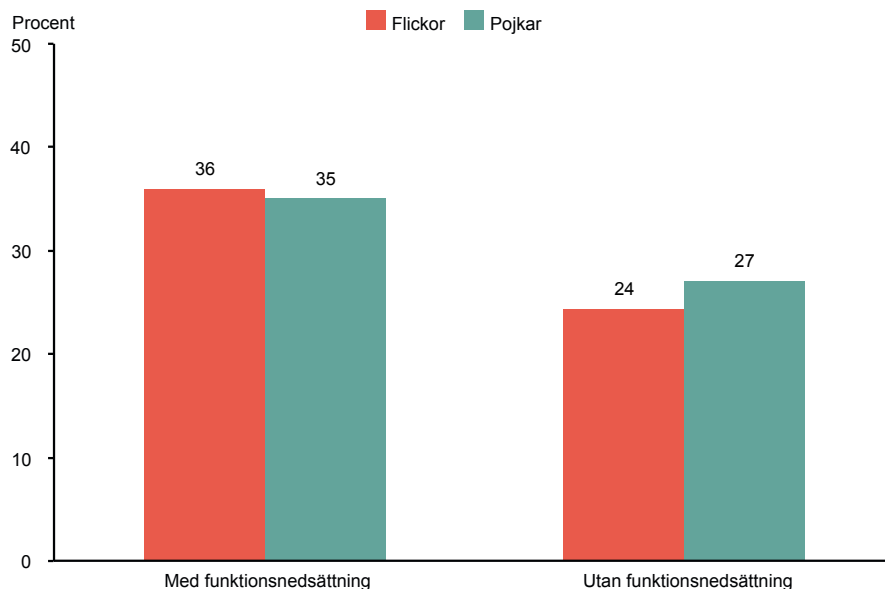
I Örebro län finns avslutade och pågående forskningsarbeten kring fallprevention bland äldre. Regionförbundet Örebro, FOU Valfärd har arbetat med ett forskningsprojekt kring att förbygga fallolyckor bland hemmaboende äldre med fallrisk.

Inom Örebro läns landsting pågår forskning för olika sjukdomsgrupper relaterade till funktionsnedsättning och fallprevention.

Källa: Socialstyrelsen.

Liv & hälsa ung 2011 visar att ungdomar med funktionsnedsättning i högre grad än de utan funktionsnedsättning har vårdats till följd av olyckor.⁹ Av flickor och pojkar utan funktionsnedsättning har ungefär en fjärdedel sökt vårdcentral, sjukhus eller tandläkare till följd av olyckor. För flickor och pojkar med funktionsnedsättning gäller detta för drygt en tredjedel (figur 5.2).

Figur 5.2. Andelen unga skolår 7,9 och år 2 på gymnasiet som under de senaste 12 månaderna blivit skadade eller råkat ut för någon olycka och fått åka till vårdcentral, tandläkare eller sjukhus, Örebro län.



Källa: *Liv & hälsa ung 2011*, Samhällsmedicinska enheten, Örebro läns landsting.



Skador, våld och olycksfall ska minska

Skador är ett stort folkhälsoproblem i Sverige, liksom i övriga världen. Skadornas fördelning ser olika ut för olika åldrar, för flickor och pojkar, kvinnor och män samt för olika sociala grupper. Även skademönstret för dödliga skador och skador som leder till sjukhusinläggning skiljer sig åt. Personer över 65 år är överrepresenterade i olycks- och skadestatistiken och motsvarade år 2005 45 procent av alla som vårdats på sjukhus till följd av skador och mer än

hälften av alla dödliga skador.³ Ur ett nationellt perspektiv är skador och förgiftningar den största orsaken till död respektive vård på sjukhus för barn. Pojkar skadar sig oftare än flickor – de står för sex av tio olycksfall.¹⁰

För att miljöer ska uppfattas som sunda och säkra behöver de även vara trygga och fria från våld, hot och trakasserier. Äldres rapporterade utsatthet för brott är relativt låg. Det visar både brottsförebyggande rådets nationella trygghetsundersökningar och den nationella folkhälsoenkäten.¹¹ Den vanligaste brottstypen mot äldre är tillgreppsbrott, oftast stöld från bostaden utan inbrott. Trots att totalt runt fyra procent av äldre personer har utsatts för brott och få uppger att de utsatts för fysiskt våld, uppger var tredje eller fjärde kvinna i samtliga åldersgrupper att hon avstår från att gå ut ensam av rädsla för att bli överfallen eller rånad.¹¹

Våld mot äldre i nära relationer

Våld mot äldre i nära relationer är ett område som är utmanande att arbeta med då tecken hos äldre på att vara utsatt för våld av omgivningen kan misstas för tecken på normalt åldrande. För att äldre personer ska få förutsättningar till trygghet behöver våld förebyggas, upptäckas och hanteras. Socialstyrelsen rekommenderar att kommunen utbildar personal, som möter äldre, i tecken på våld, skapar samverkan kring frågan samt söker upp äldre som inte har insatser från äldreomsorgen för att kunna informera vilken rätt till hjälp och stöd de har. Det finns ökad risk för personer med demenssjukdom som vårdas av anhörig att utsättas för vanvård och övergrepp. Detta bör ses i relation till vårdrelaterad stress, socialt och ekonomiskt beroende samt svaga sociala nätverk kring anhängigvårdaren. Åtgärder för att minska risken för vanvård och övergrepp är ökat stöd, avlösning, planering av vården och utbildning kring kommunikationsproblematik och beteendeförändringar. Även i särskilda boendeformer för personer med demenssjukdom kan arbetssituationer med hög arbetsbelastning, aggressivt beteende hos den demenssjuke och brist på adekvat utbildning leda till negativ attityd till omsorgstagaren vilket ökar risken för övergrepp.¹²

I Örebro län rapporterar äldre i något lägre grad än yngre att de utsatts för fysiskt våld. Bland de äldsta är det cirka 1 procent som svarat att de utsatts för fysiskt våld. Generellt sett är yngre män den grupp som är mest utsatt, bland män under 65 år har 5 procent svarat att de utsatts för fysiskt våld under de senaste 12 månaderna. Det förefaller inte finnas någon könsskillnad bland personer 65 år och äldre. Personer med funktionsnedsättning rapporterar i unge-

Örebro kommuns åtgärdsprogram mot buller som sträcker sig fram till år 2020 handlar om att genom skyddsåtgärder skapa en bättre ljudmiljö för de örebroare som idag är bullerstörda, att begränsa bullret vid källan och att utveckla områden med god ljudmiljö.

får samma utsträckning som personer utan funktionsnedsättning att de utsatts för våld. Män svarar i något större utsträckning än kvinnor att de utsatts för våld det senaste året, 4–5 procent bland män och 2 procent bland kvinnor.¹³ Bland ungdomar med funktionsnedsättning rapporteras nästan tre gånger så stor andel (14 procent) att de blivit utsatta för misshandel det senaste halvåret jämfört med övriga unga (5 procent). Bland unga med funktionsnedsättning har pojkarna i högre grad än flickorna varit utsatta för våld som inte krävt läkarvård.¹⁴

Hörselskadade och äldre särskilt utsatta för buller

Trots att buller inte uppfattas som livshotande på samma sätt som många andra miljöfaktorer har det stor betydelse för människors hälsa och livskvalitet. Särskilt utsatta grupper är barn, hörselskadade och äldre.⁴ Långvarig exponering av buller orsakar framför allt hörselproblem som hörselnedsättningar och tinnitus, men även stressreaktioner, trötthet, irritation och blodtrycksförändringar.¹⁵ *Hälsa på lika villkor 2012* visar att män och kvinnor med funktionsnedsättning rapporterar i något högre grad än personer utan funktionsnedsättning att de utsatts för buller i sin arbetsmiljö. Skillnaden mellan kvinnor och män är dock större än skillnaden mellan personer med och utan funktionsnedsättning. Sammantaget uppger cirka hälften av männen att de utsatts för buller i arbetsmiljön, medan ungefär en tredjedel av kvinnorna uppger motsvarande. Utsatthet för buller i arbetsmiljön minskar med ökande ålder. Könsskillnaderna är större för personer under 64 år än för äldre. Resultaten ska tolkas försiktigt då det är relativt många i gruppen 65 år och äldre som svarat på frågor om arbetsmiljö trots nuvarande pensionsålder.



Användningen av hälsovådliga produkter ska minska

För att bidra till både bättre hälsa, miljö och arbetsmiljö arbetar Örebro läns landsting aktivt för att minska användningen av miljö- och hälsoskadliga kemiska ämnen. Ett mål i miljöarbete¹⁶ är att andelen icke farmakologisk behandling ska öka, bland annat genom fysisk aktivitet på recept, kostråd och naturunderstödd rehabilitering. Landstinget har också tagit fram ett målgruppsanpassat informationsmaterial för blivande och nyblivna föräldrar om kemikaliers hälsopåverkan vilket kommer att användas inom mödra- och barnhälsovården. Informationen kommer också att återfinnas på 1177 Vårdguiden.¹⁷



Läns mål

- Hälso- och sjukvården ska bedriva ett jämlikt, hälsofrämjande och förebyggande arbete.
- Hälso- och sjukvårdens specialkunskaper ska användas i det hälsofrämjande arbetet som riktas till länets invånare.
- Skolhälsovårdens och övrig elevhälsas möjligheter att arbeta förebyggande och hälsofrämjande ska öka.
- Kunskap om hälsofrämjande och sjukdomsförebyggande metoder ska öka.

Hälsofrämjande hälso- och sjukvård

Vision: I Örebro län är det hälsofrämjande och sjukdomsförebyggande arbetet en naturlig del i all hälso- och sjukvård



Hälso- och sjukvården ska bedriva ett jämlikt, hälsofrämjande och förebyggande arbete

Hälsofrämjande arbete innebär att förbättra individens egen upplevda hälsa och hälsorelaterade välbefinnande och att forma de förutsättningar i omvärlden som fordras för att främja hälsan. Landstingets, kommunernas och andra vårdgivares hälso- och sjukvård har stor betydelse för den långsiktiga hälsoutvecklingen utifrån sin specifika kompetens, auktoritet, breda kunskap och stora kontakt gentemot befolkningen. Kommunerna och landstingen kan på ett kraftfullt sätt främja hälsan i befolkningen genom riktade insatser till specifika grupper med en försämrad hälsoutveckling och genom generella insatser till hela befolkningen. Hälso- och sjukvården står inför nya utmaningar med bland annat en åldrande befolkning. Det finns grupper som trots vårdbehov inte hittar till vården. Det är vårdens ansvar att utveckla metoder och arbetssätt för att nå dem.¹

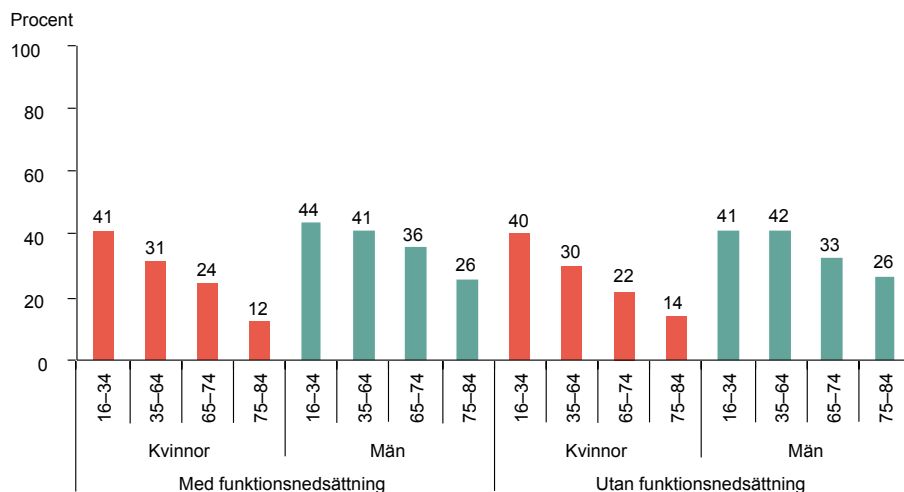
Levnadsvanor och hälsa

Goda levnadsvanor har större effekt för äldres hälsa än vad man tidigare trott. Goda levnadsvanor har en positiv effekt på såväl välbefinnande som hälsa och minskar risken för att insjukna i ett flertal sjukdomar. För att förbättra sina levnadsvanor behöver många äldre stöd, bland annat från hälso- och sjukvården. Hos personer med funktionsnedsättning är andelen med ohälsosamma levnadsvanor i stort sett genomgående högre i jämförelse med dem utan funktionsnedsättning. Exempelvis gäller detta låga intag av frukt och grönsaker, fysisk aktivitet, stillasittande fritid och tobaksvanor. Ibland är det ett direkt samband mellan funktionsnedsättningen och den sämre hälsan. Samtidigt beror en stor del av ohälsan inte på funktionsnedsättningen utan kan troligen förklaras av kända riskfaktorer kopplade till levnadsvanor och livsvillkor. Av det följer att sämre hälsa bland personer med funktionsnedsättning till viss del går att påverka genom samhälleliga insatser.²

I Örebro läns landsting fortsätter implementeringen av Socialstyrelsens nationella riktlinjer för sjukdomsförebyggande metoder. Riktlinjerna visar på metoder för att förebygga sjukdom genom att stödja förändring av tobaksbruk, riskbruk av alkohol, otillräcklig fysisk aktivitet och ohälsosamma matvanor. För att främja goda levnadsvanor har alla vårdcentraler i Örebro län "Hälsotorgsväggar" med informationsmaterial om livsstil och hälsa. Några vårdcentraler har "Hälsodator" för livsstilstester och flera är på gång att införa livsstilsmottagningar. I samverkan med föreningslivet genomförs föreläsningsserier kring hälsa.

Det är inte någon skillnad mellan personer med eller utan funktionsnedsättning när det gäller om man vid besök på vårdcentralen fått frågor kring sina levnadsvanor. Det är däremot en stor skillnad mellan kvinnor och män. Män har i större utsträckning fått frågor om sina levnadsvanor. Särskilt märkbar är skillnaden i förhållande till kvinnor i åldersgruppen 75–84 år (figur 6.1).

Figur 6.1. Andel (%) kvinnor och män som fått minst en fråga om levnadsvanor uppdelade på ålder, med respektive utan funktionsnedsättning, Örebro län.



Folktandvården i länet har under 2013 startat ett kompetenscenter för äldre tandvård. Centrets uppgift är att vara en samlande enhet i länet för alla typer av frågor som rör äldres munhälsa.

Källa: Hälsa på lika villkor 2012. Samhällsmedicinska enheten Örebro läns landsting.

Örebro kommun erbjuder förebyggande hembesök till alla som under året fyller 75 år och som inte har hemsjukvård. Besöket innehåller ett hälsosamtal utifrån de fyra hörn-
pelarna för ett gott åldrande; social gemenskap och stöd, meningsfullhet, fysisk aktivitet och goda matvanor. Alla äldre som beställer ett trygghetslarm erbjuds ett hälsosamtal. Den som tagit emot ett hembesök erbjuds ett nytt kommande år.

Förebyggande hembesök – ett verktyg för att främjar äldres hälsa?

I olika omgångar har det funnits nationella stimulansmedel för förebyggande hembesök som verktyg för att främja äldres hälsa. Effekterna har diskuterats under många år. Det finns studier som visar på positiva resultat men också studier som visar på att förebyggande hembesök inte har några effekter. I många studier framhålls multidisciplinära team som en nödvändig förutsättning för att kunna bedriva ett framgångsrikt hälsofrämjande arbete bland äldre i samhället. För att kunna ta reda på nödvändiga hälsofrämjande insatser för äldre bör de bedömnings- och screeningsinstrument som används spegla medicinska, psykologiska och sociala aspekter av de berördas situation.³

Förebyggande hembesök för äldre är ett utvecklingsområde. Alla kommuner i Örebro län med undantag av Degerfors har någon form av förebyggande hembesök. Organisation, administration, innehåll och vilka åldersgrupper man besöker varierar mellan kommunerna. Vanligtvis görs besöken från 75 år till 80 år. Några kommuner samverkar med frivilligsektorn som gör hembesöken och i andra kommuner görs besöken av vårdpersonal. I Örebro kommun är ett samarbete på gång med primärvården.

En nyligen publicerad studie vid Sahlgrenska akademien pekar på att enkla metoder som hembesök och gruppmöten markant kan förlänga hälsan hos personer över 80 år som lever och klarar sig självständigt. En uppföljning som gjordes två år efter de förebyggande hembesöken och seniorträffarna visade att de som deltog bevarade både den fysiska och psykiska hälsan bättre än kontrollgruppen. Den mest fördelaktiga åtgärden var seniorträffarna. Träffarna utgick från ett personcentrerat synsätt där deltagarnas egna behov styrde innehållet, och där de äldre fick vara experterna.⁴

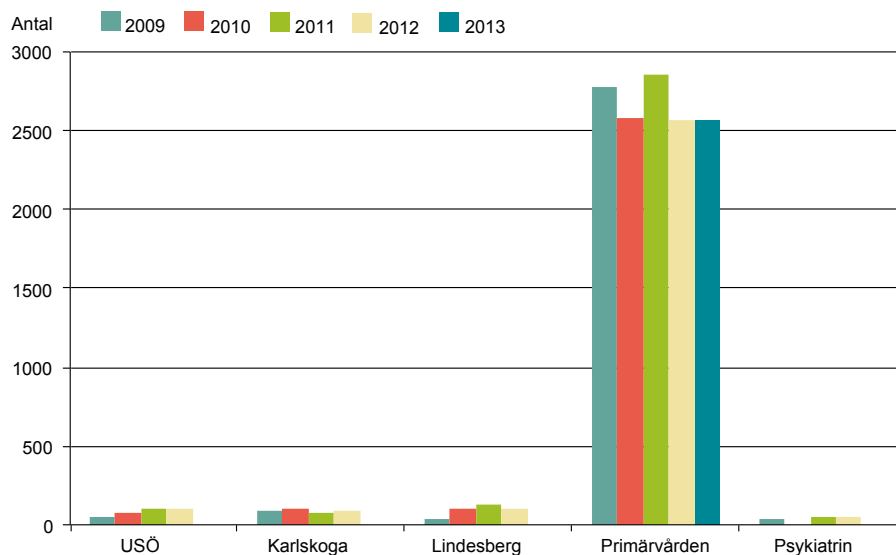
Fysisk aktivitet på recept

Fysisk aktivitet på recept (FaR) skrivs ut av landstingets hälso- och sjukvårdspersonal för att främja fysisk aktivitet. Det är främst inom primärvården som denna möjlighet används, men kan vid behov också skrivas ut av till exempel psykiatri eller annan vård inom landstinget. Receptet kan innebära träning på egen hand eller hänvisning till någon aktivitet inom föreningslivet. FaR används där den är medicinskt adekvat för att förebygga eller behandla olika sjukdomstillstånd. Den är jämförbar med övriga ordinationer och ska därmed

följas upp på samma sätt. Ordinationen utgår från FYSS, (fysisk aktivitet i sjukdomsprevention och behandling) och FaR är i de nationella riktlinjerna ett tillägg till ett rådgivande samtal. Rådgivning vid ohälsosamma levnadsvanor delas in i tre olika nivåer: enkla råd, rådgivande samtal och kvalificerat rådgivande samtal. Vid rökning och ohälsosamma matvanor förordas kvalificerat rådgivande samtal och vid riskbruk av alkohol och otillräcklig fysisk aktivitet rekommenderas rådgivande samtal.

Av de FaR-recept som skrevs ut 2013 i Örebro län var 36 procent (932) riktade till målgruppen 65 år och äldre (figur 6.2). Vanligaste anledningarna till ordinationen var övervikt, problem i rörelseorganen, fysisk inaktivitet, diabetes, högt blodtryck, höga blodfetter, psykisk ohälsa, hjärt- kärlsjukdom, lungsjukdom, stroke och hjärtsvikt. Totalt under 2013 har drygt 60 procent av recepten förskrivits till kvinnor.

Figur 6.2. Antal förskrivna FaR-recept 2009–2013, Örebro län.



Källa: Dykboken, Örebro läns landsting.

Äldre i tredje åldern, det vill säga innan man blivit beroende av andra, rekommenderas idag en kombination av fysiska aktiviteter bestående av både aerobisk träning, styrketräning, flexibilitet och balansträning. Gruppbaseade träningsinterventioner uppvisar signifikant positiva effekter när det gäller att förbättra rörligheten hos äldre. Studier om fysisk aktivitet på recept indikerar att hälso- och sjukvården är väl lämpad att motivera fysisk träning i hälsofrämjande syfte.

Örebro läns Idrottsförbund har gjort en kartläggning av utbud och miljöer för fysisk aktivitet bland äldre i länet. Ett antal vita fläckar har identifierats som att alla äldre som besöker hälso- och sjukvården bör få frågan om de är fysiskt aktiva, få rådgivning och vid behov fysisk aktivitet på recept.⁵ Fysisk aktivitet på recept är inte den enda rekommendationen inom området fysisk aktivitet. I primärvårdens vårdpraxis för behandling av hypertoni anges regelbunden motion, inget extra salt och viktreduktion som en del av behandlingen. Cirka 25 000 patienter som använder blodtrycksmedicin bör, enligt vårdpraxis, behandlas genom att få hjälp att öka sin fysiska aktivitet, minska i vikt och i praktiken ändra matvanor.⁶



Läns mål

- *Länet ska ha en god beredskap och organisation för att möta större utbrott av smittsamma sjukdomar.*
- *Antalet smittade av sexuellt överförbara sjukdomar ska minska.*
- **I riskgrupper ska alla vaccineras mot influensa och i åldersgruppen över 65 år ska antalet vaccinerade nå minst den nationella rekommenderade nivån.**
- *Ökningen av läkemedelsresistenta bakterier ska stoppas.*
- *Gällande hygienregler ska följas och kunskapen om deras betydelse för att förhindra smittspridning ska öka.*

Skydd mot smittspridning

Vision: I Örebro län får smittsamma sjukdomar inget fäste

Ur ett internationellt perspektiv har Sverige en gynnsam situation i arbetet med att motverka spridning av smittsamma sjukdomar bland människor. Det beror till största delen på att det bedrivits ett effektivt förebyggande arbete i form av informationsinsatser, vaccinationer och andra riktade insatser.¹ I fråga om att förebygga och hantera utbrott av smittsamma sjukdomar har de risk- och sårbarhetsanalyser som görs på såväl nationell, regional och lokal nivå en roll att riskbedöma och skapa planer för åtgärder. I Örebro län genomförs 2013–2015 ett pilotprojekt i tre av länets kommuner med stöd från länsstyrelsen som handlar om att även inkludera sociala riskbedömningar i länets och kommunernas risk- och sårbarhetsanalyser. Kunskap inom området sociala risker, dess konsekvenser samt bakomliggande faktorer, behöver öka. Att lyfta fram även dessa perspektiv kan tydliggöra olika sociala gruppers skillnader i livsvillkor och ojämlika tillgång till hälsa i bredare sammanhang.



I riskgrupper ska alla vaccineras mot influensa och i åldersgruppen över 65 år ska antalet vaccinerade mot influensa nå minst den nationellt rekommenderade nivån

Hälso- och sjukvården erbjuder vaccinationer till barn, unga, äldre och riskgrupper. Antalet vårdrelaterade infektioner kan minskas genom god följsamhet till basala hygienrutiner i hälso- och sjukvården. Hälso- och sjukvården arbetar för minskad användning av antibiotika och effektiv övervakning av infektionsläget, inklusive resistensläget.¹

Världshälsoorganisationen (WHO) rekommenderar en vaccinationstäckning på 75 procent bland äldre eftersom denna målgrupp löper störst risk att bli allvarligt sjuka och dö i samband med en influensainfektion. En högre täckningsgrad skulle sannolikt minska både antalet svåra sjukdomsfall och totalantalet sjukdomsfall. Det regionala folkhälsomålet är att alla i riskgrupper

ska vaccineras mot influensa samt att vaccinationsgraden hos personer över 65 år minst ska motsvara den nationellt rekommenderade nivån som överensstämmer med WHO:s. I riskgruppen ingår barn med flerfunktionshinder. Smittskyddsenheten vid Örebro läns landsting informerar om att de senaste åren har omkring 50 procent av personer över 65 år vaccinerat sig mot säsongsinfluensan.



Ökningen av läkemedelsresistenta bakterier ska stoppas

För att stoppa ökningen av läkemedelsresistenta bakterier pågår ett nationellt arbete med en mer relevant och förbättrad antibiotikaanvändning. Målet är att minska förskrivningarna till under 250 förskrivningar per 1000 invånare till år 2014. I Örebro län har förskrivningen minskat från 346 till 319 från 2011/2012 till 2012/2013, en minskning med 8 procent.² Smittskyddsinstitutet rapporterade 2008 att äldre personer och barn är grupper med särskilt hög användning av antibiotika, drygt en tredjedel av barn och personer över 80 år fick under året antibiotikabehandling. Antibiotika med brett spektrum används ofta för äldre vilket innebär risk att påskynda resistensutvecklingen.³

Läns mål

- Sex mot ersättning, diskriminering, våld, tvång och kränkningar ska inte förekomma.
- Antal oönskade graviditeter ska minska.
- Antalet smittade med klamydia ska minska.
- Stöd ska erbjudas under graviditet och föräldraskap.
- Antalet smittade av sexuellt överförbara infektioner ska minska.

Sexualitet och reproduktiv hälsa

Vision: I Örebro län kännetecknas invånarnas sexualitet av integritet, lust, trygghet och säkerhet

Området sexualitet och reproduktiv hälsa omfattar alla människors rättigheter och förutsättningar till en trygg och säker sexualitet och en god reproduktiv hälsa.¹ Sexualitet och reproduktion ska vara en källa till glädje, gemenskap och hälsa. Det har betydelse för människors egenvärde, nära relationer och välbefinnande.²

Människor med funktionsnedsättningar har rätt till respekt för hem och familj. De har rätt att få behålla sin fertilitet på samma villkor som andra. Det innebär bland annat rätten att bestämma hur många barn man vill ha och att få information om preventivmedel. De får inte heller förnekas möjligheten till sexuella erfarenheter. Information ska förmedlas och ska vara anpassad efter personens behov och förmåga att tillgodogöra sig informationen.³



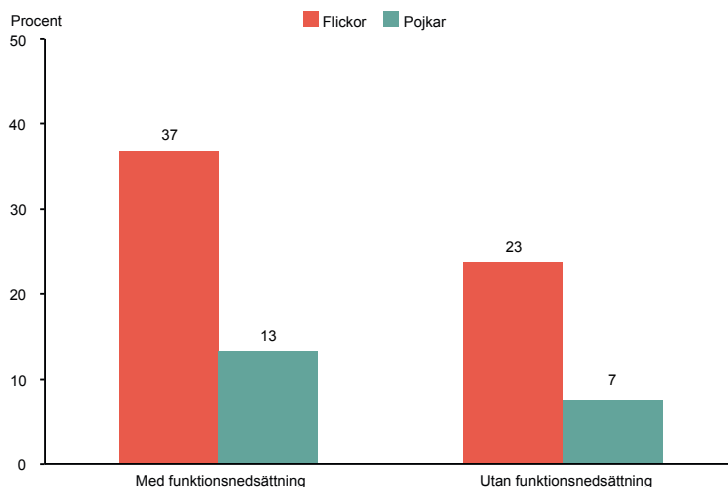
Sex mot ersättning, diskriminering, våld, tvång och kränkningar ska inte förekomma

Sexualbrott är en av de brottstyper som anmäls i lägst utsträckning, endast drygt 20 procent av alla sexualbrott anmäls.⁴ Under 2012 anmäldes drygt 17 000 sexualbrott i Sverige, varav en tredjedel var våldtäkter. Sexuella övergrepp i barn- och ungdomsåren har samband med självskadande handlingar, psykosomatiska problem och sexuellt risktagande senare i livet, liksom med mer skolk och narkotikabruk. Studier från Norden visar också att sexuella övergrepp är sammanlänkande med socioekonomisk utsatthet – ju sämre socioekonomisk situation, desto vanligare är det att ha upplevt sexuella övergrepp.⁵ En riskgrupp som ofta lyfts fram när det gäller trygg och säker sexualitet är kvinnor med intellektuella och psykiska funktionshinder.⁶ Forskningen är dock sparsamt genomförd. Än mindre information finns om män med funktionsnedsättning och deras eventuella men sannolika överrisk för (sexuella) övergrepp.⁷

EUs undersökning om våld mot kvinnor⁸ visar att våld av såväl sexuell, fysisk som psykisk karaktär är betydligt mer vanligt förekommande bland kvinnor med funktionsnedsättning. Exempelvis rapporterar 34 procent av kvinnor med funktionsnedsättning att de av en partner har utsatts för fysiskt eller sexuellt våld efter sin 15-årsdag, att jämföra med 19 procent bland kvinnor utan funktionsnedsättning.

Bland barn med funktionsnedsättning rapporterar WHO Europa⁹ att det finns en signifikant högre risk att vara utsatta för våld jämfört med barn utan funktionsnedsättning. Risken för fysiskt våld är nästan fyra gånger större, medan sexuellt våld är tre gånger högre. En kombination av fysiskt och sexuellt våld är närmare fyra gånger vanligare. Barn med intellektuella funktionsnedsättningar har högst risk för att vara utsatt för sexuellt våld, där risken är närmare fem gånger högre än för barn utan funktionshinder.

Liv & Hälsa ung 2011 visar att unga med funktionsnedsättningar i avsevärt högre grad har blivit tafsade på eller tvingats till att ta på någon på ett sexuellt sätt utan att de ville, jämfört med unga utan funktionsnedsättning (figur 8.1).



Ros-projektet – ett utvecklingsarbete med brukarfokus i Örebro kommun. Det handlar om stöd för personer med kognitiva funktionsnedsättningar när det gäller känslor, relationer och sexualitet. En policy, en unik utbildning för medarbetarna, ett anpassat material till brukarnas samtalssgrupper och framför allt, möjlighet för människor med funktionshinder att samtala om sånt det inte skulle klara annars.

Figur 8.1. Andel (%) unga skolår 9 och år 2 på gymnasiet som uppger att de blivit tafsade på eller tvingats till att ta på någon på ett sexuellt sätt utan att de ville. Fördelat på flickor och pojkar med respektive utan funktionsnedsättning, Örebro län.

Källa: *Liv & hälsa ung 2011*, Samhällsmedicinska enheten Örebro läns landsting.

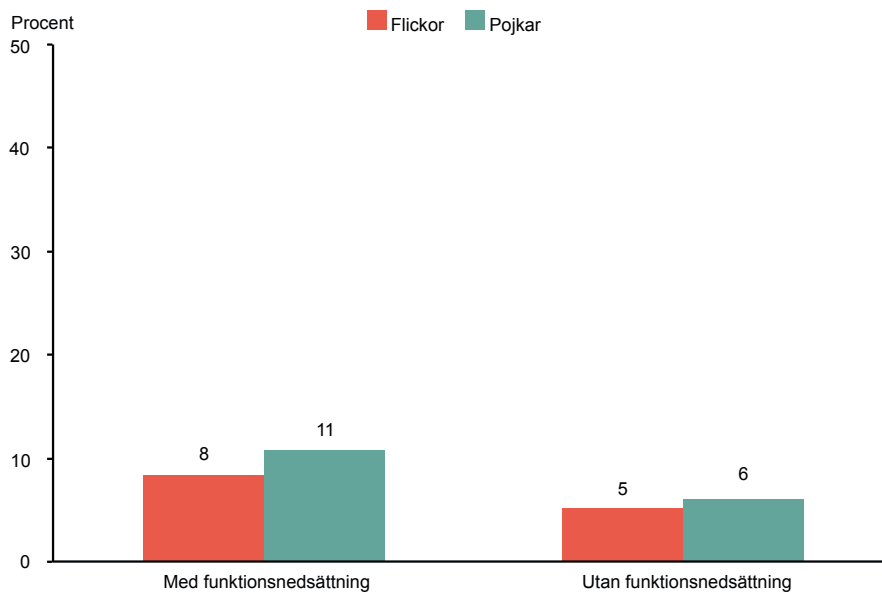
Visionen om att länets invånares sexualitet ska kännetecknas av integritet, lust, trygghet och säkerhet är minst sagt fjärran då 25 procent av flickorna och 8 procent av pojkarna redan i tonåren har negativa sexuella erfarenheter.



Antalet önskade graviditeter ska minska

Flickor och pojkar med funktionsnedsättning använder preventivmedel i lägre utsträckning än flickor och pojkar utan funktionsnedsättning. Pojkar med funktionsnedsättning använder i lägst grad preventivmedel (figur 8.2).

Figur 8.2. Andel (%) unga skolår 9 och år 2 på gymnasiet som uppger att de inte använde något preventivmedel vid senaste samlaget, fördelat på flickor och pojkar med respektive utan funktionsnedsättning, Örebro län.



Källa: Liv & hälsa ung 2011, Samhällsmedicinska enheten Örebro läns landsting.



Antalet smittade med klamydia ska minska

Mätningar av nyinsjuknade klamydiafall har dokumenterats sedan 1997, då cirka 130 av 100 000 personer diagnostiserades med klamydia. Därefter har klamydia ökat flerfaldigt, till år 2007 då den hittills högsta siffran rapporteras, 470 fall per 100 000. Därefter har siffrorna sjunkit något.¹⁰ Klamydia är vanligast i åldrarna 15–40 år. En promille av klamydiafallen inträffar i åldersgruppen 60 och uppåt, vilket motsvarar 3–4 personer per år i Sverige. Fler kvinnor (57 procent) än män (43 procent) drabbas.¹⁰ Det saknas information om klamydias förekomst hos personer med respektive utan funktionsnedsättning.

I Örebro län rapporterades drygt 1200 fall av klamydia år 2013. Flest fall diagnostiserades i åldersgruppen 15–25 år. Klamydia och andra könssjukdomar skyddar man sig bäst mot genom att använda kondom – att använda p-piller ger inget skydd mot könssjukdomar. I undersökningen *Liv & hälsa ung 2011* för skolår 9 och år 2 på gymnasiet uppgav 13 procent av flickorna och 17 procent av pojkarna med funktionsnedsättning att de använder kondom. Motsvarande andel bland unga utan funktionsnedsättning var 10 procent för flickorna och 14 för pojkarna.

Läns mål

- Stödjande miljöer för rörelse, spontanidrott, allsidig fysisk aktivitet och träning ska utvecklas.
- Den fysiska aktiviteten ska öka bland länets invånare.
- Andelen barn och unga som regelbundet är fysiskt aktiva och tränar på ett allsidigt sätt ska öka
- Andel äldre som är regelbundet fysiskt aktiva ska öka.
- Stillasittande bland länets invånare ska minska.

Fysisk aktivitet

Vision: I Örebro län utövar alla invånare daglig fysisk aktivitet utifrån sina förutsättningar

Regelbunden fysisk aktivitet har många gynnsamma effekter på hälsan och minskar risken för många av de vanligaste folksjukdomarna; hjärtkärlsjukdomar, metabola sjukdomar, vissa cancersjukdomar, fallskador och benbrott samt psykisk ohälsa såsom depression och demens. Fysisk aktivitet kan innefatta fritidsaktiviteter såsom friluftsliv, motion/fysisk träning, idrott och trädgårdsarbete, aktivitet i arbetet eller hemmet samt aktiv transport i vardagslivet i form av till exempel promenader och cykling.¹

Alla vuxna från 18 år och uppåt, rekommenderas att vara fysiskt aktiva i sammanlagt minst 150 minuter i veckan. Intensiteten bör vara minst måttlig. Äldre, det vill säga vuxna över 65 år, bör även träna balans. Äldre eller individer med kroniska sjukdomstillstånd eller funktionsnedsättning, som inte kan nå upp till rekommendationerna, bör vara så aktiva som tillståndet medger. Levnadsvanor grundläggs ofta tidigt i livet. Positiva erfarenheter av fysisk aktivitet, friluftsliv och idrott samt tilltro till sin egen förmåga är viktiga prediktorer för den fysiska aktivitetsnivån i vuxen ålder. För unga med funktionsnedsättning kan motion och idrott på fritiden även spela en viktig roll för rehabilitering och erbjuder även social delaktighet.²



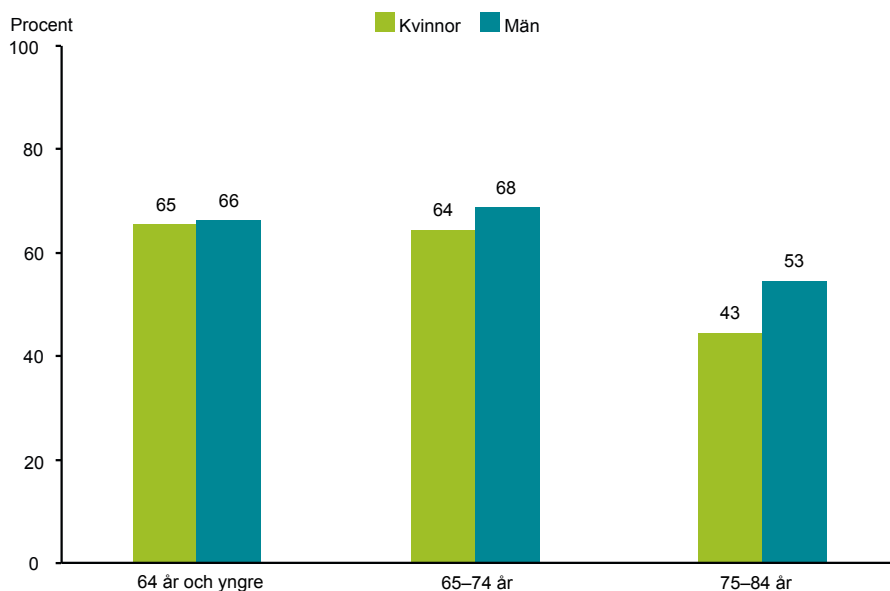
Andelen äldre som är regelbundet fysiskt aktiva ska öka

I ett samhälle med ökande andel äldre personer får den fysiska aktiviteten en stor betydelse för ett hälsosamt åldrande, ett minskat hjälpberoende och sänkt sjuklighet. För äldre med nedsatt fysisk kapacitet är det viktigt med en närmiljö som främjar fysisk aktivitet med en mångfald av näraliggande motions- och träningsutbud, promenadvänlighet med parkbänkar och tillgång till bostadsnära natur. Den fysiska aktiviteten och självständigheten hos äldre påverkas också positivt om det finns näraliggande affärer och service, av bostadsområdenas attraktivitet samt tillgången till kollektivtrafik. Även en trafiksäker miljö är avgörande för äldres fysiska aktivitet. Ökad risk för fallskador finns i en miljö med bristfällig belysning, halkigt och ojämnt underlag och där

det saknas handräcken. Trygghet, säkerhet och tillgänglighet är nyckelfaktorer som i hög grad påverkar den fysiska aktiviteten bland äldre.³

Hälsa på lika villkor 2012 visar att bland män 64 år och yngre är 66 procent fysiskt aktiva minst 30 minuter per dag medan bland män i åldersgruppen 65–74 år är andelen 68 procent. Gällande kvinnor skiljer det inte nämnvärt mellan åldersgrupperna, 65 respektive 64 procent. För den allra äldsta åldersgruppen sjunker andelen aktiva med mer än tio procentenheter såväl bland kvinnor som bland män (figur 9.1). Mer än hälften uppnår rekommendationen för fysisk aktivitet. Den fysiska aktivitetsnivån är således ganska konstant upp i åren och sjunker först efter 75 års ålder.

Figur 9.1. Andel (%) som är fysiskt aktiva på måttligt ansträngande nivå minst 30 minuter per dag, kvinnor och män fördelat på olika åldersgrupper, Örebro län.



Källa: *Hälsa på lika villkor 2012*, Samhällsmedicinska enheten Örebro läns landsting.

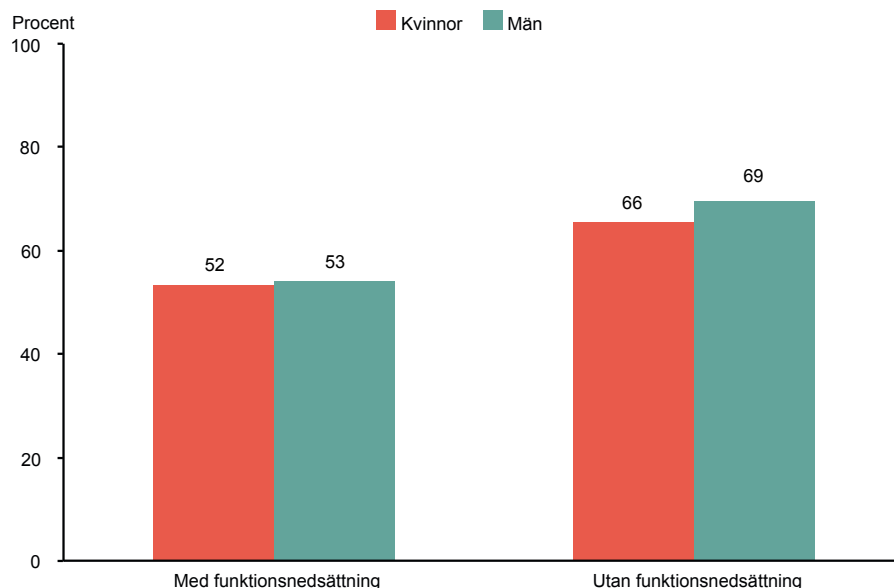
På allaktivitetshuset Tegelbruket i Örebro kan äldre gå och träna för reducerat pris. Vårdcentralerna i närområdet utformar personliga träningsprogram och hänvisar till Tegelbruket. I Laxå finns möjlighet för äldre att använda kommunens lokaler för träning.

Lägre andel fysiskt aktiva bland personer med funktionsnedsättning

52 procent av kvinnor och 53 procent av män med funktionsnedsättning är fysiskt aktiva minst 30 minuter dagligen. Det är lägre andel än övriga i befolkningen. Bland personer utan funktionsnedsättning är andelen 66 respektive 69 procent. Störst skillnad ser man hos män där det skiljer 16 procentenheter (figur 9.2).

Figur 9.2. Andel (%) som är fysiskt aktiva på måttligt ansträngande nivå minst 30 minuter per dag, kvinnor och män 16–84 år. Fördelat på personer med och utan funktionsnedsättning, Örebro län.

Källa: Hälsa på lika villkor 2012, Samhällsmedicinska enheten Örebro läns landsting.



När det gäller ansträngande aktiviteter, så att man blir varm och svettas, mer än tre timmar per vecka är andelen 43 procent hos kvinnor med funktionsnedsättning jämfört med 55 procent hos kvinnor utan funktionsnedsättning. Bland män är andelen 44 respektive 55 procent.



Andelen barn och unga som regelbundet är fysiskt aktiva på ett allsidigt sätt ska öka

Ungdomar med funktionsnedsättning är fysiskt aktiva i mindre grad än övriga. Ungdomar upp till årskurs nio med funktionsnedsättning motionerar mindre än motsvarande åldersgrupp utan funktionsnedsättning. Det ser likadant ut högre upp i ungdomsåren. Färsk statistik från Statistiska centralbyrån visar att nästintill var femte person med funktionsnedsättning i åldrarna 16 till 29 år aldrig motionerar, vilket är mer än dubbelt så många jämfört med övriga i samma ålder.⁴

En grupp som utmärker sig är ungdomar och unga vuxna med neuropsykiatrisk funktionsnedsättning, som tränar betydligt mindre än både personer med fysisk funktionsnedsättning och övriga personer.⁵ Yngre barn med funktionsnedsättning i åldern 8–12 år tränar däremot lika mycket som övriga barn. Nyligen har en intervjuundersökning gjorts med ungdomar med neuropsykiatrisk funktionsnedsättning om deras erfarenhet av idrott, träning och föreningsliv. En del av dem idrottade i en idrottsförening men de flesta uttryckte att de inte passade in i laget, i hallen eller i rutinerna. Krav på disciplin, prestation och social kompetens upplevde de som extra svårt.⁶

Endast två tredjedelar av landets kommuner uppger att idrottsanläggningarna är fysiskt tillgängliga, och en tredjedel anger att deras friluftsanläggningar är tillgängliga för personer med funktionsnedsättning. Det kan vara en stark bidragande orsak till att färre personer med funktionsnedsättning motionerar och idrottar jämfört med övrig befolkning. Det är färre personer med funktionsnedsättning, 35 procent, som har varit ute och strövat i skog och mark under senaste året, jämfört med 46 procent bland övrig befolkning.⁷

Större andel fysiskt aktiva med funktionsnedsättning i Örebro län

Ungdomar med funktionsnedsättning i Örebro län är mer fysiskt aktiva än riket i övrigt. 34 procent av flickor med funktionsnedsättning är aktiva minst 60 minuter per dag jämfört med 37 procent av flickor utan funktionsnedsättning. Bland pojkar är andelen 41 respektive 49 procent (figur 9.3).

Inspelet – för barn och unga med funktionsnedsättning är ett treårigt projekt i Örebro län med stöd från Allmänna arvsfonden. Det övergripande målet är att barn och unga med funktionsnedsättning ska erbjudas meningsfulla och hälsofrämjande fritidsaktiviteter genom ökat deltagande i idrottsföreningarnas verksamhet i Örebro län.

Figur 9.3. Andel (%) ungdomar skolår 7, 9 och år 2 på gymnasiet som är fysiskt aktiva minst 60 minuter per dag fördelat på personer med och utan funktionsnedsättning, Örebro län.



Källa: Liv&hälsa ung 2011, Samhällsmedicinska enheten Örebro läns landsting.

Det är vanligare att ungdomar utan någon funktionsnedsättning är aktiva i en idrottsförening. Bland flickor är 71 procent med i en idrottsförening jämfört med 64 procent bland flickor som har en funktionsnedsättning. Bland pojkar är andelen 72 procent respektive 63 procent.

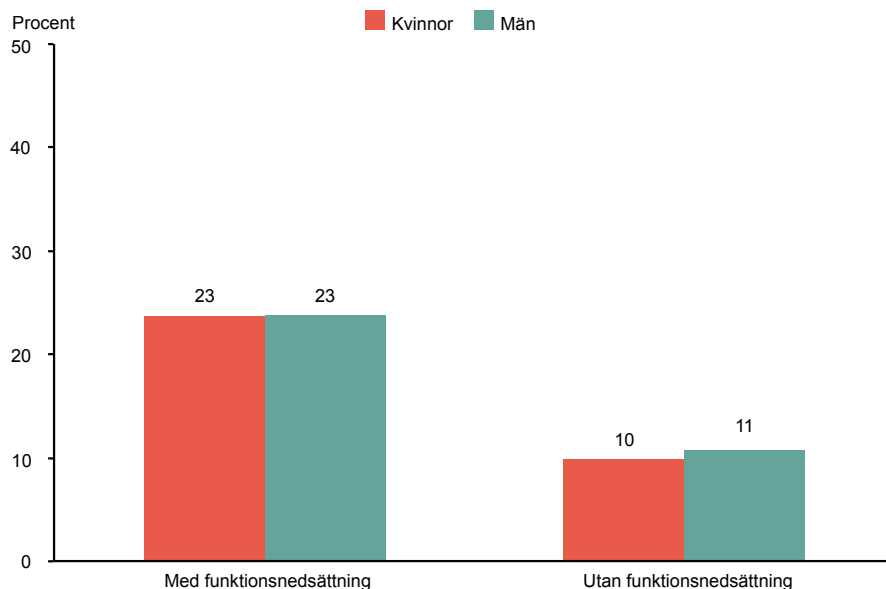


Stillasittande bland länets invånare ska minska

Ny forskning visar att stillasittande, definierat som muskulär inaktivitet, oberoende av övrig fysisk aktivitet ökar risken för flertalet av våra stora folksjukdomar och förtida död. Detta talar för att vi bör uppmärksamma fysisk aktivitet och stillasittande som två skilda beteenden.⁸ För äldre och personer med funktionsnedsättning kan otillgängliga miljöer och nedsatt rörelseförmåga bidra till en stillasittande livsstil, vilket ökar risken för ohälsa.⁸

Det är mer än dubbelt så vanligt att vuxna personer med funktionsnedsättning har en stillasittande fritid jämfört med övriga. Bland både kvinnor och män med funktionsnedsättning uppger 23 procent att man har en stillasittande fritid. Detta kan jämföras med kvinnor utan funktionsnedsättning, där andelen är 10 procent och bland män 11 procent (figur 9.4).

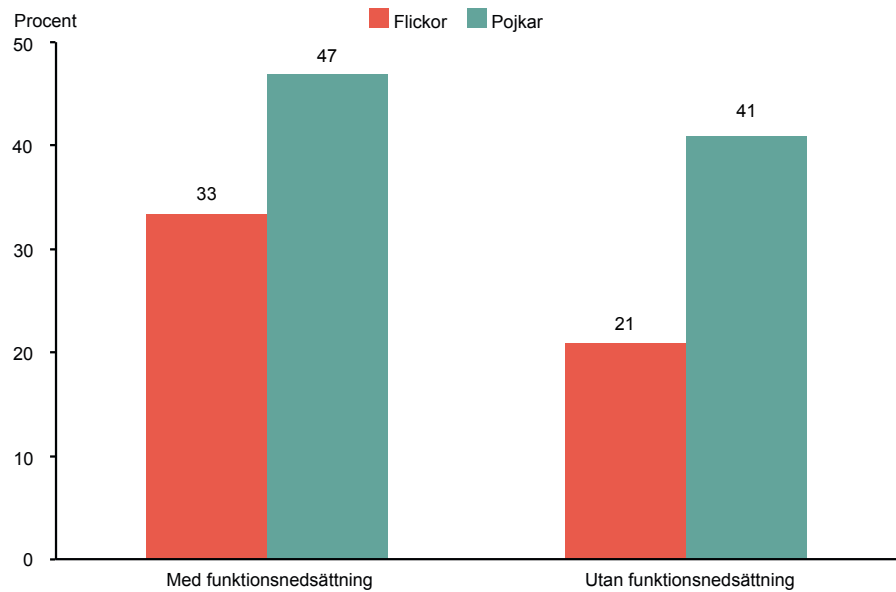
Figur 9.4. Andel (%) med stillasittande fritid, kvinnor och män 16–84 år, med och utan funktionsnedsättning, Örebro län.



Källa: Hälsa på lika villkor 2012, Samhällsmedicinska enheten Örebro läns landsting.

På frågan i *Liv & hälsa ung 2011* om man sitter framför datorn på sin fritid mer än i genomsnitt tre timmar per dag, svarar 33 procent av flickor med funktionsnedsättning att de gör det. Andelen flickor utan funktionsnedsättning är 21 procent. Bland pojkar är andelen 47 respektive 41 procent (figur 9.5).

Figur 9.5. Andel (%) ungdomar skolår 7, 9 och år 2 på gymnasiet som sitter vid datorn mer än tre timmar per dag, utanför skoltid. Fördelat på med och utan funktionsnedsättning, Örebro län.



Källa: Liv&hälsa ung 2011, Samhällsmedicinska enheten Örebro läns landsting.

Ungdomar med funktionsnedsättning som uppger att de rör sig mindre än 30 minuter per dag samt mindre än en gång i månaden eller aldrig tränar uppgår till 9 procent. Bland ungdomar utan funktionsnedsättning är andelen 6 procent.



Stödande miljöer för rörelse, spontanidrott, allsidig fysisk aktivitet och träning ska utvecklas

Hälsa på lika villkor 2012 visar att en stor andel av befolkningen vill öka sin fysiska aktivitet och också vill ha stöd och hjälp för att kunna göra det. Örebro läns idrottsförbund har under 2013 gjort en undersökning om möjligheter och förutsättningar till fysisk aktivitet för äldre. Rapporten heter *Utbud och miljöer för fysisk aktivitet för 65+, en kartläggning i Örebro län*. Den kommer att ligga till grund för diskussioner och verksamhetsutveckling i alla länets kommuner.

Pensionärsorganisationer i länet engagerar mer än 25 000 äldre personer. Aktiviteter som boule, dans, bowling och olika typer av gympa erbjuds.

Det finns 18 handikappidrottsföreningar i länet med totalt 400 kvinnor och 470 män med rörelsehinder, synnedsättning eller utvecklingsstörning. Barn, ungdomar, vuxna och äldre är aktiva i dessa föreningar.⁹ Totalt i Örebro län (exklusive Karlskoga och Degerfors) finns 729 idrottsföreningar som erbjuder 62 olika idrotter. I länet finns också nio idrottsföreningar för döva. SISU Idrottsutbildarna har en särskilt satsning i sitt samverkansavtal med Örebro läns landsting riktat till döva och hörselnedsatta ungdomar i Örebro. Syftet är att öka den fysiska aktiviteten och erbjuda meningsfulla och hälsofrämjande fritidssysselsättningar.

2012 registrerades 15 181 deltagartillfällen inom den organiserade idrotten i länet för idrottare med funktionsnedsättning (tabell 9.2). Av dessa är 9 227 deltagartillfällen i föreningar som tillhör Handikappidrottsförbundet och Dövidrottsförbundet och 5 954 är inom vanliga idrottsföreningar. Bland unga med funktionsnedsättning som idrottar är majoriteten pojkar 66 procent, jämfört med flickor, 34 procent.

Nationellt har det varit en konstant aktivitetsnivå för personer med funktionsnedsättning under de senaste åren, men i Örebro län ser man en ökande trend av personer med funktionsnedsättning inom idrottsföreningarna. Det är dessutom en ökning av antalet föreningar som redovisar aktiviteter för personer med funktionsnedsättning.

Tabell 9.2. Antal deltagartillfällen för idrottsutövare med funktionsnedsättning och antalet redovisande föreningar i Örebro län under åren 2010–2012.

År	Deltagartillfällen	Antal föreningar
2010	10 426	17
2011	14 101	24
2012	15 181	34

Källa: Lokalt aktivitetsstöd, ÖLIF.

PRO Sport i Örebro ger sina medlemmar möjligheter att prova på olika typer av motionsaktiviteter och idrotter.

Läns mål

- Goda matvanor ska främjas
- De offentliga måltiderna ska kvalitetssäkras.
- Andelen normalviktiga ska öka i alla åldrar.
- Andelen barn som ammas upp till fyra månaders ålder ska öka så att det minst överensstämmer med riksgenomsnittet.
- Det ska inte förekomma att länsinvånarna blir sjuka av smittämnen i mat eller av förorenat vatten.
- Tillgång till och konsumtion av ekologiska och närproducerade livsmedel ska öka.

Matvanor och livsmedel

Vision: I Örebro län har invånarna goda matvanor och använder sunda och säkra livsmedel

Maten har en avgörande betydelse för hälsan. Goda matvanor är bra för välbefinnandet och en förutsättning för en positiv hälsoutveckling. Goda matvanor kan förebygga en rad hälsoproblem exempelvis hjärt-kärlsjukdomar, typ 2-diabetes, stroke, sjukdomar i rörelseorganen, vissa cancerformer och även psykisk ohälsa. Människor i Sverige har generellt bra matvanor men det finns skillnader i matvanor avseende ålder, kön, social och ekonomisk situation och var du bor. För att främja goda matvanor behövs en bred satsning på olika nivåer i samhället där olika aktörer drar åt samma håll med en gemensam målsättning. Det är också viktigt att tydliggöra samband mellan matvanor och olika hälsoutfall.

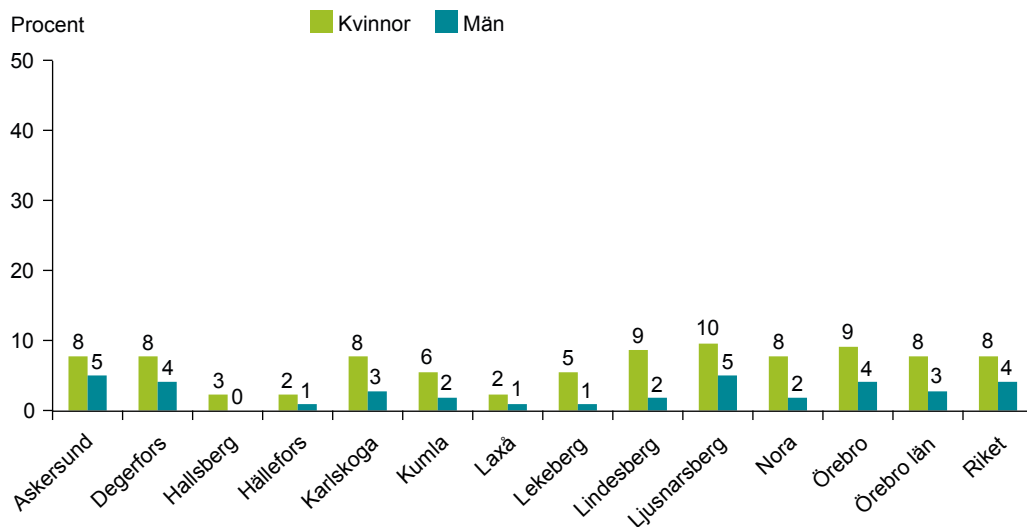


Goda matvanor ska främjas

Att främja goda matvanor bland äldre kan innebära stora vinster såväl hälso- mässiga som ekonomiska. Att satsa på hälsofrämjande och sjukdomsförebyggande insatser kan leda till att funktionsnedsättningar hos äldre samt behovet av vård och omsorg skjuts upp.¹ Vården har en viktig roll i detta arbete. Bland personer med funktionsnedsättning är goda matvanor viktiga för att främja en god hälsa. Forskning visar till exempel att fetma och undervikt är betydligt vanligare bland vuxna med utvecklingsstörning än i befolkningen som helhet. Matvanorna är ofta ensidiga och det är vanligt med bristande fysisk aktivitet.² En stor del av ohälsan bland personer med funktionsnedsättning hör samman med övervikt och brist på fysisk aktivitet.³

Vuxna rekommenderas att äta 500 gram frukt och grönsaker per dag.⁴ *Hälsa på lika villkor*-undersökningen i länet 2012 visar att andelen äldre mellan 65–84 år som äter frukt och grönt minst fem gånger per dag är låg samt att det finns skillnader mellan kvinnor och män (figur 10.1). För hela befolkningen 16–84 år i länet är motsvarande andel något högre, fram för allt bland kvinnor.

Figur 10.1. Andel äldre kvinnor och män 65–84 år som äter grönsaker, frukt och bär minst fem gånger per dag. Kommuner i Örebro län, länet och riket.

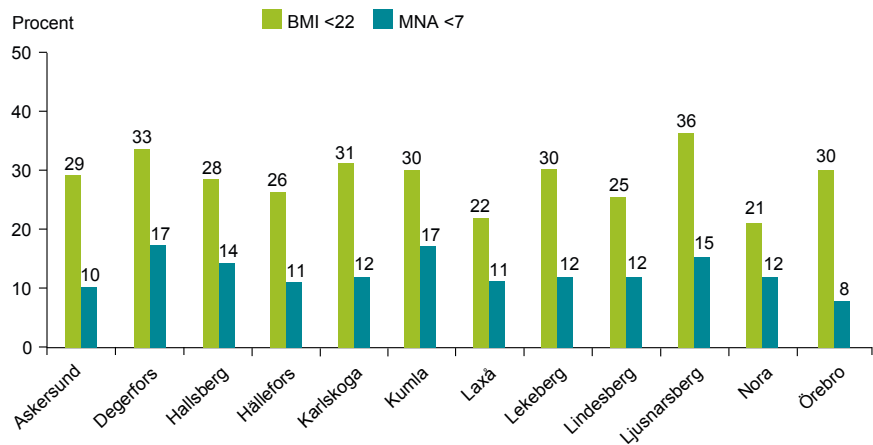


Källa: Hälsa på lika villkor 2012, Samhällsmedicinska enheten Örebro läns landsting.

Mer än 80 procent av länets äldre (65–84 år) uppger att de har regelbundna matvanor, det vill säga att de dagligen eller nästan dagligen äter tre av måltiderna frukost, lunch, middag och kvällsmål. Andelen är dessutom något högre bland äldre jämfört med länets befolkning i sin helhet (16–84 år). Ålder och vissa kroniska sjukdomstillstånd ökar risken för undernäring och nutritionsarbete är en viktig del av sjukdomsbehandlingen. Att motverka undernäring kan innebära kortare vårdtider, färre dödsfall, minskat lidande och piggare människor med förstärkta immunförsvar och färre infektioner.⁵ Inom kommunernas äldreomsorg genomförs bedömningar av risk för undernäring hos de boende (figur 10.2).

Figur 10.2. Andel av riskbedömningar där BMI är mindre än 22, det vill säga risk för undervikt. Samt andel av riskbedömningar med risk där MNA <7, det vill säga undernäring. Kommuner i Örebro län 2013.

Källa: Socialstyrelsen, Senior Alert.



Personer med funktionsnedsättning verkar i något lägre grad än personer utan funktionsnedsättning ha regelbundna matvanor. Största skillnaden märks mellan män med funktionsnedsättning (68 procent) och män utan funktionsnedsättning (77 procent), (figur 10.3).

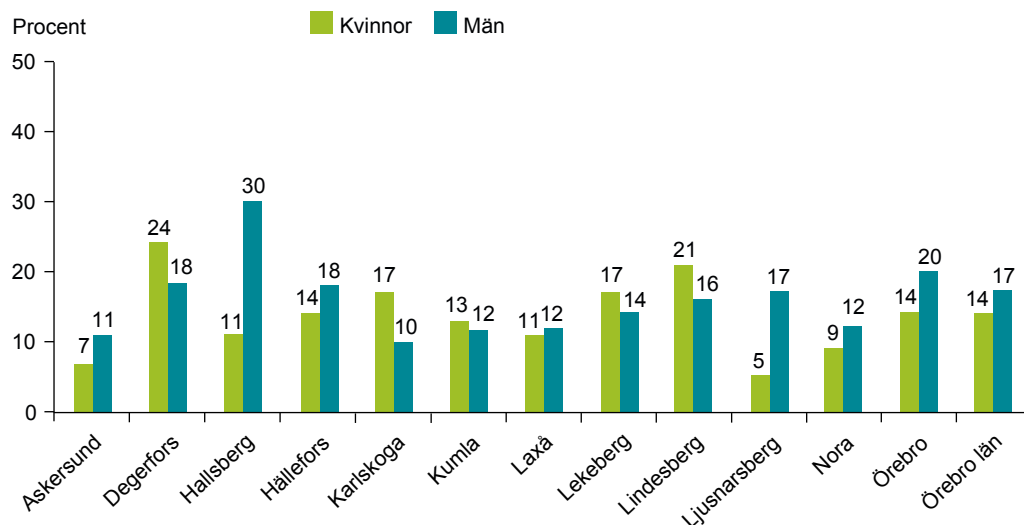
Figur 10.3. Andel (%) personer 16–84 år i Örebro län, med respektive utan funktionsnedsättning som har regelbundna matvanor, det vill säga uppgett att de dagligen eller nästan dagligen äter tre av måltiderna frukost, lunch, middag samt kvällsmål.

Källa: Hälsa på lika villkor 2012, Samhällsmedicinska enheten Örebro läns landsting.



En låg andel av länets äldre (14 procent av kvinnorna och 17 procent av männen) uppger att de vid sitt senaste besök på vårdcentralen fått frågor av personalen om matvanor. Skillnaden är stor mellan kvinnor och män men också mellan länets olika kommuner (figur 10.4)

Figur 10.4. Andel äldre 65–84 år som uppgett att de vid sitt senaste besök på vårdcentral eller liknande fick frågor om sina matvanor av personalen. Kommuner Örebro län och länet och riket.



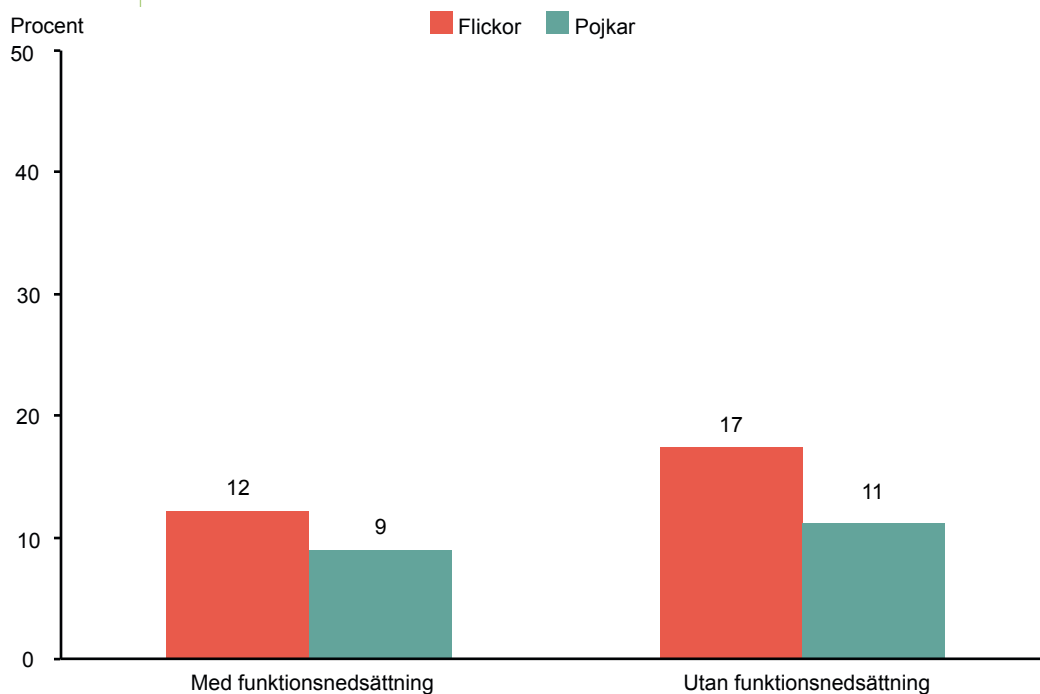
Källa: Hälsa på lika villkor 2012, Samhällsmedicinska enheten Örebro läns landsting.

Generellt sett verkar personer under 65 år i större utsträckning än personer som är 65 år eller äldre få frågor om sina matvanor även om det fortfarande är en relativt låg andel.

Maten har stor betydelse för barns och ungas hälsa

En bra skollunch ger mätta elever vilket gynnar koncentration, inläring och en god stämning på skolan. Näringsriktiga måltider är viktiga för att öka jämlikheten i hälsa^{6,7} *Liv & hälsa ung 2011* visar att unga med funktionsnedsättning i lägre utsträckning än unga utan funktionsnedsättning äter frukt, bär och grönsaker dagligen (figur 10.5).

Figur 10.5. Andel (%) ungdomar skolor 7, 9 och år 2 på gymnasiet som uppger att de äter grönsaker och frukt eller bär flera gånger per dag, Örebro län.



Källa: Liv & hälsa ung 2011, Örebro läns landsting.

Undersökningen antyder att ungdomar med funktionsnedsättning i något lägre grad än övriga ungdomar äter lunch i skolan 4–5 dagar i veckan. Bland dem med funktionsnedsättning uppger 70 procent att de äter lunch och bland dem utan funktionsnedsättning är motsvarande andel 80 procent.



De offentliga måltiderna ska kvalitetssäkras

Varje dag serveras i Sverige cirka tre miljoner måltider i vård, skola och omsorg. Kostnaden för inköp av livsmedel uppgår till cirka 7,4 miljarder kronor årligen. Att dessa resurser tillsammans med kostnader för personal, lokaler med mera ger bra kvalitet och goda måltider ligger i allas intresse.⁸

En inventering av kommunernas arbete med kostfrågor i Örebro län visar följande resultat.

Tabell 10.1. Kvalitetssäkring av offentliga måltider.

Kommun	Kostpolitiska program eller liknande för äldreomsorgen	Uppfyller lagstiftningen om näringsriktiga skolmåltider
Nora	Arbete pågår	Ja
Lindesberg	Finns	Ja
Hällefors	Finns	Ja enligt policy
Ljusnarsberg	Finns	Arbete pågår med att näringsberäkna måltiderna
Karlskoga	Finns	Ja
Degerfors	Finns	Ja
Kumla	Arbete pågår, klart våren 2014	Ja (alla skolor utom en)
Hallsberg	Finns	Ja
Laxå	Finns inte	Arbete pågår. (Skolmat Sverige.)
Askersund	Finns	Ja
Lekeberg	Finns	Arbete ska starta med att näringsberäkna måltiderna
Örebro	Finns	De kommunala gymnasieskolornas mat näringsberäknas och uppfyller lagen. Område nordväst näringsberäknar.

Via kvalitetsregistret *Senior alert* följs undernäring upp i bland annat hemtjänst och särskilda boenden. Forskning visar att äldre personers matvanor kan påverkas positivt med kostutbildning och rådgivning.

Källa: Manuell inventering januari 2014.

Normalvikt, övervikt och fetma beräknas genom BMI (Body Mass Index), det vill säga vikt (kg) dividerat med längd i kvadrat (m²)

Normalvikt BMI 18.5–24.9

Undervikt BMI <18.5

Övervikt BMI 25–29.9

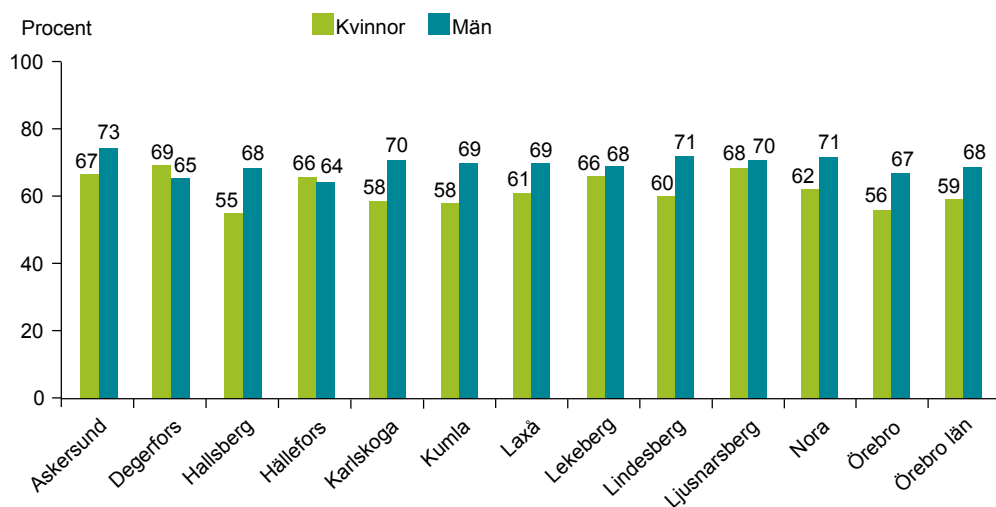
Fetma BMI >30



Andelen normalviktiga ska öka i alla åldrar

Övervikt och fetma utvecklas genom en kombination av livsstil, miljöfaktorer och arv. Hälsa på lika villkor 2012 visar att övervikt är vanligt bland äldre personer. Generellt är de äldre männen i något högre grad överviktiga jämfört med de äldre kvinnorna (figur 10.6).

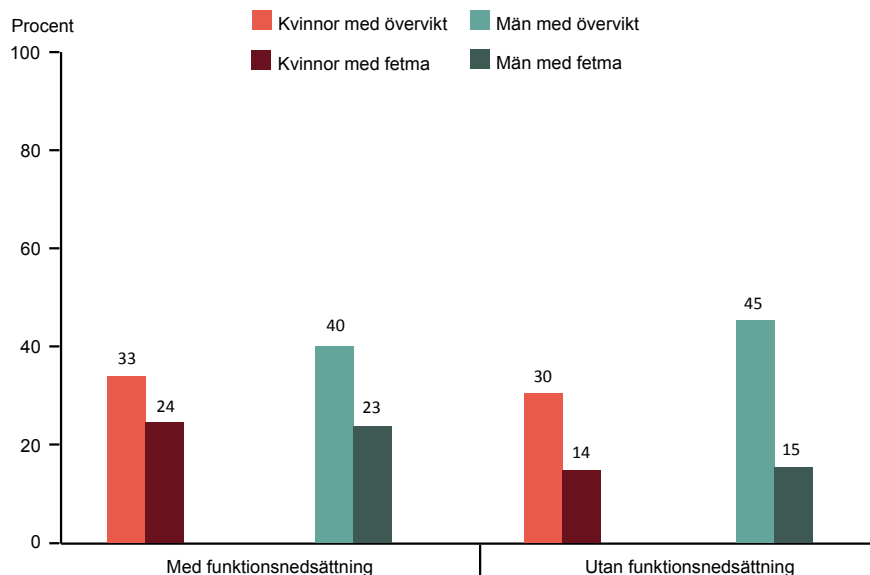
Figur 10.6. Andel äldre 65–84 år med övervikt, det vill säga BMI >25.



Källa: Hälsa på lika villkor 2012, Samhällsmedicinska enheten Örebro läns landsting.

Andelen äldre med fetma är i länet 20 procent för både kvinnor och män. Variationen är dock stor mellan länets kommuner. Personer med funktionsnedsättning anger i högre grad än personer utan funktionsnedsättning längd och vikt som innebär fetma (figur 10.7).

Figur 10.7. Andel (%) personer 16–84 år med respektive utan funktionsnedsättning, med övervikt (BMI >25) och fetma (BMI>30), Örebro län.



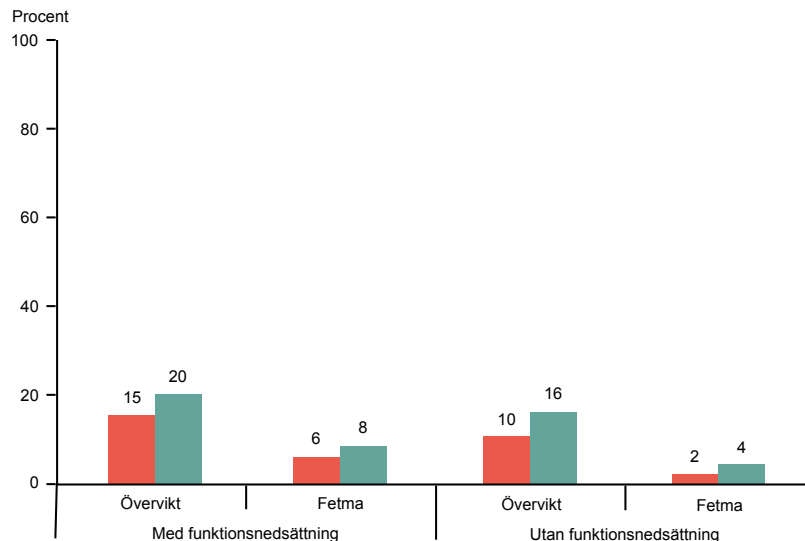
Källa: Hälsa på lika villkor 2012, Örebro läns landsting.

Unga med funktionsnedsättning har i högre utsträckning övervikt

Unga med funktionsnedsättning har i lägre utsträckning normalvikt jämfört med unga utan funktionsnedsättning. Cirka 75 procent av de med funktionsnedsättning uppger normalvikt medan motsvarande andel för de utan funktionsnedsättning är cirka 85 procent. Lägst andel med normalvikt återfinns bland pojkar med funktionsnedsättning (71 procent).

Bland ungdomar såväl med som utan funktionsnedsättning är pojkar i högre grad överviktiga jämfört med flickor. Ungdomar med funktionsnedsättning är i högre grad överviktiga jämfört med unga utan funktionsnedsättning (figur 10.8).

Figur 10.8. Andel (%) ungdomar skolår 7,9 och 2 på gymnasiet med övervikt och fetma, Örebro län.



Källa: Liv & hälsa ung 2011, Samhällsmedicinska enheten Örebro läns landsting.

Andelen unga med funktionsnedsättning som har fetma uppgår till 7 procent medan motsvarande siffra för unga utan funktionsnedsättning är 3 procent.



Det ska inte förekomma att länsinvånare blir sjuka av smittämnen i mat eller av förorenat vatten

Smittämnen i mat och vatten kan innebära risker för hälsan. Äldre, personer med funktionsnedsättning samt barn utgör riskgrupper. Tillsynen enligt livsmedelslagstiftningen av hantering av livsmedel och produktion och distribution av dricksvatten utförs av kommunernas miljö- och hälsoskyddsnämnder. Kontakter har i december 2013 tagits med miljö- och hälsoskyddsnämnderna i länet för att ta reda på om några särskilda utbrott av matförgiftningar eller vattenburna smittor skett som berört de mest utsatta grupperna. De kommuner som svarat anger att ingen särskild registrering sker av till exempel ålder eller funktionsnedsättning bland de personer som anmäler misstanke om matförgiftning eller smitta.



Läns mål

- *Arbetet med prevention, tidig upptäckt och stödinsatser inom området ska intensifieras.*
- **Antalet unga som debuterar tidigt med alkohol och/eller tobak ska minska.**
- **Antalet personer som utvecklar skadligt bruk, missbruk eller beroende av alkohol, narkotika, dopningsmedel, tobak och spel ska minska.**
- **Det ofödda barnet, barn och unga ska skyddas mot skadliga effekter orsakade av alkohol, narkotika, dopning och tobak.**
- *Ingen ska ofrivilligt utsättas för tobaksrök.*
- *Risker för spelmissbruk ska uppmärksammas och aktivt motverkas.*

Alkohol, narkotika, dopning, tobak och spel

Vision: Ett län fritt från narkotika och dopning, med minskade skador orsakade av alkohol, tobak och spel

Åtgärder för att förhindra skador på grund av tobak, alkohol och spel samt ett samhälle fritt från narkotika och dopning är nödvändigt för att uppnå en god och jämlik hälsa.

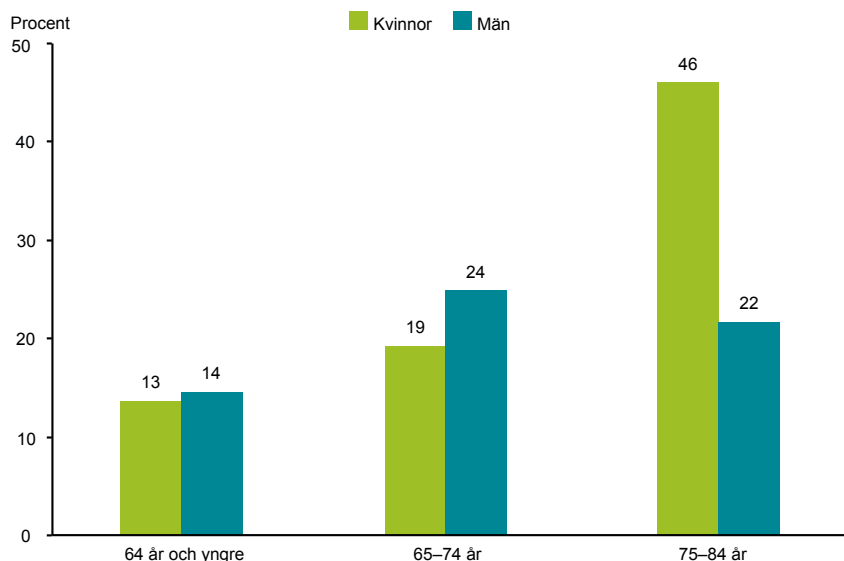
Ofta är det samma personer som utgör riskgrupp för flera av dessa beroendeskapande levnadsvanor. Det förebyggande och hälsofrämjande arbetet kan därför dra fördel av att behandlas i ett sammanhang. Vid uppföljning av bruket av alkohol, narkotika, dopningspreparat, tobak och spel (ANDTS) och dess skadeverkningar kan skillnader följas baserat på bland annat könstillhörighet, socioekonomisk tillhörighet, funktionsnedsättning och ålder.¹

I Sverige har beräkningar gjorts av några olika riskfaktors betydelse för den samlade sjukdomsbördan. Med dessa beräkningar som grund kan konstateras att ANDT grovt räknat står för cirka 15 procent av den totala sjukdomsbördan för män och cirka nio procent för kvinnor.²

Skilnader i alkoholvanor

Att konsumera alkohol påverkar kroppen negativt på många olika sätt och är för män den femte största riskfaktorn för förtida dödlighet. Ju senare en person börjar dricka alkohol, desto mindre är risken för att få alkoholrelaterade problem i framtiden.³ En låg alkoholkonsumtion kan ha en viss skyddande effekt på diabetes och hjärt- och kärlsjukdomar för äldre kvinnor.² Den grupp som i minst utsträckning dricker alkohol är de äldsta kvinnorna. Nästan hälften av kvinnor i åldersgruppen 75–84 har inte druckit det senaste året. Både män och kvinnor över 65 år dricker alkohol i lägre grad än yngre. Bland personer 64 år och yngre är det endast 13–14 procent som inte druckit alkohol under det senaste året (figur 11.1).

Figur 11.1. Andel (%) som inte druckit alkohol de senaste 12 månaderna. Fördelat på kön och åldersgrupp, Örebro län.



Källa: Hälsa på lika villkor 2012, Samhällsmedicinska enheten Örebro läns landsting.

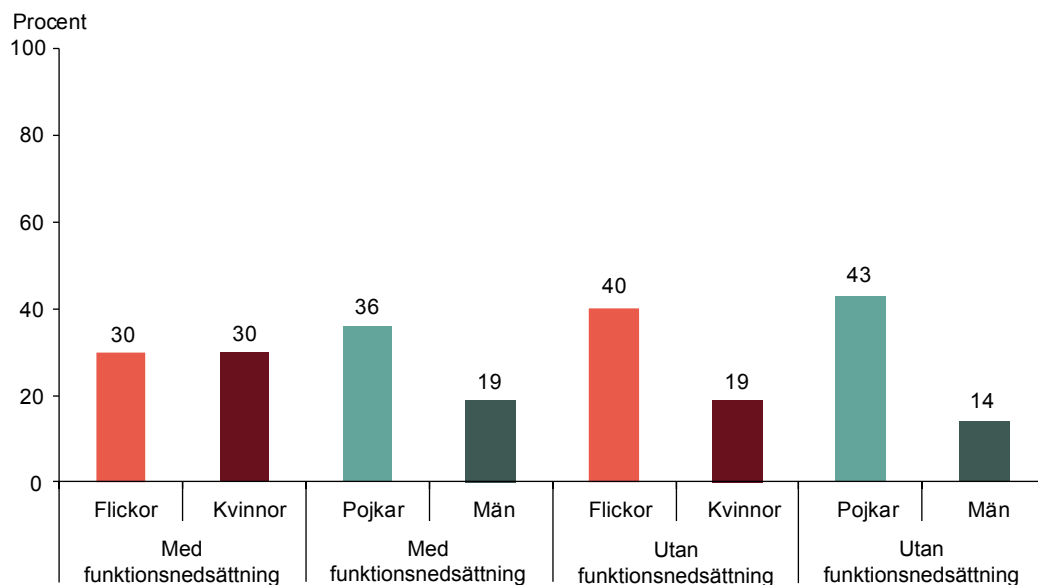


Antalet unga som debuterar tidigt med alkohol och/eller tobak ska minska

Bland elever i årskurs 9 har andelen som dricker alkohol nationellt sett minskat sedan mitten av 2000-talet. Konsumtionen är idag den lägsta på många år och andelen som aldrig har druckit alkohol har stigit. Samma utveckling ses även i år 2 på gymnasiet.⁴ Generellt sett har lite mer än hälften av eleverna i skolår 9 någon gång druckit alkohol. Det är något vanligare att elever med funktionsnedsättning har druckit alkohol jämfört med elever som inte har en funktionsnedsättning.⁵

Detta mönster med en högre andel som druckit alkohol bland ungdomar med funktionsnedsättning återfinns även i enkätundersökningen *Liv & hälsa ung 2011*. Störst är skillnaden bland flickor, där tre av tio av flickorna med funktionsnedsättning inte druckit alkohol det senaste året, jämfört med fyra av tio bland flickor utan funktionsnedsättning.⁶ De som avstår alkohol i högst grad är flickor och pojkar utan funktionsnedsättning där 40 respektive 43 procent avstått att dricka alkohol de senaste 12 månaderna. Bland vuxna är mönstret ett annat; kvinnor och män med funktionsnedsättning avstår alkohol i högre grad än kvinnor och män utan funktionsnedsättning (figur 11.2).

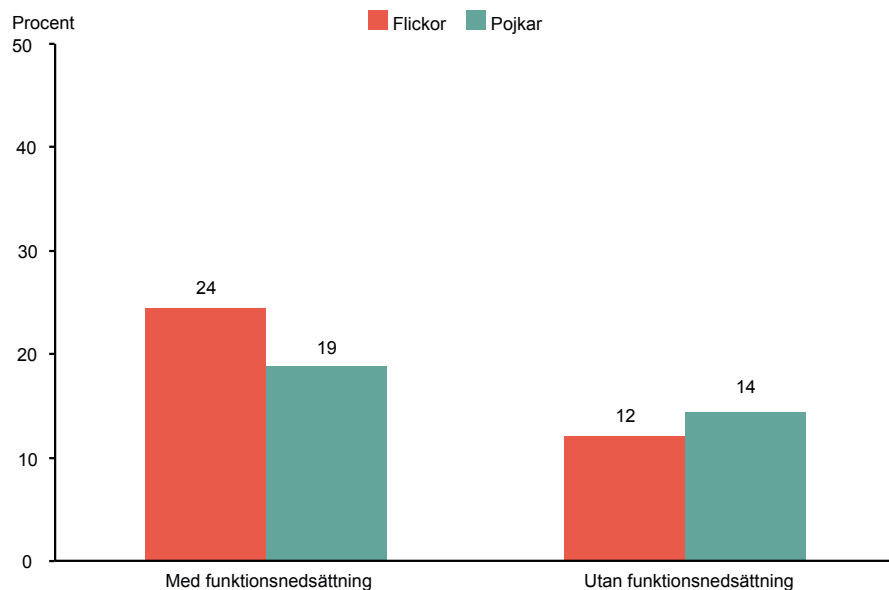
Figur 11.2. Andel (%) i befolkningen som ej druckit alkohol de senaste 12 månaderna, fördelat på funktionsnedsättning, ej funktionsnedsättning samt kön. Data för både skolungdomar och vuxenbefolkning, Örebro län.



Källor: *Liv & hälsa ung 2011* och *Hälsa på lika villkor 2012*, Samhällsmedicinska enheten Örebro läns landsting.

En högre andel elever i skolår 7 med funktionsnedsättning än de utan funktionsnedsättning har druckit sig berusade någon gång. Störst är skillnaden mellan grupperna för flickor (figur 11.3).

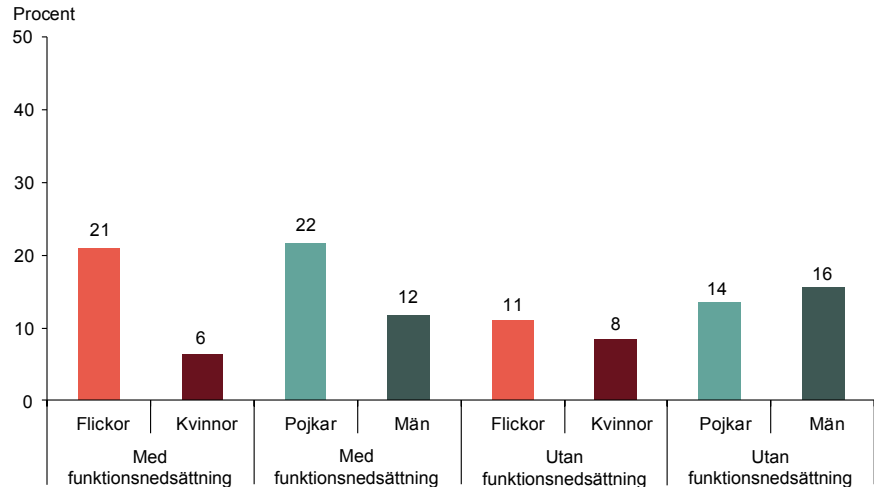
Figur 11.3. Andel (%) ungdomar skolår 7 som druckit sig berusade någon gång, fördelat på funktionsnedsättning, ej funktionsnedsättning samt kön, Örebro län.



Källa: Liv & hälsa ung 2011, Samhällsmedicinska enheten Örebro läns landsting.

Samma mönster kan följas för de äldre ungdomarna (skolår 9 och år 2 på gymnasiet) som tillfrågats om hur ofta de druckit sig berusade. Andelen av både flickor och pojkar med funktionsnedsättning som berusat sig minst 2–3 gånger per månad de senaste 12 månaderna är nästan dubbelt så stor som för flickor och pojkar utan funktionsnedsättning (figur 11.4). För vuxna med funktionsnedsättning skiljer sig mönstret från ungdomar med funktionsnedsättning. Andelen vuxna med funktionsnedsättning som dricker sig berusande är något lägre än för vuxna utan funktionsnedsättning.

Figur 11.4. Andel (%) som minst 2 gånger/månad under det senaste året druckit så mycket alkohol att de varit berusade. Redovisas uppdelat på med funktionsnedsättning och utan funktionsnedsättning samt kön, Örebro län.



Källor: Liv & hälsa ung 2011 och Hälsa på lika villkor 2012, Samhällsmedicinska enheten Örebro läns landsting.

Berusningsdrickandet avtar med ökande ålder. Mönstret att män berusningsdricker i högre utsträckning än kvinnor består fram till den äldsta åldersgruppen 75–84 år, där en procent av både kvinnor och män druckit sig berusade minst två gånger per månad. För män mellan 65–74 år är motsvarande andel 6 procent och 1 procent för kvinnor.



Antalet personer som utvecklar skadligt bruk, missbruk eller beroende av alkohol, narkotika, dopningsmedel, tobak och spel ska minska

Riskbruk av alkohol beskrivs av Statens folkhälsoinstitut som ett alkoholbruk som medför förhöjd risk för skadliga fysiska, psykiska och sociala följder. Att ha en hög alkoholkonsumtion innebär därför en ökad risk för att drabbas av olika sjukdomar och andra hälsoproblem. Risken för att fastna i ett beroende är också mycket stor.⁷ Riskabla alkoholvanor minskar med stigande ålder. Cirka 6–8 procent av åldersgruppen 64 år och yngre har riskabla alkoholva-

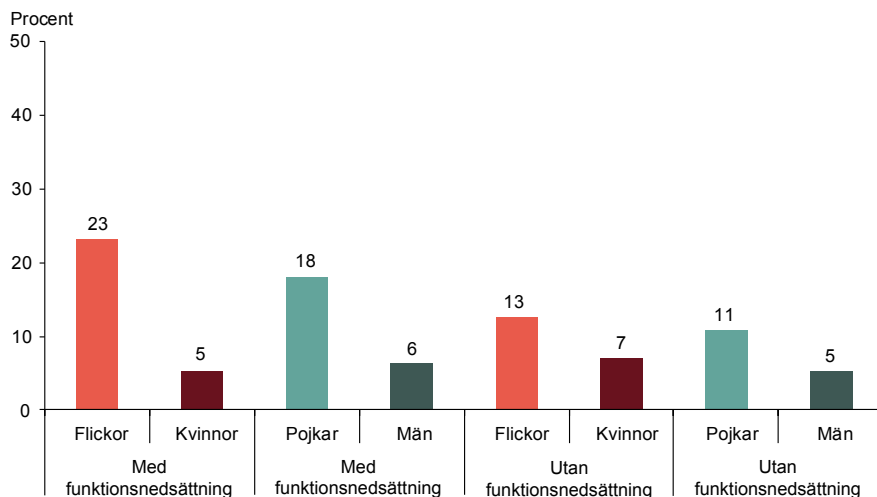
nor. För personer 65 år och äldre är motsvarande andel 0–3 procent. Något högre andel män än kvinnor har riskbruk i de äldre åldersgrupperna, men omvänt gäller för personer 64 år och yngre.

Nationella undersökningar visar att det är vanligare att ungdomar med funktionsnedsättning dricker mycket alkohol vid ett och samma tillfälle; 18 procent jämfört med 12 procent bland övriga ungdomar. Pojkar med funktionsnedsättning har mer riskabla alkoholvanor än flickor med funktionsnedsättning.⁷

Högre andel med riskbruk av alkohol bland unga med funktionsnedsättning

I Örebro län har både flickor och pojkar med funktionsnedsättning ett högre riskbruk av alkohol än de utan funktionsnedsättning. Högst andel med riskabla alkoholvanor finns bland flickor med funktionsnedsättning av vilka en fjärdedel har riskbruk enligt AUDIT index (figur 11.5). Motsvarande mönster med skillnader mellan personer med och utan funktionsnedsättning finns inte när det gäller vuxna personer i länet. Det finns heller ingen uttalad skillnad mellan könen (figur 11.5).

Figur 11.5. Andel (%) unga som enligt AUDIT index har riskabla alkoholvanor, fördelat på funktionsnedsättning eller ej funktionsnedsättning samt kön, Örebro län.



AUDIT (alcohol use disorders identification test) är ett verktyg som används för att upptäcka skadlig och riskfylld alkoholkonsumtion bland vuxna personer genom självskattade uppgifter kring konsumtion, beroende och alkoholrelaterade skador (9). Gränsvärden för riskbruk enligt AUDIT är 8 för män och 6 för kvinnor.

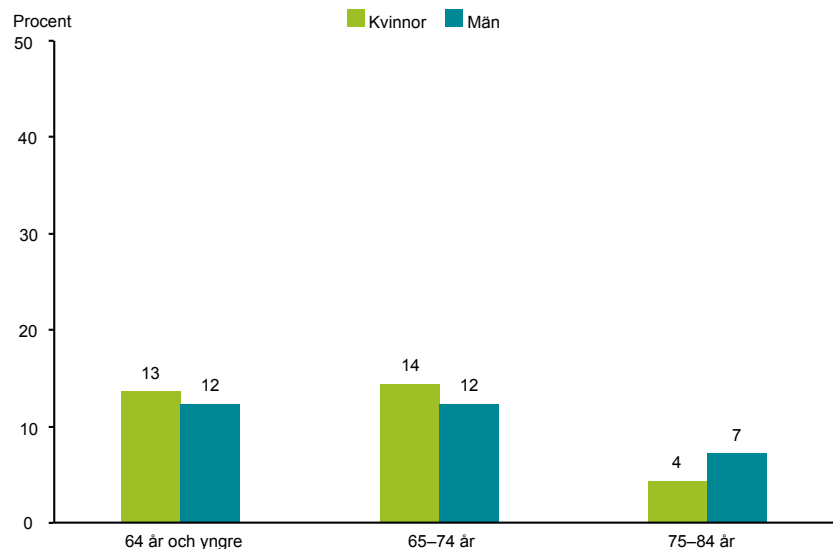
Källa: Liv & hälsa ung 2011 och Hälsa på lika villkor 2012, Samhällsmedicinska enheten Örebro läns landsting.

Rökning är en av de största hälsoriskerna

Rökning är fortfarande en av de största hälsoriskerna i befolkningen även om dagligrökningen minskat sedan 1980-talet i Sverige. Tobak är den näst största riskfaktorn efter högt blodtryck för förtida dödlighet och skador för både män och kvinnor. Hälften av alla som röker beräknas dö av rökningen och i genomsnitt mista tio år av den förväntade livslängden. Andelen dagligrökare är i riket 11 procent bland män och 13 procent bland kvinnor. Örebro läns andel dagligrökare överensstämmer med snittet för riket både vad gäller män och kvinnor. Trenden att kvinnor röker i större utsträckning än män har funnits sedan början av 1990-talet och kan ses även bland ungdomar där fler flickor röker jämfört med pojkar. Män snusar i betydligt högre grad än kvinnor. Bland både rökare och snusare är det många som anger att de vill sluta, 70 procent respektive 43 procent.⁸

Det är en betydligt lägre andel som röker i den äldsta åldersgruppen jämfört med övriga åldrar. Bland de äldsta kvinnorna röker fyra procent av länets befolkning (figur 11.6).

Figur 11.6. Andel (%) dagligrökare fördelat på kön och ålder, Örebro län.

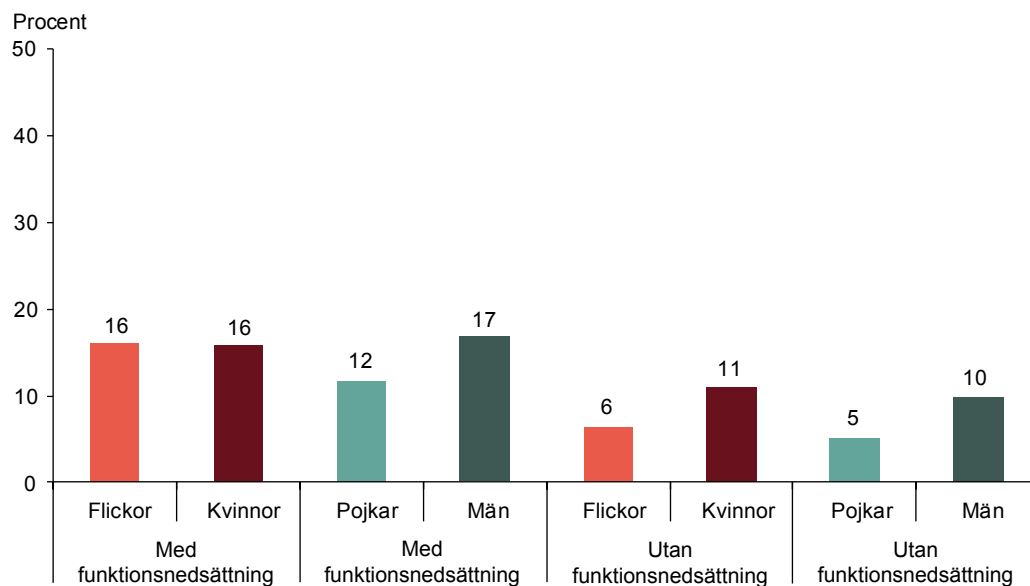


Källa: Hälsa på lika villkor 2012, Samhällsmedicinska enheten Örebro läns landsting.

Högre andel rökare bland personer med funktionsnedsättning

Bland personer med funktionsnedsättning finns en högre andel rökare jämfört med övriga befolkningen, 20 procent jämfört med 13 procent i åldersgruppen 16–84 år.² I Örebro län rapporterar personer med funktionsnedsättning att de röker dagligen i högre utsträckning än personer utan funktionsnedsättning. Av kvinnor och män med funktionsnedsättning är det 16–17 procent som röker dagligen, i gruppen utan funktionsnedsättning är motsvarande siffror 10–11 procent. Även unga med funktionsnedsättning rapporterar att de röker dagligen i högre utsträckning än unga utan funktionsnedsättning, tydligast är detta för flickorna (figur 11.7).

Figur 11.7. Andel dagligrökare fördelat på funktionsnedsättning, ej funktionsnedsättning samt kön. Data för både skolungdomar och vuxenbefolkning, Örebro län.



Källor: Liv & hälsa ung 2011 och Hälsa på lika villkor 2012, Samhällsmedicinska enheten Örebro läns landsting.



Det ofödda barnet, barn och unga ska skyddas från skadliga effekter orsakade av alkohol, narkotika och tobak

Alkoholbruket har totalt sett ökat bland unga kvinnor och kvinnor i barnafödande ålder. Kvinnor föder barn senare i livet och kan då ha redan etablerade alkoholvanor. En hög alkoholkonsumtion under graviditeten kan leda till missfall och till skador på det väntade barnet. Det tydligast definierade tillståndet vad gäller skador på barnet är FAS (fetalt alkoholsyndrom), som innebär tillväxthämning, organskador och skador på centrala nervsystemet.⁹

Mammans rökfrihet under graviditet och föräldrarnas rökfrihet under spädbarnstiden ger barnet bra förutsättningar för en god och hälsosam uppväxt. Rökning under graviditeten ökar risken för dålig fostertillväxt och därigenom också sannolikt risken för ökad sjuklighet i framtiden. Exempel på effekter av rökning under graviditet är ökad risk för plötslig spädbarnsdöd, mindre lungkapacitet, astma samt störningar på kognitiva funktioner och beteendeproblem samt ökad risk för cancer senare i livet.¹⁰ Även den passiva rökningen innebär negativa hälsokonsekvenser där barn är en särskilt utsatt grupp med risk för till exempel astma, öroninflammationer och hämmad lungfunktion.¹¹ Rökningen har minskat hos föräldrar men det finns all anledning att fortsätta med att informera om värdet av en rökfri miljö.

Andelen rökande föräldrar har sjunkit i såväl Örebro län som riket sedan 1996. Andelen rökfria barn, vilket innebär att barnen lever i en hemmiljö där ingen röker är 84 procent i Örebro län. Barnavårdscentralernas rapportering visar att det finns stora geografiska skillnader i rökvanor. I Örebro län har vi en något större andel rökare innan graviditet jämfört med riket. År 2012 rökte 16 procent av kvinnorna 3 månader innan sin graviditet i jämförelse med rikets 14 procent. Av dessa kvinnor var drygt hälften storrökare (>10 cig/dag), vilket är något högre än i riket. Undersökningar visar att 4 procent av mammor och 11 procent av papporna med barn 0–4 veckor födda 2012 röker, vilket är i nivå med andelen i riket.^{12,13} Samtidigt visar resultaten från befolkningsundersökningen *Hälsa på lika villkor 2012* att 14 procent av kvinnor och 8 procent av män med hemmavarande barn röker. Det verkar alltså som om den nedgång i andelen rökande kvinnor som sker i samband med graviditet och spädbarnstid senare går tillbaka och mönstret avseende daglig rökning bland kvinnor med hemmavarande barn mer ser ut som för befolkningen som helhet.

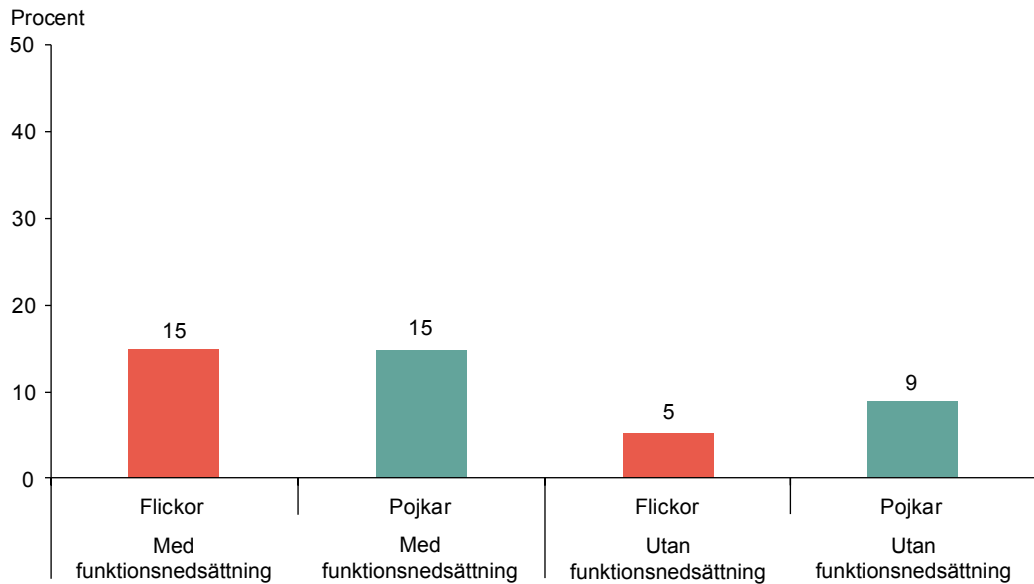
Pojkar och män dominerar bland snusarna

Hälsa på lika villkor 2012 visar att det är pojkar och män som dominerar bland snusare. Andelen dagligsnusare avtar med stigande ålder och är vanligast hos män 64 år och yngre, där cirka var femte man snusar, till att omfatta var tionde man i åldrarna 65–74 och var tjugonde man i åldrarna 75–84 år. Pojkar med funktionsnedsättning snusar i högre grad än pojkar utan funktionsnedsättning, 14 jämfört med 7 procent. För flickor rör det sig endast om en till 2 procent. Bland vuxna snusar män med funktionsnedsättning i samma utsträckning som män utan funktionsnedsättning, 20 procent av män mellan 16–84 år snusar. 3 procent av kvinnorna, oavsett funktionsnedsättning eller inte, snusar i vuxen ålder.

Majoriteten av befolkningen har inte använt narkotika

Den vanligaste typen av narkotika är cannabis vilket är ett samlingsnamn där både hasch och marijuana inräknas. I riket har 10 procent av kvinnorna och 15 procent av männen använt cannabis. Bruket är dock tydligt kopplat till ålder med upp till en fjärdedel av män och en femtedel av kvinnor 16–35 år. Bland personer över 65 år har 1–2 procent svarat att de använt cannabis det senaste året. I Örebro län har ingen i åldersgruppen över 65 år svarat att de använt cannabis. Flickor och pojkar med funktionsnedsättning anger i högre grad än unga utan funktionsnedsättning att de provat narkotika. I gruppen med funktionsnedsättning gäller detta ungefär en av sju personer för både flickor och pojkar. För flickor utan funktionsnedsättning gäller det en av tjugo, för pojkar en av tio (figur 11.8).

Figur 11.8. Andel (%) ungdomar skolor 9 och år 2 på gymnasiet som någon gång använt narkotika, fördelat på funktionsnedsättning, ej funktionsnedsättning samt kön, Örebro län.



Källa: Liv & hälsa ung 2011, Samhällsmedicinska enheten Örebro läns landsting.

I Örebro län är det ovanligt att ungdomar har använt dopningsmedel

Med dopning menas användning av otillåtna medel eller metoder för att förbättra den fysiska prestationsförmågan.¹⁴ Att använda dopningsmedel är vanligare i storstäder än på landsbygden och förekommer i störst utsträckning bland unga män mellan 18–34 år som tränar på gym.¹⁴ I Örebro län är det ovanligt att ungdomar har använt dopningsmedel. Bland pojkar med funktionsnedsättning har 4 procent använt dopningsmedel jämfört med 2 procent bland pojkar utan funktionsnedsättning för flickor är motsvarande andel 2 procent jämfört med 0 procent.

Spel

Spelproblem finns i alla befolkningsgrupper men är vanligast bland unga män mellan 18–24 år. De senaste åren har andelen som spelat om pengar minskat, dock har varken intäkterna från spelandet eller spelproblemen avstannat vilket innebär att de som spelar idag lägger ner mer pengar än tidigare och har mer riskabla spelvanor. Även om det finns en åldersgräns på 18 år för spel om pengar är det nära dubbelt så många 16–17-åringar som har spelproblem jämfört med den övriga befolkningen.¹⁴

Kvinnor verkar i mindre utsträckning ha riskabelt spelbeteende än män. Det förefaller inte finnas några tydliga skillnader med avseende på ålder eller mellan kvinnor med funktionsnedsättning och kvinnor utan funktionsnedsättning. Av kvinnorna har cirka två procent riskabla spelvanor. Bland män med funktionsnedsättning tenderar förekomst av riskabla spelvanor vara högre än för män utan funktionsnedsättning, men skillnaderna handlar om två procentenheter, 6 jämfört med 4 procent.

Data från *Liv och hälsa ung 2011* antyder att pojkar med funktionsnedsättning i högre grad än pojkar utan funktionsnedsättning spelar om pengar minst flera gånger i månaden på fyra eller fler speltyper. För pojkar med funktionsnedsättning var andelen 6 procent och för pojkar utan funktionsnedsättning 3 procent. Flickor spelar i mindre utsträckning och någon skillnad mellan flickor med och utan funktionsnedsättning kan inte uppfattas.

För att förhindra att barn och ungdomar börjar bruka tobak och alkohol är det viktigt att det finns väl utarbetade rutiner på lokal nivå mellan dem som arbetar inom det förebyggande och hälsofrämjande området och de myndigheter och idéburna organisationer som arbetar med personer i riskmiljöer. Tillgänglighetsbegränsande åtgärder som exempelvis ålderskontroller, polis- och föräldranärvaro, en effektiv tillsyn, effektiv langningsbekämpning har stor betydelse för att skjuta upp debutåldern för alkohol och tobak samt nyrekrytering till narkotika- och dopningsmissbruk. Därtill har tydliga gränser, normer och värderingar bland föräldrar och andra vuxna förebilder stor betydelse för barnens inställning och framtida vanor.²

PRODIS (Prevention av Dopning i Sverige) är ett samverkansarbete mellan polisen, länsstyrelsen, Beroendecentrum, länets kommuner och Örebro läns idrottsförbund för dopningsfria gym.

Resultat

Sammanfattande resultat

Välfärdsbokslut 2012–2013 redovisar, med i huvudsak underlag från två av Örebro läns landstings befolkningsenkäter; *Liv & hälsa ung 2011 och Hälsa på lika villkor 2012*, förutsättningar till hälsa och välbefinnande för äldre personer och personer med funktionsnedsättning. Redovisningen utgår från länets folkhälsoplan med elva målområden som styr folkhälsoarbetet mot en bättre hälsa bland länets befolkning som helhet. Som ett sammanfattande resultat för välfärdsbokslut 2012–2013 i Örebro län kan vi konstatera att:

Äldre personer 65 år och äldre (i jämförelse med personer som är 64 år och yngre):

- upplever sämre hälsa. Upplevelse av god hälsa avtar markant med stigande ålder, sämst mår åldersgruppen 80–84 år.
- män upplever sig må bra i större utsträckning än kvinnor
- psykiskt välbefinnande är bäst i åldersgruppen 65–79 år
- har lägre valdeltagande än för åldersgruppen 50–64 år
- män röstar i större omfattning än kvinnor
- män tycks ha en större representation i de folkvalda församlingarna jämfört med kvinnor
- är kulturaktiva i lägre grad
- fler kvinnor än män är kulturaktiva
- har bättre förutsättningar att klara löpande utgifter
- kvinnor avstår i markant högre grad att gå ensamma av rädsla att bli utsatta för våld än män
- har tre gånger större risk att råka ut för fallolyckor
- får i markant lägre grad frågor om sina levnadsvanor när de besöker vården. Tydligast är det för åldersgruppen 75–84 år.
- är i åldersgruppen 65–74 år fysiskt aktiva i ungefär samma grad. Den fysiska aktiviteten avtar först efter 75 års ålder.
- uppger i högre grad än befolkningen som helhet att de har regelbundna matvanor
- äter frukt och grönsaker i lägre grad än befolkningen som helhet
- får frågor om sina matvanor i lägre grad när de besöker vården
- är markant lägre alkoholkonsumenter. Läst alkoholkonsumtion har kvinnor i åldersgruppen 75–84 år.
- röker i åldersgruppen 75–84 år i lägre omfattning än åldersgruppen 65–74 år.

Personer 16–84 år med funktionsnedsättning (i jämförelse med personer utan funktionsnedsättning):

- skattar sitt allmänna hälsotillstånd som markant sämre
- upplever sig bli bemötta så att de känt sig kränkta i något högre grad. Störst är skillnaden mellan könen där kvinnorna med funktionsnedsättning är den grupp med störst andel som upplevt sig kränkta.
- deltar i lägre grad i kulturevenemang
- förvärvsarbetar i markant lägre grad. Kvinnor har lägst andel förvärvsarbetande.
- kvinnor har dubbelt så hög andel arbetslösa
- för kvinnor tycks låg utbildningsnivå påverka förutsättningarna till förvärvsarbete negativt
- har större svårigheter att klara löpande utgifter. Störst andel återfinns bland kvinnor 64 år och yngre.
- har något lägre andel med eftergymnasial utbildning
- avstår oftare att gå ensamma av rädsla att bli utsatta för våld
- trivs något sämre med sina arbetsuppgifter
- har full arbetsförmåga i lika hög grad som befolkningen i övrigt
- är sjukskrivna i större omfattning på grund av fysiska besvär
- män som har högre utbildningsnivå är sjukskrivna på grund av fysiska besvär i mindre utsträckning än män med kortare utbildning
- kvinnor med högre utbildning är sjukskrivna för såväl fysiska som psykiska besvär i markant högre grad än kvinnor med samma utbildningsnivå
- rapporterar i samma (låga) utsträckning att de blivit utsatta för fysiskt våld
- får frågor om sina levnadsvanor i något högre grad när de besöker vården, män i högre grad än kvinnor
- är fysiskt aktiva i något lägre grad
- har en stillasittande fritid i dubbelt så hög grad
- har större andel med fetma
- avstår alkohol i högre grad
- dricker sig berusade i lägre omfattning
- röker i större omfattning.

Ungdomar, skolor 7, 9 och år 2 på gymnasiet, med funktionsnedsättning (i jämförelse med ungdomar utan funktionsnedsättning):

- upplever sämre hälsa
- anger i lägre omfattning att deras föräldrar frågar vad de tycker innan beslut tas om saker som påverkar dem
- använder dator varje dag i lika hög grad för att kommunicera
- upplever i högre grad att de varit utsatta för trakasserier/kränkning via mobil eller internet
- upplever sig generellt vara mer otrygga
- upplever i högre grad att det blivit fysiskt eller psykiskt illabehandlade av någon vuxen
- upplever i lika hög grad att de har möjlighet att påverka hur man ska arbeta i skolan
- rapporterar att de blir uppmärksammade när det gör något bra i något större utsträckning
- trivs sämre i skolan och upplever i otrygghet på rasterna i större utsträckning
- upplever i högre grad sig ofta/alltid vara nedstämda
- råkar ut för olyckor som kräver vård i större grad
- utsätts för fysiskt våld i markant större utsträckning
- upplever i högre grad att de blir tafsade på eller tvingats att ta på någon på ett sexuellt sätt. Flickor är tre gånger mer utsatta än pojkar.
- använder preventivmedel i något lägre utsträckning
- är fysiskt aktiva i något lägre utsträckning. Barn, 8–12 år, är lika aktiva som alla barn.
- är inte lika aktiva i någon idrottsförening
- sitter i större omfattning vid datorn
- uppger i något lägre grad att de äter frukt och grönsaker
- har övervikt och fetma i högre grad
- dricker alkohol i större utsträckning
- dricker sig berusade i större utsträckning
- har en högre andel med riskabla alkoholvanor röker i större omfattning
- anger i högre grad att de provat narkotika.

Analys och kommentarer

Av det som framkommer i välfärdsbokslut 2012–2013 kan konstateras att livsvillkor, hälsa och levnadsvanor för de två målgrupperna äldre och personer med funktionsnedsättning skiljer sig åt inom målgrupperna och i jämförelse med befolkningen i övrigt. Inom målgruppen äldre är de fyra hörnpelarna: social gemenskap och stöd, meningsfullhet och delaktighet, fysisk aktivitet och goda matvanor särskilt viktiga för ett åldrande med god hälsa. För personer med funktionsnedsättning krävs främst insatser inom utbildning, arbetsmarknad och tillgänglighet för att främja en god hälsa.

Att främja hälsa för en åldrande befolkning

Cirka en fjärdedel av Örebro läns befolkning är 65 år och äldre och denna andel kommer att öka. Detta innebär att Örebro län står inför utmaningen att främja hälsan i en befolkning som blir allt äldre. Generellt har vi efter 65 års ålder fått ytterligare 3–4 friska år. Det är friska år då vi klarar oss själva och inte är beroende av hjälp. Däremot verkar inte åren med funktionsnedsättningar minska, men de friska åren dessförinnan är fler. Ålderdomen är en spegling av det tidigare livet. Många har flyttat eller flytt till Sverige, några har dålig ekonomi och andra är sjuka. Allt detta är av stor betydelse när samhället är med och planerar för det goda åldrandet.

Social gemenskap, delaktighet, daglig motion och goda matvanor har betydelse

Vi kan på många olika sätt främja ett gott åldrande i Örebro län. Planeringen av bostadsområden, tillgång till service, kollektivtrafik, samlingslokaler, stöd till sociala aktiviteter och mötesplatser är några sätt, liksom uppsökande verksamhet och förebyggande hembesök. På individnivå är de fyra hörnpelarna: social gemenskap och stöd, meningsfullhet och delaktighet, fysisk aktivitet och goda matvanor särskilt viktiga för ett åldrande med god hälsa. Det innebär att många satsningar som görs redan nu i länet bör fortsätta och utvecklas. Inte minst bör satsningen på de mest sjuka äldre, personer med hemtjänstinsatser och i särskilda boenden fortsätta och bland annat utgå från de fyra hörnpelarna. Mycket sker idag i samverkan mellan olika aktörer. Detta kan ytterligare stärkas i gemensamma analyser, överenskommelser och planer. Den målgrupp bland äldre vi idag når är i huvudsak relativt frisk och rörlig. Det vi saknar är metoder för att till exempel nå äldre med utländsk bakgrund, äldre med olika funktionshinder, socioekonomiskt svaga och äldre med psykisk ohälsa.

Att främja hälsa för personer med funktionsnedsättning

Välfärdsbokslut 2012–2013 konstaterar liksom olika nationella uppföljningar att personer med funktionsnedsättning har sämre förutsättningar till hälsa och lägre grad av delaktighet i samhället jämfört med övrig befolkning. Personer med funktionsnedsättning skattar sin hälsa som bra i mindre utsträckning än övrig befolkning. Kvinnor skattar sin hälsa överlag som sämre än männen. Det är också betydligt vanligare med nedsatt psykiskt välbefinnande bland personer med funktionsnedsättning jämfört med övrig befolkning. Ohälsosamma levnadsvanor är i stor utsträckning vanligare bland personer med funktionsnedsättning. Fler ungdomar utan funktionsnedsättning har avstått från att dricka alkohol, röka dagligen och bruka narkotika jämfört med ungdomar med funktionsnedsättning. Trots likartad upplevelse av möjligheter att vara med och påverka hur man

ska arbeta på skolan trivs ungdomar med funktionsnedsättningar sämre. Ungdomar med funktionsnedsättning anger att de har behov av hjälpmedel, men att de inte har tillgång till dem i skolan.

Utbildning, arbetsmarknad och tillgänglighet är centrala områden

Vi konstaterar att för personer med funktionsnedsättning är utbildning, arbetsmarknad och tillgänglighet centrala områden att satsa på. Minskad diskriminering, att ha kontantmarginal, förändrade alkohol och tobaksvanor samt möjlighet till fysisk aktivitet är andra viktiga områden. En utmaning för Örebro län är att verka för en skola för alla. Detta innebär för ungdomar med funktionsnedsättning ökad tillgång till de hjälpmedel de har behov av både i skolan och på fritiden. IT-satsningar är betydelsefulla då personer med funktionsnedsättning angett att IT-underlättat vardagen och är nödvändigt för ökad delaktighet i samhällsdialogen. Ungdomar med olika typer av fysiska eller neuropsykiatriska funktionsnedsättningar bör speciellt uppmärksammas då de är överrepresenterade bland de som inte tar sig vidare till gymnasieskolan eller inte avslutar en gymnasieutbildning. Liksom övriga Sverige har Örebro län en stor utmaning i att skapa en mer inkluderande arbetsmarknad. De aktiviteter med inriktning rehabilitering mot arbete som bedrivs i länet är betydelsefulla. Speciellt bör de ungdomar som varken arbetar eller studerar uppmärksammas då de är en särskild riskgrupp. Fortsatt satsning på att öka tillgängligheten i samhället är ett måste. Vallokaler och offentliga lokaler i övrigt behöver i större utsträckning göras tillgängliga för personer med funktionsnedsättning. Föreningslivet måste bli mer tillgängligt.

Rekommendationer till åtgärder

Här följer en sammanställning av rekommendationer till åtgärder för att ge förutsättningar till en god hälsoutveckling för äldre personer och personer med funktionsnedsättning. Åtgärderna utgår från de fyra hörnarna viktiga för äldres hälsa; social gemenskap och stöd, meningsfullhet och delaktighet, fysisk aktivitet och goda matvanor samt de tre centrala områden; utbildning, arbetsmarknad och tillgänglighet för en god hälsoutveckling bland personer med funktionsnedsättning. Efter varje åtgärd anges berört/berörda målområden (1–11).

Äldre personer		Personer med funktionsnedsättning
Social gemenskap och stöd	Utveckla och ta tillvara olika mötesplatser i samverkan. Ta tillvara civilsamhällets potential (1,9) Dela erfarenhet i länet och sök samverkan och evidens i utvecklandet av hälsofrämjande hembesök (6)	Ge förutsättningar för fler personer med funktionsnedsättning att delta i kulturevenemang (1) Arbeta för att motverka trakasserier och kränkningar på nätet (1) Utveckla olika digitala plattformar för dialog (1)
Meningsfullhet och Delaktighet	Förbättra tillgänglighet till offentliga lokaler (1) Verka för pensionärsråd och brukarinflytande i alla kommuner (1) Verka för att göra nätet tillgängligt för alla (1) Kartlägg och dra erfarenheter av det frivillig arbete som pågår i länet i form av väntjänst och annat volontärskap (1) Dra erfarenhet av projekt där ungdomar och äldre möts i IT-projekt (1) Satsa på äldre som volontärer och studiecirkeldare (läxhjälp, samhällskunskap) (1)	Förbättra tillgänglighet till offentliga lokaler (1) Gör hjälpmedel i skolan tillgängliga för alla och utifrån behov (1) Verka för råd i funktionshinderfrågor i samtliga kommuner (1) Gör idrotten mer tillgänglig för ungdomar med neuropsykiatrisk funktionsnedsättning (1) Verka för att göra nätet tillgängligt för alla (1) Dra erfarenhet av projekt där ungdomar och äldre möts i IT-projekt (1)
Mat	Arbeta för att öka att äldre i större äter frukt och grönt (10) Förbättra rådgivningen kring matvanor inom hälso- och sjukvården (6, 10) Arbeta för att motverka undervikt, undernäring och fetma (6, 9, 10)	Förbättra rådgivningen kring matvanor inom hälso- och sjukvården (6, 10) Arbeta för hälsofrämjande matvanor för att minska övervikt och fetma (6, 9, 10)
Fysisk aktivitet	Ta tillvara idrottsrörelsens och övrigt föreningslivs potential (1, 9) Medverka till fler närmiljöer som främjar fysisk aktivitet (9)	Ta tillvara idrottsrörelsens och övrigt föreningslivs potential (1, 9) Medverka till fler närmiljöer som främjar fysisk aktivitet. (9)

Äldre personer		Personer med funktionsnedsättning
Utbildning	Utbilda fler äldre i IT-kunskap (1) Öka möjligheterna för äldre att studera på universitet och folkhögskolor (1)	En skola för alla där hjälpmedel för skoltid och fritid finns tillgängliga och anpassade utifrån var och ens behov (1, 3) Lyft ANDTS-frågor (alkohol, narkotika, dopning, tobak, spel) som en del i hälsofrämjande skolutveckling (11)
Arbetsmarknad	Öka förutsättningarna för äldre att vara kvar på arbetsmarknaden genom anpassning av arbetsplatser och arbetstider (1, 2, 4) Arbetsplatser som tillvaratar äldres erfarenhet och kompetens (1, 2, 4)	Verka för en mer inkluderande arbetsmarknad (1, 2, 4) Stöd samhällsentreprenörskap och sociala innovationer (1, 2, 4) Medverka till praktikplatser och feriejobb för alla (2, 4) Öka tillgängligheten på alla arbetsplatser (4)
Tillgänglighet och trygghet	Ta tillvara it-teknikens möjligheter (1) Gör kollektivtrafiken mer tillgänglig (1) Gör kulturlivet mer tillgängligt (1) Formulera strategier för att motverka våld mot äldre (2, 5, 6)	Ta tillvara it-teknikens möjligheter (1) Gör kollektivtrafiken mer tillgänglig (1) Gör kulturlivet mer tillgängligt (1) En mer tillgänglig idrott (1) Gör lekplatser tillgängliga för barn med funktionshinder (1) Arbeta för riktat föräldrastöd (3) Uppmärksamma och implementera Socialstyrelsens informationsmaterial "Att stärka och förbättra arbetet för barn som far illa och vuxna som utsätts för våld av närstående" (2, 3, 5, 8)
Ekonomi	Arbeta för att motverka fattigdom bland äldre med särskild inriktning på äldre kvinnor (2)	Utarbeta handlingsstrategier för att stärka barn, ungas och familjers ekonomi. Beakta speciellt ensamstående föräldrar/kvinnor (2)
Bostad	Planera boenden och bostadsområden för ökad trygghet och tillgänglighet till samhällsservice och grönområden (2, 9)	Öka ungas möjligheter att flytta till eget boende (2, 3) Planera boenden och bostadsområden för ökad trygghet och tillgänglighet till samhällsservice och grönområden (2, 9)



Det här vill vi utveckla

Örebro län med kommuner, regionala organ och det civila samhället tog i början av 2000-talet krafttag för att främja länsinvånarnas hälsa. Målet var en mer jämlik hälsa. Strategin var folkhälsoavtal för samverkan, långsiktighet och kontinuitet. En första folkhälsoplan med ett antal utmaningar togs fram för länet och följdes av två uppdateringar 2007 och 2012. De senare folkhälsoplanerna har utgått från det nationella folkhälsomålet med målområden. Ett antal visioner och läns mål har kompletterat respektive målområde. Varje målområde och läns mål har följts upp genom ett antal indikatorer kopplade till bestämningsfaktorer. Dessa uppföljningar har gjorts i form av välfärdsbokslut för länet. Det här vill vi utveckla;

- **Färre indikatorer – tydligare koppling till samhällseliga förutsättningar**

Av uppföljningarna framgår att hälsan är fortsatt ojämnt fördelad, men också att det är svårt att följa hälsoutvecklingen utifrån breda tvärspektoriella folkhälsomål och ett stort antal indikatorer. Statskontoret har på regeringens uppdrag utvärderat folkhälsopolitikens uppföljningssystem. En slutsats är att regeringen bör komplettera det övergripande målet med nya avgränsade och uppföljningsbara mål som i möjligaste mån är specifika, mätbara, accepterade, realistiska och tidsatta. En annan slutsats är att antalet indikatorer bör bli färre. En del indikatorer bör sällas bort, indikatorer med hög koppling till samhällseliga förutsättningar bör prioriteras och huvudindikatorer bör identifieras. Viktigt är att data kan brytas ned till lokal nivå. Bestämningsfaktorer och indikatorer för målområde sex, hälsofrämjande hälso- och sjukvård behöver identifieras.¹

Slutsatsen av vårt arbete i länet med välfärdsbokslut är i linje med Statskontorets rekommendationer. *I kommande arbete med folkhälsoplan för Örebro län bör arbetet ske i linje med Statskontorets slutsatser, att mätbara mål behöver identifieras, att antalet indikatorer bör bli färre, att bestämningsfaktorer och indikatorer för målområde sex identifieras.*

- **Samverkan via avtal och överenskommelser går att utveckla**

Många politikområden och aktörer berörs direkt och indirekt av det övergripande målet för folkhälsopolitiken. *Att skapa samhällseliga förutsättningar för en god hälsa på lika villkor för hela befolkningen.* Örebro län har lång erfarenhet av ett fruktbart långsiktigt folkhälsoarbete i samverkan mellan landsting, kommuner, den civila sektorn, regionförbund, länsstyrelse, universitet, arbetsförmedling och försäkringskassa med utgångspunkt i folkhälsoavtal och överenskommelser. Unika är de folkhälsoavtal som funnits mellan Örebro läns landsting, länets kommuner, Örebro läns idrottsförbund med SISU Idrottsutbildarna och Örebro läns bildningsförbund sedan år 2003. De har medverkat till kontinuitet och långsiktighet i folkhälsoarbetet, främjat kunskapsutveckling och erfarenhetsutbyte, möjliggjort gemensamma prioriteringar och satsningar. Speciellt är att folkbildningen och idrotten funnits på samma arena som övriga parter.

Slutsatsen av arbetet hittills är att: *Samverkan via avtal och överenskommelser inom folkhälsoområdet är värdefullt och går att utveckla vidare.*

- **Nästa folkhälsoplan – en plan för social hållbarhet och jämlik hälsa**

Våren 2013 bjöd landstinget, länets kommuner, länsstyrelsen, regionförbundet, universitetet och det civila samhället in till den gemensamma konferensen *Tala om social hållbarhet och jämlik hälsa*. Syftet med konferensen var att lyfta och diskutera olika aktörers arbete för ett hållbart och jämlikt län och framtida gemensamma utmaningar. Inspiration i dialogen hämtades bland annat från det arbete som gjorts inom WHO och dess Commission on Social Determinants of Health, den så kallade Marmotkommission, som på uppdrag av WHO, 2008 presenterade rapporten *Closing the gap in a generation* (CSDH, 2008). Kommissionen uppmanade WHO och andra globala organisationer, regeringar, och det civila samhället att gå samman för att vidta åtgärder för att förbättra livsvillkoren för världens medborgare. Inspiration hämtades också från Västra Götalandsregionen och Malmö kommun som arbetat i Marmotkommissionens anda med egna kommissioner.

Konsensus av dagen blev låt oss fortsätta vårt gemensamma arbete i länet och dra lärdom av de som kommit längre. *Låt nästa folkhälsoplan vara en folkhälsoplan för social hållbarhet och jämlik hälsa.*

”Om vi är intresserade av att bryta trender mot ökade hälsoskillnader är det rimligen så att svaret inte står att finna i någon ännu inte upptäckt faktor som lätt kan åtgärdas utan att det är många små förändringar och förbättringar inom en rad olika program och policyområden som krävs. Då krävs modet att fråga inte bara vad vi gör bra, utan också vad vi gör som har liten eller motsatt effekt, vad vi gör för lite av och vad vi kan lära av andra” Citat Olle Lundberg, Källa: SKL.

- **Samlings rekommendationer tillämpas för att minska skillnader i hälsa**

Åren 2012–2013 samlade Sveriges Kommuner och Landsting (SKL) på initiativ av medlemmarna till ett gemensamt arbete för social hållbarhet *”Gör jämlikt – gör skillnad! Samling för social hållbarhet minskar skillnader i hälsa*. Tillsammans med ett 20 tal kommuner, regioner och landsting var Örebro läns landsting och Örebro kommun delaktiga i arbetet. Fem rekommendationer och 23 åtgärder för att minska skillnader i hälsa blev slutprodukten av arbetet. Åtgärderna som föreslås är universella men i omfattning och utformning anpassade efter de grupper som har störst behov.

I det fortsatta folkhälsoarbetet föreslår vi att *Samlings* rekommendationer tillämpas.

Här görs en ansats att omsätta *Samlings* rekommendationer för målgrupperna äldre och personer med funktionsnedsättning.

Rekommendation	Äldre	Personer med funktionsnedsättning
Integrera jämlikhet i hälsa i all politik och i ordinarie styrning och ledning		
Formulera kortsiktiga och långsiktiga mål i organisationens styrdokument	Identifiera behov	Identifiera behov
Skapa en god organisation som i sin tur ger förutsättningar för långsiktiga åtaganden, tvärsektoriell samverkan och involvering av aktörer i lokalsamhället såsom idéburen sektor, näringsliv och statliga myndigheter	Avtal, överenskommelser	Avtal, överenskommelser
Budgetfördelning bör ske utifrån de grupper som har de största behoven	Identifiera behov	Identifiera behov
Satsa på sociala investeringar i samverkan med andra aktörer	Identifiera aktörer och behov	Identifiera aktörer och behov
Skapa förutsättningar för att ställa sociala krav i upphandlingar		
Konsekvensbeskrivningar av beslut som innefattar aspekter av hur skillnader i hälsa påverkas		
Genomför insatser som bidrar till ökad delaktighet hos alla invånare	Dialog	Samverka med intresseorganisationer
Mät och analysera problemet och bedöm effekterna av olika åtgärder		
Säkra tillgängligheten till befolkningsdata i allmänhet och barnhälsodata i synnerhet		Ta fram fördjupad data om villkoren för barn med funktionsnedsättning
Formulera indikatorer för social hållbarhet Integrera skillnader i hälsa i organisationens ordinarie system för uppföljning och analys		
Säkra kunskapsnivån i organisationen om normkritik, interkulturalitet och folkhälsa	Bygg kompetens	Bygg kompetens
Använd vetenskapligt stöd för åtgärder på lokal och regional nivå	Samverka regionförbund, landsting, länsstyrelse, universitet, civilsamhälle	Samverka regionförbund, landsting, länsstyrelse, universitet, civilsamhälle

Rekommendation	Äldre	Personer med funktionsnedsättning
Ge alla barn och unga en bra start i livet		
Skapa goda förutsättningar för samverkan		Delaktighet av föräldrar barn
Säkra kunskapsnivån och kompetensen bland personal och förtroendevalda om barns och ungas ojämlika villkor		Implementera ny kunskap och evidens
Ta fram lokala och regionala handlingsstrategier för att minska antalet barn som lever i ekonomiskt utsatta hushåll		Handlingsstrategier för att stärka barns, ungas och familjers ekonomi speciellt ensamstående med barn
Ge alla förutsättningar för egen försörjning		
Vidta åtgärder för att barn och unga ska fullgöra grundskola och gymnasieskola med godkända betyg		Tillhandahåll hjälpmedel skola och fritid
Utveckla en gemensam syn på den kunskap och kompetens som krävs i morgondagens arbets- och samhällsliv	Jämställd lönesättning för att motverka äldre kvinnors ekonomiska utsatthet	
Skapa hälsofrämjande och hållbara miljöer och samhällen		
Planera utifrån alla områdets och orters förutsättningar och behov i relation till ett större geografiskt sammanhang	Beakta tillgänglighet	Beakta tillgänglighet
Planera för ett hälsofrämjande boende med varierat bostadsutbud och blandade funktioner		Planera för eget boende speciellt med hänsyn till unga
Planera en hälsofrämjande närmiljö	Skapa förutsättningar för trygga och säkra miljöer, mötesplatser, tillgång till natur och möjligheter till fysisk aktivitet	Skapa förutsättningar för trygga och säkra miljöer, mötesplatser, tillgång till natur och möjligheter till fysisk aktivitet
Gör samhällsservicen tillgänglig för alla invånare	Jämställd och jämlik hälso- och sjukvård	Jämställd och jämlik hälso- och sjukvård

Målnråden och indikatorer

Målnråde 1: Delaktighet och inflytande i samhället

Länsml	Bestämningsfaktor	Indikator i folkhälsoplanen	I bokslutet visar indikatorn resultat för	Kommentar
Valdeltagandet ska öka i allmänna val men särskilt i landstings- och kommunalval och i de valkretsar och åldersgrupper där valdeltagandet är lågt	Demokratisk delaktighet	Andelen röstande av röstberättigade i val till kommunfullmäktige, landsting, riksdag och EU-val	• Kvinnor och män 65 år och äldre • Länet som helhet	
		Andel röstande första-gångsväljare i val till kommun, landsting, riksdag och EU-val		Används inte
		Andel röstande utländska medborgare i val till kommun och landsting		Används inte
Barns och ungdomars delaktighet och inflytande i sin närmiljö ska öka	Förutsättningar för barn- och ungdomsdemokrati och samhällsengagemang	Andel ungdomar som anger att deras föräldrar frågar dem vad de tycker innan föräldrarna tar beslut som påverkar dem	• Flickor och pojkar, skolår 7, 9 och år 2 på gymnasiet, med och utan funktionsnedsättning • Länet som helhet	
Jämställdheten mellan kvinnor och män inom alla samhällsområden och på alla beslutsnivåer ska öka	Förutsättningar för jämställdhet	Andel kvinnor respektive män som ordinarie ledamöter i kommunstyrelse och fullmäktige samt landstingsstyrelse och fullmäktige, regionstyrelse och länsstyrelse	• Kvinnor och män 65 år och äldre • Länet som helhet	
		Andel kvinnor och män i chefspositioner per kommun och sektor		Används inte
		Pappaindex		Används inte
		Andel som upplever hemarbete som betungande	• Kvinnor och män 65–84 år • Länet som helhet	

2012–2013 års välfärdsbokslut

Målområde 1: Delaktighet och inflytande i samhället

Läns mål	Bestämningsfaktor	Indikator i folkhälsoplanen	I bokslutet visar indikatorn resultat för	Kommentar
		Andel personer som uppger att de lägger minst 21 timmar i veckan på arbete i hemmet	- Kvinnor och män 65–84 år - Länets kommuner och länet som helhet	
Alla ska bli respektfullt bemötta	Risk för diskriminering	Andelen personer som uppger att de under de tre senaste månaderna blivit behandlade/bemötta så att de känt sig kränkta Andel registrerade ärenden vid diskriminering Andel som upplever att de blivit bemötta med respekt och på ett hänsynsfullt sätt vid besök i öppen och slutenvård	- Kvinnor och män 16–84 år med och utan funktionsnedsättning - Länet som helhet - Ärenden registrerade efter diskrimineringsgrund	Används inte Används för målområde 3
Förutsättningarna för människor med funktionsnedsättning att leva ett självständigt liv ska förbättras	Tillgänglighet	Andel funktionsnedsatta elever med behov av hjälpmedel som anger att de har tillgång till dessa i skolan	- Flickor och pojkar med och utan funktionsnedsättning - Länet som helhet	Beskrivs i text

Målnråde 1: Delaktighet och inflytande i samhället

Länsnål	Bestämningsfaktor	Indikator i folkhälsoplanen	I bokslutet visar indikatorn resultat för	Kommentarer
Folkbildningens, frivillig-organisationers samt folkrörelers kompetens ska tas till vara i demokratiprocessen	Social delaktighet	Antal deltagare i studie-förbundens verksamhet i länet per 1000 invånare	- Personer 65 år och äldre - Personer med funktionsnedsättning	Beskrivs i text
Möjlighet till delaktighet i förenings- och kultur-aktiviteter skall öka	Deltagande i kultur- och föreningsaktiviteter	Antal kulturprogram per invånare Föreningstäthet Andelen som deltagit olika kulturella aktiviteter under de senaste 12 månaderna Andelelever som uppger att de deltagit i organiserad fysisk aktivitet/sport eller annan förening, klubb, sällskap eller organisation senaste 12 månaderna	- Kvinnor och män 65 år och äldre - Länets kommuner och länet som helhet - Kvinnor och män 16–84 år med och utan funktionsnedsättning - Länet som helhet	Används inte Beskrivs i text Diskuteras i text
Nya fysiska och virtuella mötesplatser ska skapas och befintliga utvecklas	Delaktighet	Delaktighet i medborgardialoger, medborgarpaneler och liknande vid direkta möten		

Målområde 2: Ekonomiska och sociala förutsättningar

Länsmål	Bestämningsfaktor	Indikator i folkhälsoplanen	I bokslutet visar indikatorn resultat för	Kommentarer
Sysselsättning och företagande och hållbar tillväxt ska öka	Möjlighet till sysselsättning	Antal nystartade företag efter län och kommun, per 1000 invånare 16–64 år (etableringsfrekvens)		Används inte
		Nattbefolkningens förvärvsfrekvens		Används inte
Mellan olika socioekonomiska grupper ska skillnaden i andelen sysselsatta och skillnaden i sysselsättningsgrad minska	Arbetsmarknadsposition	Andel arbetslösa utifrån utbildningsnivå	• Kvinnor och män 64 år och yngre med och utan funktionsnedsättning • Förgymnasial, gymnasial och eftergymnasial utbildning	
Andelen ungdomars i arbete och utbildning skall öka	Arbetsmarknadsposition	Andel öppet arbetslösa inskrivna och totalt inskrivna arbetslösa i procent av arbetskraften 18–24 år	• Länet som helhet • Kvinnor och män med och utan funktionsnedsättning • 64 år och yngre • Länet som helhet • Kvinnor och män med och utan funktionsnedsättning • 64 år och yngre • Ensamboende, samboende, bor med barn • Länet som helhet	Indikator används för att visa arbetsmarknadspositionen för personer med funktionsnedsättning (ungdomar inberäknat)
				Tillägg med Indikator: Andel som uppger att man är anställd och/eller egen företagare
Kvinnor och män ska lika lön för likvärdigt arbete	Lön	Lönespridning inom landstingets vanliga yrken	• Kvinnor och män ålderspensionärer • Länet som helhet	Används inte
				Tillägg med Indikator: Medelårsbelopp av utbetalat till ålderspensioner
Andelen hushåll med låga inkomster eller beroende av försörjningsstöd ska minska	Inkomstnivå	Andel som under de senaste 12 månaderna haft svårt att klara de löpande utgifterna som hyra, räkningar med mera	• Kvinnor och män med och utan funktionsnedsättning • 64 år och yngre, 65 år och äldre • Länet som helhet	
		Andel (familjer) med låga inkomster		Används inte

Målområde 2: Ekonomiska och sociala förutsättningar

Länsmål	Bestämningsfaktor	Indikator i folkhälsoplanen	I bokslutet visar indikatorn resultat för	Kommentarer
Barnfattigdomen ska minska	Inkomstnivå	Barnfattigdomsindex	• Barn i ekonomiskt utsatta hushåll	Diskuteras i text
Utbildningsnivån ska höjas, skillnader i utbildningsnivå ska minska och fler elever ska uppnå kunskapsmålen	Utbildningsnivå	Befolkningen efter utbildningsnivå Skillnaden mellan utbildningsnivå hos inrikes och utrikes födda 20–64 år Andel elever behöriga till gymnasieskolans olika program efter grundskola Grundläggande behörighet till universitet, högskola, andel av invånare 20 år folkbokförda i kommunen	• Personer 16–64 år med och utan funktionsnedsättning • Personer med och utan nedsatt arbetsförmåga • Förgymnasial, gymnasial och eftergymnasial utbildning • Länet som helhet	Används inte Används inte Används inte
Den socioekonomiska segregationen ska minska	Socioekonomisk segregation	Den åldersstandardiserade skillnaden i andel med god hälsa mellan personer med olika utbildningslängd	• Personer 16–84 år som bedömer sitt hälsotillstånd som bra/mycket bra relaterat till utbildningsnivå	Redovisas i den inledande bakgrundsbeskrivningen
Alla länsinvånare ska ha rätt till ett boende	Tillgång till bostad	Antal hemlösa per 10 000 invånare		Används inte
Personer med Funktionsnedsättning ska kunna leva, bo och arbeta på likvärdiga villkor som övriga invånare	Inflytande för personer med psykisk funktionsnedsättning	Genomförda brukarundersökningar		Används inte Diskussion i text utifrån länsmålet

Målområde 2: Ekonomiska och sociala förutsättningar

Länsmål	Bestämningsfaktor	Indikator i folkhälsoplanen	I bokslutet visar indikatorn resultat för	Kommentarer
Alla länsinvånare ska uppleva trygghet och säkerhet i hem och utemiljö	Trygghet i närmiljö	Andel som uppger att de "ibland" eller "ofta" avstår från att gå ut ensamma av rädsla att bli överfallna, rånad eller på annat sätt ofredade	• Kvinnor och män 64 år och yngre samt 65 år och äldre • Kvinnor och män 16–84 år med och utan funktionsnedsättning • Länet som helhet	
		Andelen elever som alltid känner sig trygga ute på stan, på allmän plats	• Flickor och pojkar, skolår 7, 9 och år 2 på gymnasiet, med och utan funktionsnedsättning • Länet som helhet	
		Andelen elever som alltid känner sig trygga i hemmet	• Flickor och pojkar, skolår 7, 9 och år 2 på gymnasiet, med och utan funktionsnedsättning • Länet som helhet	

Målområde 3: Barn och ungas uppväxtvillkor

Läns mål	Bestämningsfaktor	Indikator i folkhälsoplanen	I bokslutet visar indikatorn resultat för	Kommentarer
Örebro län ska vara ett barnvänligt län som följer FN:s konvention om barns rättigheter	Barnomsorg obekväma tider	Antal kommuner som tillhandahåller barnomsorg på obekväma tider		Används inte
	Barnkonventionens fyra grundpelare	Antal kommuner samt landsting som fattat beslut om att följa upp beslutade åtgärder som rör konventionsarbete i verksamhetsberättelser eller motsvarande		Används inte
		Andelen elever som vid minst ett tillfälle blivit fysiskt eller psykiskt illa behandlad av någon vuxen i sin närhet utanför skolan	- Flickor och pojkar, skolår 7, 9 och år 2 på gymnasiet, med och utan funktionsnedsättning - Länet som helhet	
	Vräkning av barnfamiljer	Antal barn som berörts av vräkning	Länet som helhet	
Föräldrar/vårdnadshavare ska stödjas utifrån behov i att ge barnen ett tryggt, aktivt och utvecklande liv.	Miljön i hemmet	Antal öppna förskolor		Används inte
		Antal kommuner som enskilt eller i samverkan med landstinget erbjuder stöd till unga föräldrar		
		Antal föräldrar som deltar i föräldrastödskurser		Används inte Diskuteras i text
Samverkan mellan alla som arbetar med att stödja barns uppväxt ska öka	Samverkan med barnperspektiv	Antal familjecentraler med samlokaliserad MHV, BHV, Öppen förskola, Socialtjänst i länets kommuner		

Målområde 3: Barn och ungas uppväxtvillkor

Läns mål	Bestämningsfaktor	Indikator i folkhälsoplanen	I bokslutet visar indikatorn resultatet för	Kommentarer
		Antal familjecentraler där lokalt samverkansavtal upprättats Antal kommuner med skriftlig överenskommelse om samverkan mellan socialtjänst och barn- och ungdomspsykiatri Antal anmälningar, till kommunernas socialtjänst, om barn som far illa		Används inte
Skolan ska ge trygghet, vilja och lust att lära samt främja elevers utveckling	God kvalitet i förskolan och skolan	Andelen elever som har möjlighet att vara med och påverka arbetet i skolan	- Flickor och pojkar, skolår 7, 9 och 2 på gymnasiet, med och utan funktionsnedsättning - Länet som helhet	
		Andel elever som uppger att nästan alla lärare uppmärksammar dem när det gör något bra	- Flickor och pojkar med och utan funktionsnedsättning - Skolår 7, 9 och 2 på gymnasiet - Länet som helhet	
	Miljön i skolan	Andel elever som trivs bra/ mycket bra i skolan	- Flickor och pojkar, skolår 7, 9 och 2 på gymnasiet, med och utan funktionsnedsättning - Länet som helhet	
		Andel elever som uppger att de alltid är trygga på rasterna i skolan	- Flickor och pojkar, skolår 7, 9 och 2 på gymnasiet, med och utan funktionsnedsättning - Länet som helhet	

Målområde 3: Barn och ungas uppväxtvillkor

Läns mål	Bestämningsfaktor	Indikator i folkhälsoplanen	I bokslutet visar indikatorn resultatet för	Kommentarer
Framtidstron bland barn och unga ska öka	Framtidstro	Andel elever som ser ljust på framtiden	- Flickor och pojkar, skolår 7, 9 och 2 på gymnasiet, med och utan funktionsnedsättning - Länet som helhet	
Den psykiska hälsan bland barn och unga ska förbättras	God psykisk hälsa hos barn och unga	Andel elever som ofta eller alltid känt sig nedstämda under de senaste tre månaderna Andel patienter som väntat mer än 30 dagar för besök till barn- och ungdomspsykiatri	- Flickor och pojkar, skolår 7, 9 och 2 på gymnasiet, med och utan funktionsnedsättning - Länet som helhet - Flickor och pojkar, skolår 7, 9 och 2 på gymnasiet, med och utan funktionsnedsättning - Länet som helhet	
Inga unga ska försöka ta sitt liv	Själv-mord	Antal avsiktliga självdestruktiva handlingar (själv-mord) bland unga per 100 000 invånare	- Sökande till barn- och ungdomspsykiatri - Länet som helhet	Används inte Diskuteras i text

Målområde 4: Hälsa i arbetslivet

Läns mål	Bestämningsfaktor	Indikator i folkhälsoplanen	I bokslutet visar indikatorn resultat för	Kommentarer
Arbetstagarnas upplevelser av sin delaktighet och sitt inflytande på sina arbetsplatser ska öka	Arbetsmiljöfaktorer och arbetstrivsel	Andel som trivs med sina arbetsuppgifter bra eller mycket bra	• Kvinnor och män 64 år och yngre med och utan funktionsnedsättning • Förgymnasial, gymnasial och eftergymnasial utbildning • Länet som helhet	
Besvär och skador på grund av den fysiska och psykosociala arbetsmiljön ska minska	Arbetsmiljöfaktorer fysiska och psykosociala	Antal anmälda arbetsskador per 1000 av alla förvärvsarbetande Andel som varit sjukskrivna på grund av besvär från rygg, nacke, leder eller muskler 29 dgr eller längre de senaste 12 månaderna Andel som varit sjukskrivna på grund av utbrändhet, utmattningsdepression eller stress 29 dagar eller längre de senaste 12 månaderna	• Kvinnor och män 64 år och yngre med och utan funktionsnedsättning • Förgymnasial, gymnasial och eftergymnasial utbildning • Länet som helhet	Används inte
Hälsan i arbetslivet ska öka	Ohälsotal	Ohälsotal	• Per försäkrad 20–64 år • Länets kommuner, länet som helhet och riket	

Målområde 5: Miljöer och produkter

Läns mål	Bestämningsfaktor	Indikator i folkhälsoplanen	I bokslutet visar indikatorn resultat för	Kommentarer
De regionala miljömålen för ett hållbart Örebro ska uppnås	Exponering för luftföroreningar, långlivade organiska ämnen, UV-strålning, buller, radon	Länsstyrelsens årliga bedömning huruvida de regionala miljömålen uppnåtts		Diskuteras kort i text
Barn och äldre ska ha säkra inne- och utemiljöer	Miljöer som kan relateras till skador	Andel personer 0–17 år samt 65 år och äldre som vårdats på sjukhus minst ett dygn till följd av olyckor, per 1000 invånare Andel döda i olyckor, 0–17 år samt 65 år och äldre per 1000 invånare Antal fallskador inom hälso- och sjukvården och äldreomsorgen	- Flickor och pojkar skolår 7, 9 och år 2 på gymnasiet med och utan funktionsnedsättning - Kvinnor och män 65–79 år, 80 år och äldre - Länet som helhet - Personer 65 år och äldre - Länet som helhet	Används inte
Skador, våld och olycksfall ska minska	Dödlighet i bränder Våldsbrott Olycksfall Buller	Antal döda i bränder/år Andel som under de senaste 12 månaderna blivit utsatt för fysiskt våld Se ovan Andel som blivit utsatt för buller i sitt arbete	- Flickor och pojkar skolår 7, 9 och år 2 på gymnasiet med och utan funktionsnedsättning - Kvinnor och män 64 år och yngre, 65 år och äldre med och utan funktionsnedsättning - Länet som helhet - Yrkesarbetande kvinnor och män med och utan funktionsnedsättning - Länet som helhet	Används inte
Användning av hälsovådliga produkter ska minska		Länsstyrelsens årliga bedömning huruvida de regionala miljömålen uppnåtts		Information i text om Örebro läns landstings mål för att minska användandet av miljö- och hälsovådliga produkter

Målnråde 6: Hälsofrämjande hälso- och sjukvård

Länsnål	Bestämningsfaktor	Indikator i folkhälsoplanen	I bokslutet visar indikatorn resultat för	Kommentarer
Hälso- och sjukvården ska bedriva ett jämlikt, hälsofrämjande och förebyggande arbete	Hälso- och sjukvårdens samlade förebyggande och behandlande insatser	Andelen som sökt hälso- och sjukvård och <i>fått råd</i> om levnadsvanor (tobak, fysisk aktivitet, mat och alkohol)	• Kvinnor och män med och utan funktionsnedsättning 16–34 år, 35–64 år, 65–74 år, 75–84 år • Andel som <i>fått frågor</i> • Länet som helhet	<i>Rådgivning</i> inom hälso- och sjukvården diskuteras i text
	Sjukdomsförebyggande insatser	Andel äldre som erhållit förebyggande hembesök		Diskuteras i text
		Antal utskrivna FAR-recept	• Länets sjukhus • Primärvården • Psykiatrin	
		Antal HPV-vaccinerade tonårsflickor inom en årskull		Används inte
Hälso- och sjukvårdens specialkunskaper ska användas i det hälsofrämjande arbetet som riktas till länets invånare	Aktiv kunskapsförmedling om sjukdomar och hälsans bestämningsfaktorer samt hur dessa kan påverkas	Antal genomförda besök i förskolor och skolor inom ramen för Folkvandvårdens förebyggande arbete		Används inte
		Antal öppna föreläsningar i sjukhusens och vårdcentralernas regi		Används inte
Skolhälsovårdens och övriga elevhälsans möjligheter att arbeta förebyggande och hälsofrämjande ska öka	Hälsosamtal	Antal genomförda hälso-samtal i grundskolan skolår 8 och år 1 på gymnasiet		Används inte
	Tillgång till elevhälsans olika professioner	Antal elever per; skolläkare, skolsköterska, skolkurator, skolpsykolog, specialpedagog		
Kunskap om hälsofrämjande och sjukdomsförebyggande metoder ska öka	Kompetenshöjande åtgärder/insatser	Antal utförda utbildnings-tillfällen för personal inom landstinget		Används inte

Målområde 7: Skydd mot smittspridning

Läns mål	Bestämningsfaktor	Indikator i folkhälsoplanen	I bokslutet visar indikatorn resultat för	Kommentarer
Länet ska ha en god beredskap och organisation för att möta större utbrott av smittsamma sjukdomar	Kris och beredskapsplaner	Antal kommuner, samt landsting, där kris- och beredskapsplan (inklusive epidemier) finns och följs upp		Används inte
Antalet smittade av sexuellt överförbara sjukdomar ska minska	Sexuellt överförbara infektioner	Antal rapporterade fall av gonorré, syfilis och Hiv		Diskuteras under målområde 8
I riskgrupper ska alla vaccineras mot influensa och i åldersgruppen över 65 år ska antalet vaccinerade nå minst den nationella rekommenderade nivån	Influensavaccinationer	Andelen vaccinerade mot influensa i åldersgruppen över 65 år	• Personer 65 år och äldre • Länet som helhet	
Ökning av läkemedelsresistenta bakterier ska stoppas	Läkemedelsresistenta smittämnen	Totalt antal rapporterade smittfall av antibiotikaresistenta bakterier		Används inte Diskuteras i text
Gällande hygienregler ska följas och kunskapen om deras betydelse för att förhindra smittspridning ska öka	Basala hygienrutiner och klädregler inom hälso- och sjukvården	Följsamhet till basala hygienrutiner och klädregler (i samtliga sju steg) i kommuner och landsting		Används inte

Målområde 8: Sexualitet och reproduktiv hälsa

Länsmål	Bestämningsfaktor	Indikator i folkhälsoplanen	I bokslutet visar indikatorn resultat för	Kommentarer
Stöd ska erbjudas under graviditet och föräldraskap	Förekomst av föräldrastöd	Antal förstföderskor som deltagit i föräldragrupper		Används inte
		Antal hembesök till familjer med hemgång inom 48h efter förlossning		Används inte
		Antal förstföderskor som fått hembesök under nyföddhetsperioden 0–1 månad		Används inte
		Andel förstabarnsföräldrar som varit representerade i föräldragrupp minst tre tillfällen under barnets första levnadsår		Används inte
Antal oönskade graviditeter ska minska	Oskyddat sex	Andel elever som uppger att de inte använt preventivmedel vid det senaste samlaget	- Flickor och pojkar, skolår 9 och år 2 på gymnasiet, med och utan funktionsnedsättning - Länet som helhet	
		Antalet aborter per 1000 kvinnor 15–19 år		Används inte
		Antal aborter per 1000 kvinnor		Används inte
Antalet smittade med klamydia ska minska. Antalet smittade av sexuellt överförbara infektioner ska minska	Klamydiafall Sexuellt överförbara infektioner	Antal smittade av klamydia per 100 000 invånare och år		Diskuteras i text
		Andel elever som uppger att de använt kondom vid det senaste samlaget	- Flickor och pojkar, skolår 9 och år 2 på gymnasiet, med och utan funktionsnedsättning - Länet som helhet	

Målområde 8: Sexualitet och reproduktiv hälsa

Läns mål	Bestämningsfaktor	Indikator i folkhälsoplanen	I bokslutet visar indikatorn resultat för	Kommentarer
Sex mot ersättning, diskriminering, våld, tvång och kränkningar ska inte förekomma	Risk att utsättas för sexuellt våld och tvång	Antal anmälda fall av köp av sexuella tjänster		Används inte
		Antal anmälda fall av sexualbrott		Används inte
		Andel elever som uppger att de vid minst ett tillfälle blivit tafsade på eller tvingade till att ta på någon på ett sexuellt sätt utan att de vill	- Flickor och pojkar, skolår 9 och år 2 på gymnasiet, med och utan funktionsnedsättning - Länet som helhet	
	Sex mot ersättning	Andel ungdomar och unga vuxna som någon gång fått någon ersättning/betalning för en sexuell tjänst		Används inte
	Risk att utsättas för våld, misshandel, fridskränkning	Antal anmälda fall av fridskränkning och kvinnofridskränkning		Används inte

Målområde 9: Fysisk aktivitet

Länsmål	Bestämningsfaktor	Indikator i folkhälsoplanen	I bokslutet visar indikatorn resultat för	Kommentarer
Stödjande miljöer för rörelse, spontanidrott, allsidig fysisk aktivitet och träning ska utvecklas Den fysiska aktiviteten ska öka bland länets invånare.	Stödjande miljöer för fysisk aktivitet	Andel vuxna som <i>fått råd</i> om motionsvanor vid senaste besöket på vårdcentral eller sjukhus	• Kvinnor och män, 16–34, 35–64, 65–74 och 75–84 år med och utan funktionsnedsättning • Andel som <i>fått frågor</i> om sina levnadsvanor generellt • Länet som helhet	Används under målområde 6
	Fysisk aktivitet	Andel 18–65 år som är fysiskt aktiva på måttlig ansträngande nivå mer än 3 timmar per vecka	• Kvinnor och män 64 år och yngre, 65–74 år och 75–84 år • Kvinnor och män, 16–84 år, med och utan funktionsnedsättning • Länet som helhet	
	Miljöer och utbud för fysisk aktivitet	Förekomst av miljöer för fysisk aktivitet, motion, träning	• Personer med och utan funktionsnedsättning • Äldre personer • Länet som helhet	Diskuteras även under målområde 1 och 6
		Antal idrottsföreningar	• Personer med och utan funktionsnedsättning • Äldre personer • Länet som helhet	Diskuteras även under målområde 1
		Förekomst av olika idrotter	• Personer med och utan funktionsnedsättning • Länet som helhet	

Målområde 9: Fysisk aktivitet

Läns mål	Bestämningsfaktor	Indikator i folkhälsoplanen	I bokslutet visar indikatorn resultat för	Kommentarer
Andelen barn och unga som regelbundet är fysiskt aktiva och tränar på ett allsidigt sätt ska öka	Fysisk aktivitet	Andel elever som är fysiskt aktiva minst 60 minuter per dag Andel elever som tränar på sin fritid så man blir andfådd/svettas, minst 2–3 ggr/vecka Antal deltagartillfällen per idrott Antal idrottsföreningar med barn och ungdomsverksamhet	- Flickor och pojkar, skolår 7, 9 och år 2 på gymnasiet, med och utan funktionsnedsättning - Länet som helhet - Personer med funktionsnedsättning	Diskuteras i text Används inte
Andel äldre som är regelbundet fysiskt aktiva ska öka	Fysisk aktivitet	Andel 65–84 år som är fysiskt aktiva på måttligt ansträngande nivå mer än 3 timmar per vecka	- Kvinnor och män 64 år och yngre, 65–74 år och 75–84 år - Kvinnor och män, 16–84 år, med och utan funktionsnedsättning - Länet som helhet	
Stillasittande bland länets invånare ska minska	Stillasittande	Andel 18–64 år med stillasittande fritid samt har ett stillasittande arbete Andel ungdomar som rör sig mindre än 30 minuter per dag samt aldrig tränar på sin fritid	- Kvinnor och män 16–84 år med och utan funktionsnedsättning - Länet som helhet - Flickor och pojkar, skolår 7, 9 och år 2 på gymnasiet, med och utan funktionsnedsättning - Länet som helhet	Andel med "stillasittande arbete" har inte tagits med Indikatorn kompletterad med med; "Andel som sitter vid datorn mer än tre timmar per dag utanför skoltid"

Målområde 10: Matvanor och livsmedel

Länsmål	Bestämningsfaktor	Indikator i folkhälsoplanen	I bokslutet visar indikatorn resultat för	Kommentarer
Goda matvanor ska främjas	Goda matvanor	Andel vuxna som äter grönsaker, frukt och bär flera gånger per dag	• Kvinnor och män 65–84 år • Länets kommuner, länet som helhet och riket	
		Andel vuxna som har regelbundna matvanor	• Kvinnor och män 65–84 år • Länet som helhet	
		Andel vuxna som fått råd om matvanor vid senaste besöket på vårdcentralen och sjukhus	• Kvinnor och män 65–84 år • Länets kommuner, länet som helhet och riket	
		Andel ungdomar som äter frukt, bär och grönsaker flera gånger per dag	• Flickor och pojkar, skolår 7, 9 och år 2 på gymnasiet, med och utan funktionsnedsättning • Länet som helhet	
		Andel ungdomar som äter lunch i skolan 4–5 dagar/vecka	• Flickor och pojkar, skolår 7, 9 och år 2 på gymnasiet, med och utan funktionsnedsättning • Länet som helhet	
De offentliga måltiderna ska kvalitetssäkras	Offentliga måltider	Antal kommuner i länet med kostpolitiska program eller likande för äldreomsorg		
		Andel kommuner som uppfyller lagstiftningen om näringsriktiga skolmåltider		

Målområde 10: Matvanor och livsmedel

Länsmål	Bestämningsfaktor	Indikator i folkhälsoplanen	I bokslutet visar indikatorn resultat för	Kommentarer
Andelen normalviktiga ska öka i alla åldrar		Andel äldre i hälso- och sjukvården med undervikt Andel 4-åringar, ungdomar samt andel vuxna 18–64 år med undervikt, normalvikt, övervikt, fetman	• Kvinnor och män 65–84 år • Länets kommuner och länet som helhet • Kvinnor och män 16-84 år med och utan funktionsnedsättning	
Andel barn som ammas upp till 4 månaders ålder ska öka så att den minst överensstämmer med riksgenomsnittet	Amningsfrekvens	Andel enbart eller delvis ammande barn vid 4 och 6 månaders ålder		Används inte
Det ska inte förekomma att länsinvånarna blir sjuka av smittämnen i mat eller förorenat vatten	Säkra livsmedel	Antal rapporterade tester och anmärkningar på dricksvatten Antal rapporterade matförgiftningar Skadliga ämnen i vatten från enskilda brunnar		Används inte Diskuteras lite i text Används inte Används inte
Tillgång till och konsumtion av ekologiska och närproducerade livsmedel ska öka	Ekologiska livsmedel i de offentliga måltiderna	Andel inköp av ekologiska livsmedel i kommuner och landsting		Används inte

Målområde 11: Alkohol, narkotika, dopning, tobak, spel

Läns mål	Bestämningsfaktor	Indikator i folkhälsoplanen	I bokslutet visar indikatorn resultat för	Kommentarer
Arbetet med prevention, tidig upptäckt och stödinsatser inom området ska intensifieras	Förebyggande arbete	Preventionsindex		Används inte
		Andel vuxna som fått råd om rök-, snus- och alkoholvanor vid senaste besöket på vårdcentral och sjukhus		Används inte
	Alkoholkonsumtion Drogvanor	Antal ertappade rattfulla respektive drogpåverkade i trafiken		Används inte
Det ofödda barnet, barn och unga ska skyddas mot skadliga effekter orsakade av alkohol, narkotika, doping och tobak	Tobaksbruk	Andel av gravida kvinnor som röker vid inskrivning till mödravårdscentral		
		Andel rökande föräldrar med barn 1–4 månader		
		Andel dagligrökande föräldrar med hemmavande barn		
	Alkoholkonsumtion	Andel föräldrar med riskbruk med hemmavande barn		Används inte
		Andel av gravida kvinnor med minst riskbruk av alkohol vid inskrivning till MHV		Används inte
	Langning	Andel ungdomar som köpt alkohol från någon som tagit in från utlandet		Används inte

Målområde 11: Alkohol, narkotika, dopning, tobak, spel

Länsmål	Bestämningsfaktor	Indikator i folkhälsoplanen	I bokslutet visar indikatorn resultat för	Kommentarer
Antalet ungdomar som debuterar tidigt med alkohol och/eller tobak ska minska	Alkoholkonsumtion	Andel elever i skolor 9 och år 2 på gymnasiet som druckit alkohol under de senaste 12 månaderna	- Flickor och pojkar skolor 9 och år 2 på gymnasiet med och utan funktionsnedsättning - Länet som helhet	
		Andel elever i skolor 7 som varit fulla	- Flickor och pojkar skolor 7 med och utan funktionsnedsättning - Länet som helhet	
		Debutålder för berusningsdrickande Debutålder rökt en cigarett och/eller snusat		Används inte Används inte
Antalet personer som utvecklar skadligt bruk, missbruk eller beroende av alkohol, narkotika, dopningsmedel, tobak och spel ska minska	Tobaksbruk	Andel personer som uppger att de röker eller snusar dagligen	- Kvinnor och män, 64 år och yngre, 65–74 år, 75–84 år - Vuxna och ungdomar, (kvinnor och män) med och utan funktionsnedsättning - Länet som helhet	
	Alkoholkonsumtion	Andel i befolkningen som har druckit alkohol de senaste 12 månaderna	- Vuxna och ungdomar, (kvinnor och män) med och utan funktionsnedsättning - Länet som helhet	Andel som ej har druckit alkohol används
		Andel av befolkningen med riskkonsumtion av alkohol	- Vuxna och ungdomar, (kvinnor och män) med och utan funktionsnedsättning - Länet som helhet	
		Andel av befolkningen som anger att de dricker sig berusade minst 2 ggr per månad	- Vuxna och ungdomar, (kvinnor och män) med och utan funktionsnedsättning - Länet som helhet	

Målområde 11: Alkohol, narkotika, dopning, tobak, spel

Läns mål	Bestämningsfaktor	Indikator i folkhälsoplanen	I bokslutet visar indikatorn resultat för	Kommentarer
Risker för spelmissbruk ska uppmärksammas och aktivt motverkas.	Narkotikabruk	Andel i befolkningen som har använt hasch/marijuana det senaste året		Används inte
		Andel ungdomar i skolor 9 resp. år 2 på gymnasiet som uppger att de någon gång använt narkotika	- Flickor och pojkar skolor 9 och år 2 på gymnasiet, med och utan funktionsnedsättning - Länet som helhet	
	Bruk av dopningsmedel	Andel ungdomar i skolor 9 resp. år 2 på gymnasiet som någon gång använt dopningsmedel		Diskuteras i text
	Överdrivet spelande	Andelen som spelat om pengar eller värdeföremål de senaste 12 månaderna	- Ungdomar med och utan funktionsnedsättning - Länet som helhet	
		Andel med spelproblem/spelberoende		Används inte

Referenser

Inledning

1. Örebro läns landsting (2012). *Folkhälsoplan med folkhälsopolitiska mål- en god och jämlik hälsa i Örebro län 2012–2015*, Örebro.
2. Örebro läns landsting (2012). *Bestämningsfaktorer och indikatorer till Folkhälsoplan och folkhälsopolitiska mål 2012–2015*, Örebro.
3. Socialstyrelsen <http://www.socialstyrelsen.se/fragorochsvar>
4. Statens Folkhälsoinstitut (2013). Delrapportering av regeringsuppdrag; *Uppdrag om delmål med mera inom ramen för en strategi för genomförande av funktionshinderpolitiken 2011–2016*, Stockholm.

Välfärdsboksut 2012–2013

1. Räftegård Färggren, T., & Wilson, G. (2009). *Healthy Ageing in Europe-lessons learnt and ways forward*. Statens folkhälsoinstitut, Östersund.
2. Statens folkhälsoinstitut. (2007). *Healthy Ageing- en utmaning för Europa*. En kortversion av projektets huvudrapport, Östersund.
3. Sveriges kommuner och landsting (2013). *Äldres hälsa och livsvillkor-omvärldsbevakning*, Stockholm.
4. Skog, M, Grafström, M (2013). *Äldres hälsa och livskvalitet*, Sanoma Utbildning, Stockholm.
5. Statens folkhälsoinstitut (2012). *Hälsan bland 55-84 åringar Enligt den nationella folkhälsoenkäten Hälsa på lika villkor (HLV)*. Rapport A 2012:01 www.fhi.se.
6. Regeringen (2012). Regeringens skrivelse 2011/12:166. *En folkhälsopolitik med människan i centrum*, Stockholm.
7. Socialstyrelsen(2014). *Blånader och silverhår*. Utbildningsmaterial om våld mot äldre kvinnor. Stockholm.
8. Regionförbundet (2012). *Regionalt program för social välfärd*, Örebro.
9. Regionförbundet och Örebro läns landsting (2013). *Bättre vård för de mest sjuka äldre*. Pressmeddelande 2013-12-12, www.orebroll.se
10. Socialstyrelsen (2013). *Vad tycker de äldre om äldreomsorgen?* En rikstäckande undersökningen av äldres uppfattning om kvaliteten i hemtjänst och äldreboenden SOS (2013). Artikel nr 2013-11-4, Stockholm.
11. World Health Organization (2011). *World Report on Disability*. (www.who.int)
12. UNICEF (2013). *The state of the world's children 2013. Children with disabilities*. United Nations Children's Fund (UNICEF).
13. Arnhof, Y (2008). *Onödig ohälsa Hälsoläget för personer med funktionsnedsättning*. Statens folkhälsoinstitut, R 2008:13, Östersund..
14. Statens folkhälsoinstitut (2013). Delrapportering av regeringsuppdrag om delmål m.m. inom ramen för *En strategi för genomförande av funktionshinderpolitiken 2011-2016*, Stockholm.
15. Möller, A (red) (2012) *Funktionshinder ur ett folkhälsoperspektiv*, NHV-rapport 2012:9 R, Göteborg.
16. Socialdepartementet (2011). *En strategi för genomförande av funktionshinderpolitiken 2011–2016*, Stockholm.
17. Handisam (2013). *Hur är läget – uppföljning av funktionshinderpolitiken 2013*, Stockholm.
18. Regionförbundet (2012). *Regionalt program för social välfärd*, Örebro
19. Karlskoga kommun (2013). *Tänk nytt, lätt och rätt – ibland syns det ibland inte Funktionsnedsättning finns i många former* Handbok i FN-konventionen om rättigheter för personer med funktionsnedsättning. www.karlskoga.se, Karlskoga.
20. Socialstyrelsen (2013). *Öppna jämförelser av stöd till personer med funktionsnedsättning 2013 – resultat och metod artikelnr 2013-5-31*, Stockholm.

Målområde 1

1. Regeringen (2008). *En förnyad folkhälsopolitik*. Proposition 2007/08:110, sid 42, Stockholm.
2. Statens folkhälsoinstitut (2011). *Målområde 1. Delaktighet och inflytande i samhället*. Kunskapsunderlag för Folkhälsopolitisk rapport 2010. R 2011:31, Östersund.
3. SCB (2011). *Pressmeddelande från SCB*, 2011-04-14 09:30 Nr 2011:94
4. SCB (2014). *Högre och mer jämlikt valdeltagande* http://www.scb.se/sv/_Hitta-statistik/Statistik-efter-amne/Demokrati/Allmanna-val/Allmanna-val-valdeltagandeundersokningen-/12304/2010A01X/Behallare-for-Press/Allmanna-val-valdeltagandeundersokningen-2010/. Tillgänglig 2014-01-10.
5. Funka Reportage (2013). *Dålig tillgänglighet i svenska vallokaler* <http://www.funkaportalen.se/Reportage/Politik/Sverige/Handikapprollen/Dalig-tillganglighet-i-svenska-vallokaler/>, tillgänglig 2013-11-18
6. Mineur T, Bergh S och Tideman M (2009). *Livssituationen för unga vuxna med lindrig utvecklingsstörning - en kunskapsöversikt baserad på skandinavisk forskning 1998 – 2009* Högskolan i Halmstad, sektionen för Hälsa och Samhälle, Halmstad.
7. Riksdagen (2013). Beslut 2013-12-16 ang. betänkande 2013/14: KU 9 om Tillgänglighet och deltagande i val. <http://www.riksdagen.se/sv/Debatter> Tillgänglig 2014-03-19.
8. Handisam (2013). *Konventionen och barn*. <http://www.handisam.se/arbeta-med-fn-konventionen/Konventionen-och-barn/>, tillgänglig 2013-11-18.
9. Ungdomsstyrelsen (2013). *Ungdomspolitik*. <http://www.ungdomsstyrelsen.se/ungdomspolitik>, tillgänglig 2013-11-18
10. Ungdomsstyrelsen (2012). Fokus 12. *Levnadsvillkor för unga med funktionsnedsättning*. Ungdomsstyrelsens skrifter 2012:3, Stockholm.
11. Regeringen (2014). *Om regeringens jämställdhetspolitik*. <http://www.regeringen.se/sb/d/13273>, tillgänglig 2014-01-16.
12. SCB (2014). http://www.scb.se/sv/_Hitta-statistik/Statistikdatabasen/Variabelvaljare, tillgänglig 2014-02-03.
13. SCB (2012). *Mäns hushållsarbete ökar- men kvinnorna gör fortfarande mest hemma*. SCB, Valfärd 1/2012, Stockholm.
14. Regeringen (2014). <http://www.regeringen.se/sb/d/11043>. Tillgänglig 2014-01-10.
15. Diskrimineringsombudsmannen (2014). <http://www.do.se/sv/Fakta/Diskrimineringslagen/> . Tillgänglig 2014-01-10.
16. Regeringen (2009) *FN:s konvention om rättigheter för personer med funktionsnedsättning*. Sveriges Regering, proposition 2008/09:28, Stockholm.
17. Ungdomsstyrelsen (2012). Fokus 12, *levnadsvillkor för unga med funktionsnedsättning* Ungdomsstyrelsen 2012:3. Stockholm.
18. Örebro läns landsting (2013). *Genderbudgetering på förvaltningen för Habilitering och hjälpmedel ÖLL*, Örebro.
19. Handisam (2013). *Hur är läget 2013? Uppföljning av funktionshinderpolitiken 2013*. Handisam, Myndigheten för handikappolitisk samordning, Stockholm.
20. Örebro läns landsting (2012). *Liv & hälsa ung 2011*, Samhällsmedicinska enheten Örebro läns landsting, Örebro.
21. Johansson M, Karlsson J, Omberg L (2012). *En Kraft att räkna med – föreningslivet och folkbildningen i folkhälsoarbetet i Örebro län*. Örebro läns idrottsförbund, Örebro läns bildningsförbund, Örebro läns landsting.
22. Örebro läns bildningsförbund, statistik 2012, Örebro.
23. Socialstyrelsen (2013). *Öppna jämförelser av stöd till personer med funktionsnedsättning enligt LSS 2013*. Socialstyrelsen, Stockholm.
24. Johansson M, Karlsson J, Omberg L (2012). *En Kraft att räkna med – föreningslivet och folkbildningen i folkhälsoarbetet i Örebro län*. Örebro läns idrottsförbund, Örebro läns bildningsförbund, Örebro läns landsting, Örebro.
25. Statens folkhälsoinstitut (2009) *Det är aldrig för sent – förbättra äldres hälsa med möten, mat och fysisk aktivitet*. Rapport 2009:18, Östersund.
26. Centrum för idrottsforskning (2013). *Dolda utmaningar – om unga idrottare med osynliga funktionsnedsättningar*, Rapport 2013:3. Centrum för idrottsforskning, Stockholm.
27. Svenska Handikappidrottsförbundet www.handikappidrott.se 131203.
28. Svenska Dövidrottsförbundet (2013). <http://iof1.idrottonline.se/SvenskaDovidrottsforbundet/> 131203.
29. Statens folkhälsoinstitut (2009). *Det är aldrig för sent*, Statens folkhälsoinstitut Östersund.
30. Sveriges kommuner och landsting samt Folkbildningsrådet (2013). *Folkbildningens vägval & vilja* Folkbildningsförbundet, Rörelseskolornas intresseorganisation, Sveriges kommuner och landsting samt Folkbildningsrådet , Stockholm.
31. Sveriges kommuner och landsting (2013-12-03)http://www.skl.se/vi_arbetar_med/demokrati/medborgardialog.



Målområde 2

1. Socialdepartementet (2008). *FN:s Konvention om rättigheter för personer med funktionsnedsättning*. Regeringskansliet, Socialdepartementet Ds 2008:23. Stockholm.
2. Handisam (2013). *Hur är läget 2013?* Uppföljning av funktionshinderpolitiken. Serie A 2013:1 Handisam, Myndigheten för handikappolitisk samordning, Stockholm.
3. (<http://www.handisam.se/Uppfoljning-och-statistik/hur-ar-laget/Arbetsmarknadspolitik/>)
4. Ungdomsstyrelsen (2012). *Uppföljning av ungas levnadsvillkor, förslag till utveckling*, Stockholm.
5. Arbetsförmedlingen och Statistiska centralbyrån (2013). *Förutsättningar i arbetslivet – en undersökning om diskriminering på arbetsmarknaden och arbetssituationen för personer med funktionsnedsättning*. Statistiska centralbyrån och Arbetsförmedlingen, Stockholm.
6. Arbetsförmedlingen (2014). *Situationen på arbetsmarknaden för personer med funktionsnedsättning*. Rapport 2014:1 Information om utbildning och arbetsmarknad. SCB, Stockholm.
7. Arbetsförmedlingen (2013), *En strategi för genomförande av funktionshinderspolitiken 2011-2016*. Arbetsförmedlingens återsrapportering 15 mars 2013, Stockholm.
8. www.arbetet.se Var fjärde arbetssökande funktionshindrad enligt Arbetsförmedlingen. Publicerad 29 augusti, 2013 16:20, <http://arbetet.se/2013/08/29/var-fjarde-arbetssoekande-funktionshindrad-enligt-af/> 2013-11-29, 11.20.
9. Rädda Barnen (2013). *Barnfattigdomen i Sverige*, årsrapport 2013, Stockholm.
10. Ungdomsstyrelsen (2012). *Fokus 12, Levnadsvillkor för unga med funktionsnedsättning*. Ungdomsstyrelsens skrifter 2012:3, Stockholm.
11. Landstinget i Sörmland, Örebro läns landsting (2011). *Äldres liv och hälsa i Sörmland och Örebro län*, Örebro.
12. Pensionsmyndigheten (2013). Statistik, ålderspension 2013-12-09 www.pensionsmyndigheten.se.
13. Pensionsmyndigheten (2013). *De äldres disponibla inkomster 2013*. PM www.pensionsmyndigheten.se.
14. Landstinget i Sörmland, Örebro läns landsting (2011). *Äldres liv och hälsa i Sörmland och Örebro län*, Örebro.
15. Lindén-Boström, M och Persson, C (2012). Hälsans skyddsfaktorer ur ett jämlikhetsperspektiv. Liv och hälsa i Örebro län 2000-2011, Örebro.
16. Ungdomsstyrelsen (2012) *Fokus 12, Levnadsvillkor för unga med funktionsnedsättning*. Ungdomsstyrelsens skrifter 2012:3, Stockholm.
17. Rädda Barnen (2013). *Barnfattigdomen i Sverige*, årsrapport 2013; Stockholm.
18. Örebro läns landsting (2012). *Hälsa på lika villkor 2012*, Samhällsmedicinska enheten Örebro läns landsting, Örebro.
19. Skolverket (2013). Skolinspektionen, Specialpedagogiska skolmyndigheten (2013) *Rapportering om utvecklingen av funktionshinderspolitiken år 2012 för Skolverket*, Skolinspektionen och Specialpedagogiska skolmyndigheten. 2013-03-15, Stockholm.
20. Arbetsförmedlingen och Statistiska centralbyrån (2013). *Förutsättningar i arbetslivet – en undersökning om diskriminering på arbetsmarknaden och arbetssituationen för personer med funktionsnedsättning*. Statistiska centralbyrån och Arbetsförmedlingen, Stockholm.
21. Landstinget i Sörmland, Örebro läns landsting (2011). *Äldres liv och hälsa i Sörmland och Örebro län*, Örebro.
22. Socialstyrelsen (2013). *Äldres rätt att fortsätta bo tillsammans i äldreboende* Artikelnummer 2013-11-3 , Publicerad www.socialstyrelsen.se, oktober 2013
23. Socialstyrelsen (2007). *Bostad med särskild service för vuxna enligt LSS*. Artikel nr 2007-101-6, Stockholm.
24. Regeringens proposition 1992/93:159 om stöd och service till vissa funktionshindrade, Stockholm.
25. http://www.handikappupplysningen.se/gn/opencms/web/HU/stod_vardagen/boende/bostad_enligt_LSS.html 2013-12-10.
26. BRÅ (2013) Nationella trygghetsundersökningen 2013. *Om utsatthet, otrygghet och förtroende*. Rapport 2014:1, Stockholm.
27. Arnhof Ylva (2008) *Onödigt ohälsa. Hälsoläget för personer med funktionsnedsättning*. Statens folkhälsoinstitut rapport 2008:13 Edita Västerås.

Målområde 3

1. UNICEF (2013). *The state of the world's children 2013. Children with disabilities*. United Nations Children's Fund (UNICEF).
2. Candace Currie, Cara Zanotti, Antony Morgan, Dorothy Currie, Margaretha de Looze, Chris Roberts, Oddrun Samdal, Otto R.F. Smith and Vivian Barnekow (2012). *Social determinants of health and well-being among young people. Health Behaviour in School-aged Children (HBSC) study: international report from the 2009/2010 survey*. Health Policy for Children and Adolescents, No. 6. WHO Regional Office for Europe.
3. FN (1989). *FN:s konvention om barnets rättigheter*. Antagen av FN:s generalförsamling den 20 november 1989.
4. Regeringen (2010). *Strategi för att stärka barnets rättigheter i Sverige*. Prop. 2009/10:232; Stockholm.
5. Regeringen (2008). *Konvention om rättigheter för personer med funktionsnedsättning. FN 2006*. Sveriges internationella överenskommelser. 2008:26, Socialdepartementet, Stockholm.
6. Lisa Jones, Mark A. Bellis, Sara Wood, Karen Hughes, Ellie McCoy, Lindsay Eckley, Geoff Bates, Christopher Mikton, Alana Officer, and Tom Shakespeare (2012). *Violence against children with disabilities. In: Social determinants of health and well-being among young people. Health Behaviour in School-aged Children (HBSC) study: international report from the 2009/2010 survey*. (pages 44-45). Eds: Candace Currie, Cara Zanotti, Antony Morgan, Dorothy Currie, Margaretha de Looze, Chris Roberts, Oddrun Samdal, Otto R.F. Smith and Vivian Barnekow. Health Policy for Children and Adolescents, No. 6. WHO Regional Office for Europe.
7. Statens folkhälsoinstitut (2012). *Hälsa och välfärd bland barn och unga med funktionsnedsättning*. Statens folkhälsoinstitut, Östersund.
8. Kronofogden (2013). *Barn berörda av avhysningar*. Statistik från deras webbsida, nedladdad 29 oktober 2013. Mer statistik om avhysningar återfinns här: <http://www.kronofogden.se/20134.html>.
9. Regeringskansliet (2012). *Sveriges femte periodiska rapport till FN:s kommitté för barnets rättigheter om barnkonventionens genomförande under 2007-2012*. Socialdepartementet S2012.007, Stockholm.
10. Länsstyrelsen Västra Götaland (2007). *Barnperspektivet vid långvarigt ekonomiskt bistånd och i avhysningsärenden*. Länsstyrelsen i Västra Götalands län. Rapport 2007:67. Tryckort saknas.
11. Barnombudsmannen och Kronofogden (2011). *Hur kommuner kan vända utvecklingen med att allt fler barn berörs av vräkning*. Rekom-mendationer från nio kommuner, Barnombudsmannen och Kronofogden i en dialog den 13 oktober 2011. Dnr 9.6:0612/11.
12. Statens folkhälsoinstitut (2013). *Föräldrar spelar roll. Handbok i lokalt och regionalt föräldrastödsarbete*. Östersund.
13. Socialstyrelsen (2013). *Socialstyrelsens delmål i den funktionshinderspolitiska strategin – delrapport 2*. Socialstyrelsen, Stockholm.
14. Regionförbundet och Örebro läns landsting (2013). *Mer likvärdigt stöd till föräldrar i länet*. Pressmeddelande 2013-11-25.
15. Folkhälsomyndigheten (2014). Uppdrag om delmål med mera inom ramen för *En strategi för genomförande av funktionshinderspolitiken 2011-2016*. Delrapportering av regeringsuppdrag Dnr 599/2014, Stockholm.
16. Socialstyrelsen (2007). *När barn har föräldrar med utvecklingsstörning*. Socialstyrelsen, Stockholm.
17. Gunnarsson, Linnea (2013). *Kartläggning av gruppen "Samverkan Utveckling Föräldraskap" – Föräldrar med utvecklingsstörning eller kog-nitiva svårigheter och deras barn*. FoU Kronoberg, FoU-rapport 2013:1, Landstinget Kronoberg, Växjö.
18. Cesares Olsson, Marie (2013). *Kartläggning av antal FC i varje region och hur de är samlokaliserade*. Muntlig kommunikation 2013-12-06
19. Johansson, Mikael och Boström, Katrin (2013). Uppföljning av landstingets insatser i länets familjecentraler. Bilaga 1 i protokollet från Nämnden för primärvård och folktandvård, 2013-10-24. Örebro läns landsting.
20. Ungdomsstyrelsen (2012). *Fokus 12. Levnadsvillkor för unga med funktionsnedsättning*. Ungdomsstyrelsens skrifter 2012:3. Stockholm.
21. <http://www.socialstyrelsen.se/SiteCollectionDocuments/Psykiatrioverenskommelse-SKL-staten-2013.pdf>
22. Berglund, Gunnel (2008). *Hälsa på lika villkor? Hälsa och livsvillkor bland personer med funktionsnedsättning*. Statens folkhälsoinstitut, rapport 2008:17. Edita, Västerås.
23. Arnhof, Ylva (2008). *Onödig ohälsa – Hälsoläget för personer med funktionsnedsättning*. Statens folkhälsoinstitut, rapport 2008:13. Edita, Västerås.
24. Socialstyrelsen (2013). *Statistikdatabas för dödsorsaker – självmord 1997-2011*. Statistik från deras hemsida, inte publicerat i tryck. Nedlad-dat 30 oktober 2013. <http://www.socialstyrelsen.se/statistik/statistikdatabas/dodsorsaker>.

Målområde 4

1. Statens folkhälsoinstitut (2013). *Målsättningar för målområde 4: Hälsa i arbetslivet*. Hämtat 2013-10-15 från <http://www.fhi.se/Om-oss/Overgripande-mal-for-folkhalsa/4-Halsa-i-arbetslivet/>.
2. Arbetsförmedlingen och Statistiska centralbyrån (2013). *Förutsättningar i arbetslivet – en undersökning om diskriminering på arbetsmarknaden och arbetssituationen för personer med funktionsnedsättning*. Statistiska centralbyrån och Arbetsförmedlingen; Stockholm.

Målområde 5

1. Statens folkhälsoinstitut (2011). *Miljöer och produkter - Kunskapsunderlag till folkhälsopolitisk rapport 2010*, Östersund.
2. Länsstyrelsen i Örebro län. Elektronisk referens, 2014-05-12:
<http://www.lansstyrelsen.se/orebro/Sv/miljo-och-klimat/miljomal/nar-vi.malen/Pages/default.aspx>
3. Statens folkhälsoinstitut. Elektronisk referens, 2013-12-16: <http://www.fhi.se/Om-oss/Overgripande-mal-for-folkhalsa/5-Miljoer-och-produkter/>
4. Örebro läns landsting (2011). *En god och jämlik hälsa i Örebro län? Valfärdsboks slut år 2010 ur ett jämlikhetsperspektiv* Samhällsmedicinska enheten Örebro läns landsting, Örebro.
5. Sveriges kommuner och landsting (2009). *Fallskador bland äldre – en sammanfattning av en kunskapsöversikt om fallskador*. SKL Stockholm.
6. Myndigheten för samhällsskydd och beredskap. Elektronisk referens, 2013-10-01, statistikdatabas på www.msb.se.
7. Socialstyrelsen. Elektronisk referens, 2013-09-25. Statistikdatabas på www.socialstyrelsen.se.
8. Sveriges kommuner och landsting (2009). *Fallskador bland äldre – en sammanfattning av en kunskapsöversikt om fallskador*, Stockholm.
9. Örebro län landsting (2011). *Liv & hälsa ung 2011*, Samhällsmedicinska enheten Örebro läns landsting, Örebro.
10. Socialstyrelsen (2007). *Statistik över skador bland barn i Sverige – avsiktliga och oavsiktliga*. Socialstyrelsen Stockholm.
11. Socialstyrelsen (2011). *Förslag till nationell handlingsplan för säkerhetsfrämjande arbete för äldre personer Fokus på fall-, trafik-, brand- och drunkningsolyckor, självmord samt våld och andra brottsliga handlingar*. Socialstyrelsen Stockholm.
12. Socialstyrelsen. Elektronisk referens 2014-01-16: <http://www.socialstyrelsen.se/alldre/valdmotaldre>.
13. Örebro läns landsting (2012). *Hälsa på lika villkor*, Örebro.
14. Ungdomsstyrelsen (2012). *Fokus 12 Levnadsvillkor för unga med funktionsnedsättning*. Ungdomsstyrelsens skrifter 2012:3, Stockholm.
15. Selander, J et al. (2009). *Long-term exposure to road traffic noise and myocardial infarction*, *Epidemiology* 2009 Mar;20(2):272-9
16. Örebro läns landsting (2012). *Landstinget miljö- och hållbarhetsprogram 2012-2015*.
17. Örebro läns landsting 2014. *Miljö- och hållbarhetsredovisning 2012-2013*. Örebro.

Målområde 6

1. Sveriges kommuner och landsting (2013). *Hälsofrämjande hälso- och sjukvård Positionspapper, september 2013*, Stockholm.
2. Statens folkhälsoinstitut (2013). Uppdrag om delmål m.m. inom ramen för en "En strategi för genomförandet av funktionshinderspolitiken 2011-2016" Dnr VERK 2011/442, Statens folkhälsoinstitut:2013
3. Nilsson Leif (2012). *Hälsopromotion för landets äldre befolkning En genomgång av litteratur och projekterfarenheter*, Nota Bene nr 38. Örebro läns landsting, Örebro.
4. Behm, L., et al.; Positive health outcomes following health-promoting and disease-preventive interventions for independent very old persons: Long-term results of the three-armed RCT Elderly Persons in the Risk Zone, *Arch. Gerontol. Geriatr.* (2014), <http://dx.doi.org/10.1016/j.archger.2013.12.010>
5. Andersson Barbro (2014). *Utbud och miljöer för fysisk aktivitet för 65+ En kartläggning Örebro län*. Örebro läns idrottsförbund, Örebro.
6. Johansson, M., et al. (2007). *Fysisk aktivitet, matvanor och övervikt i Örebro län*. 2007 Örebro läns landsting, Örebro läns idrottsförbund. Örebro.

Målområde 7

1. Örebro läns landsting (2012). *Folkhälsoplan med folkhälsopolitiska mål. En god och jämlik hälsa i Örebro län 2012-2015*, Örebro.
2. Smittskyddsinstitutet. Elektronisk referens 2013-12-10:
<http://www.smi.se/prestjansst/presmeddelanden-och-pressinbjudningar/2013/nu-minskar-antibiotikaforbrukningen-i-hela-sverige/>.
3. Smittskyddsinstitutet (2009). *Pressmeddelande från Strama och Smittskyddsinstitutet 2009-06-10*.

Målområde 8

1. UNFPA (1994). *International Conference on Population and Development – ICPD - Programme of action*.
2. Statens Folkhälsoinstitut (2010). *Folkhälsopolitisk rapport 2010 Framtidens folkhälsa – allas ansvar*. Statens Folkhälsoinstitut, Östersund.
3. FN:s konvention om rättigheter för personer med funktionsnedsättning. Nedladdat 2013-10-02 från <http://www.1177.se/Orebro/lan/Tema/Barn-och-foraldrar/Barn-i-varden/Barn-med-funktionsnedsattning/Om-konventionen-om-rattigheter-for-personer-med-funktionsnedsattning/?ar=True>
4. Brottsförebyggande rådet (2013). *Våldtäkt och sexualbrott*. Hämtad 2013-02-25 från [http://bra.se/brott--statistik/våldtäkt-och -sexualbrott.html](http://bra.se/brott--statistik/valdtaekt-och-sexualbrott.html).
5. Socialstyrelsen och Statens folkhälsoinstitut (2013). *Folkhälsa i Sverige – årsrapport 2013*. Stockholm.
6. Socialstyrelsen (2005). *Våld mot kvinnor med psykiska funktionshinder – förekomst, bemötande och tillgång till stöd*, Stockholm.
7. Brottsförebyggande rådet (2007). *Våld mot personer med funktionshinder*. Rapport 2007:26. Edita Norstedts, Västerås.
8. European union agency for fundamental rights (2014). *Violence against women: an EU-wide survey*
9. Lisa Jones, Mark A. Bellis, Sara Wood, Karen Hughes, Ellie McCoy, Lindsay Eckley, Geoff Bates, Christopher Mikton, Alana Officer, and Tom Shakespeare (2012). *Violence against children with disabilities*. In: Social determinants of health and well-being among young people. Health Behaviour in School-aged Children (HBSC) study: international report from the 2009/2010 survey. (pages 44-45). Eds: Candace Currie, Cara Zanotti, Antony Morgan, Dorothy Currie, Margaretha de Looze, Chris Roberts, Oddrun Samdal, Otto R.F. Smith and Vivian Barnekow. Health Policy for Children and Adolescents, No. 6. WHO Regional Office for Europe.
10. Smittskyddsinstitutet (2013). *Klamydiainfektion*. Smittskyddsinstitutets databas på nätet: <http://www.smittskyddsinstitutet.se/statistik/klamydiainfektion/#exp>.

Målområde 9

1. Yrkesföreningen för fysisk aktivitet och Svenska Läkaresällskapet www.yfa.se 131213.
2. Currie C et al (2004). Young people's health in context. Health behavior in school-aged children. WHO. Copenhagen.
3. Statens Folkhälsoinstitut (2008). Äldres miljöer för fysisk aktivitet – samhällsplanering för ökad fysisk aktivitet och ett hälsosamt äldre. Östersund.
4. Statens folkhälsoinstitut www.fhi.se/Aktuellt/Nyheter/Var-femte-yngre-person-med-funktionsnedsattning-motionerar-aldrig/ 131213.
5. Statens Folkhälsoinstitut (2012). *Hälsa och välfärd hos barn och unga med funktionsnedsättning*. Östersund.
6. Centrum för idrottsforskning (2013). *Dolda utmaningar – om unga idrottare med osynliga funktionsnedsättningar*. Stockholm.
7. Handisam (2013). *Hur är läget 2013? Uppföljning av funktionshinderpolitiken*. Serie 2013:1 www.handisam.se.
8. Ekblom-Bak E et al (2012). Minskat stillasittande lika viktigt som ökad fysisk aktivitet. *Läkartidningen* 2012;9:587-88.
9. www.handikappidrott.se/orebro 131205.

Målområde 10

1. Nilsson, E et al (2009). *Det är aldrig för sent!* R 2009:18. Statens folkhälsoinstitut, Östersund.
2. Bergström, Sandström, och Sundblom (2007). *Mat, rörelse och hälsa i gruppboenden*. Stockholms läns landsting, Centrum för folkhälsa, 2008. Rapport 38, Stockholm.
3. Arnhof, Y (2008). *Onödig ohälsa Hälsoläget för personer med funktionsnedsättning*. Statens folkhälsoinstitut, R 2008:13, Edita Västerås.
4. Folkhälsomyndigheten (2014). *Frukt och grönsakskonsumtion i Sverige - läns- och kommundata 2008-2011* <http://www.folkhalsomyndigheten.se/publicerat-material/publikationer/Frukt-och-gronsakskonsumtion-i-Sverige---lans--och-kommundata-2008-2011/>. Tillgänglig 2014-01-16.
5. Socialstyrelsen (2011). *Undernäring ger onödigt lidande och dyr vård*. Pressmeddelande 2011-09-01. <http://www.socialstyrelsen.se/nyheter/2011september/undernaringgeronodigtlidandechochdyrvard>. Tillgänglig 2014-03-20.
6. Livsmedelsverket (2007). *Bra mat i förskolan*, Uppsala.
7. Livsmedelsverket (2007). *Bra mat i skolan*, Uppsala.
8. Livsmedelsverket (2014). Kvalitetskrav för bra måltider http://www.slv.se/upload/dokument/mat/kompetenscentrum_maltider/kvalitetskrav_upphandling.pdf Tillgänglig 2014-04-07.

Målområde 11

1. Folkhälsomyndigheten. Elektronisk referens: 2014-02-05: <http://folkhalsomyndigheten.se/amnesomraden/andts/samband-mellan-alkohol-narkotika-tobak-och-spel/>.
2. Regeringskansliet (2011). *En samlad strategi för alkohol-, narkotika-, dopnings- och tobakspolitiken*. Regeringens proposition 2010/11:47, Stockholm.
3. Statens folkhälsoinstitut (2010). *Tonårsparlören – klokbok om alkohol för tonårsföräldrar*, Östersund.
4. Centralförbundet för alkohol och narkotikaupplysning (2013). *Färre alkoholkonsumenter och minskat drickande*. Alkohol och Narkotika nr3/2013.
5. Statens folkhälsoinstitut (2011). *Hälsan hos barn och unga med funktionsnedsättning*. Elektronisk referens: 2013-12-13: <http://www.fhi.se/PageFiles/12282/A-2011-08-Halsan-hos-barn-o-unga-m-funktionsnedsattning-1-2.pdf>
6. Örebro läns landsting (2011) *Liv & hälsa ung 2011*. Samhällsmedicinska enheten Örebro läns landsting, Örebro.
7. Statens folkhälsoinstitut (2011). Riskbruk. Elektronisk referens 2013-12-13: <http://www.fhi.se/Vart-uppdrag/Alkohol-narkotika-dopning-tobak-och-spel/Alkohol1/Riskbruk>.
8. CDUT (2013). *Liv & hälsa i Mellansverige 2012*– Resultat från folkhälsoundersökningen *Hälsa på lika villkor?*, Landstingen i Uppsala (C), Sörmlands (D), Västmanlands (U) och Örebro (T) län.
9. Socialstyrelsen (2011). *Nationella riktlinjer för sjukdomsförebyggande metoder 2011. Tobaksbruk, riskbruk av alkohol, otillräcklig fysisk aktivitet och ohälsosamma matvanor*, Stockholm.
10. Rikshandboken barnhälsovård. Elektronisk källa, 2014-01-16: <http://www.rikshandboken-bhv.se/Texter/Barns-yttre-och-inre-miljo/Barn-och-rokning-snusning/>.
11. Tobaksfakta. Elektronisk referens, 2014-01-10 <http://tobaksfakta.se/fakta/om-passiv-rokning>.
12. Örebro läns landsting (2012). *Mödrahälsovårdens rapport 2012*, Örebro.
13. Socialstyrelsen (2009) *Öppna jämförelser 2009 folkhälsa*, Stockholm.
14. Statens folkhälsoinstitut. Elektronisk referens: 2013-12-13: <http://www.fhi.se/Vart-uppdrag/Alkohol-narkotika-dopning-tobak-och-spel/Dopning>.

Resultat

1. Statskontoret(2013). Utvärdering av uppföljningssystemet för den nationella folkhälsopolitiken 2013:4.



ÖREBRO LÄNS
LANDSTING

www.orebroll.se

Postadress: Örebro läns landsting, Samhällsmedicinska enheten, Box 1613, 701 16 Örebro.

Besöksadress: Eklundavägen 11, Örebro. E-post: samhallsmedicin@orebroll.se

Telefon vxl 019–602 70 00, telefax 019–602 70 49.