

Kommunalt folkhälsoarbete som kan minska hälso- skillnader

*Intervjuer för EU:s DETERMINE-projekt med
företrädare för åtta kommuner: Malmö,
Kristianstad, Växjö, Nynäshamn, Botkyrka,
Örebro, Falun och Umeå*

Innehåll

FÖRORD.....	5
SAMMANFATTNING.....	6
SUMMARY.....	8
1. PROJEKTET DETERMINE - ETT EU-KONSORTIUM FÖR ATT MINSKA OJÄMLIKHET I HÄLSA.	10
1.1 <i>Utgångspunkt och mål för projektet DETERMINE</i>	10
1.2 <i>Anknytning till WHO:s kommission om sociala bestämningsfaktorer för hälsa</i>	10
1.3 <i>Projektets organisation, arbetsgrupper och rapporter</i>	11
<i>Arbetsgruppen: Kunskap om politik för jämlik hälsa</i>	12
<i>Arbetsgruppen: Innovativa ansatser</i>	12
<i>Arbetsgruppen: Medvetandegöra och skapa kapacitet</i>	13
2. KOMMUNALT FOLKHÄLSOARBETE SOM KAN MINSKA SKILLNADER I HÄLSA- UNDERSÖKNINGENS SYFTE, TEORI, DESIGN OCH METOD	15
2.1 <i>Undersökningens syfte</i>	15
2.2 <i>Teoretiska utgångspunkter</i>	16
<i>Att påverka social stratifiering</i>	17
<i>Att påverka exponering för hälsorisker</i>	17
<i>Att påverka sårbarhet hos individen</i>	18
<i>Att påverka konsekvenser av ohälsa för individen</i>	18
<i>Att påverka den samhälleliga kontexten</i>	18
<i>Statliga och kommunala insatser</i>	19
2.3 <i>Undersökningens design och metod</i>	20
<i>Identifiering av åtta kommuner</i>	20
<i>Information om kommunerna före intervjuerna</i>	21
<i>Undersökningens datainsamlingsmetod</i>	22
3. KOMMUNERNAS INTERVJUSVAR - EN REDOVISNING FRÅGA FÖR FRÅGA	25
3.1 <i>Inledning</i>	25
3.2 <i>Hälsa och bestämningsfaktorer för hälsa</i>	26
<i>Befolkningens och olika gruppers hälsa och bestämningsfaktorer</i>	26
3.3 <i>Mål och handlingsprogram</i>	30
<i>Betydelsen av en god och jämlik hälsa i ett kommunalt utvecklingsperspektiv</i>	30
<i>Mål, strategidokument och handlingsplaner</i>	32
3.4 <i>Organisation och verksamhet</i>	37
<i>Samordning av det kommunövergripande arbetet</i>	37
<i>Verksamheter och insatser</i>	40
<i>Samverkan med andra aktörer</i>	43

<i>Den viktigaste insatsen för att minska ojämlik hälsa</i>	<i>45</i>
3.5 Verksamhetsuppföljning och utvecklingsfrågor	47
<i>Utvecklingsidéer för en bättre och mer jämlik hälsa</i>	<i>47</i>
4. UNDERSÖKNINGENS RESULTAT - METODIK, SLUTSATSER OCH BIDRAG TILL DETERMINE-KONSORTIET	51
4.1 Inledning	51
4.2 Metodologiska aspekter	51
<i>Undersökningens trovärdighet, tillförlitlighet och opartiskhet</i>	<i>51</i>
<i>Undersökningens överförbarhet</i>	<i>55</i>
4.3 Undersökningens slutsatser	55
<i>Befolkningens och olika gruppers hälsa och bestämningsfaktorer</i>	<i>56</i>
<i>Betydelsen av en god och jämlik hälsa i ett kommunalt utvecklingsperspektiv</i>	<i>57</i>
<i>Mål, strategidokument och handlingsplaner</i>	<i>57</i>
<i>Samordning av det kommunövergripande arbetet</i>	<i>58</i>
<i>Verksamheter, insatser och samverkan</i>	<i>58</i>
<i>Den viktigaste insatsen för att minska ojämlik hälsa</i>	<i>59</i>
<i>Utvecklingsidéer för en bättre och mer jämlik hälsa</i>	<i>60</i>
<i>Slutsatser av slutsatserna</i>	<i>60</i>
4.4 Undersökningens bidrag till DETERMINE-konsortiet	61
<i>Fortsatt arbete när det gäller kapacitetsuppbyggnad</i>	<i>61</i>
REFERENSER	63
BILAGOR	65
<i>Bilaga 1: Utvidgad intervjuguide</i>	<i>65</i>
<i>Bilaga 2: Malmö stad</i>	<i>68</i>
<i>Bilaga 3: Kristianstads kommun</i>	<i>76</i>
<i>Bilaga 4: Växjö kommun</i>	<i>83</i>
<i>Bilaga 5: Nynäshamns kommun</i>	<i>89</i>
<i>Bilaga 6: Botkyrka kommun</i>	<i>95</i>
<i>Bilaga 7: Örebro kommun</i>	<i>104</i>
<i>Bilaga 8: Falu kommun</i>	<i>111</i>
<i>Bilaga 9: Umeå kommun</i>	<i>116</i>

Förord

DETERMINE är ett treårigt (2007–2010) EU-initiativ med syfte att bidra till minskade hälsoskillnader inom Europa. Målet med projektet är att öka kunskapen och kapaciteten hos beslutsfattare inom alla politikområden, så att de tar hänsyn till hälsa och jämlik hälsa när beslut fattas. DETERMINE anknyter på ett praktiskt plan och inom EU till det arbete som har genomförts av WHO:s globala kommission om sociala bestämningfaktorer för hälsa (2005–2008). Statens folkhälsoinstitut (FHI) deltar i DETERMINE-projektet tillsammans med ett femtiotal organisationer från 24 europeiska länder.

Under 2008 har FHI intervjuat svenska kommunpolitiker för DETERMINE-rapporten "Voices from Other Fields". Det framkom då att arbetet med att minska hälsoskillnader bland annat behöver lyftas fram med goda exempel. För att det kommunala folkhälsoarbetet ska fungera behövs det, enligt de intervjuade politikerna, en klar politisk vilja, tydliga handlingsplaner, strategier för samverkan och att stuprörstänkandet i olika verksamheter bryts.

Med detta som grund har Statens folkhälsoinstitut i det nu aktuella delprojektet under hösten 2009 intervjuat representanter för åtta kommuner, där kommunerna genom mål och handlingsprogram, organisation och verksamheter kan sägas utgöra exempel på kommunalt folkhälsoarbete som kan minska hälsoskillnader. De valda kommunerna är från söder till norr: Malmö, Kristianstad, Växjö, Nynäshamn, Botkyrka, Örebro, Falun och Umeå.

I rapporten presenteras i det första kapitlet DETERMINE-projektet mer utförligt då det gäller mål, organisation, arbetsgrupper och rapporter. Därefter redovisas i ett andra kapitel det nu aktuella delprojektet med fokus på bakgrund, identifiering av de åtta kommunerna, data om kommunerna och intervjufrågor. I kapitel tre presenteras resultatet av kommunernas intervjusvar. I kapitel fyra redovisas undersökningens slutsatser och bidrag till DETERMINE-projektet. Slutligen presenteras en utvidgad intervjuguide och sammanfattningarna från kommunintervjuerna i nio bilagor.

Rapporten har författats av *Bernt Lundgren*, folkhälsopolitisk expert, och *Jenny Telander*, utredare, båda vid Avdelningen för analys och uppföljning, Statens folkhälsoinstitut. Rapporten har granskats av professor *Per Tillgren*, Mälardalens högskola och Karolinska Institutet.

Rapporten vänder sig till politiker och tjänstemän på såväl kommunövergripande nivå som inom sociala och tekniska fackområden.

Östersund, maj 2010

Sarah Wamala
Generaldirektör

Sammanfattning

Statens folkhälsoinstitut medverkar i projektet DETERMINE som är ett treårigt (2007–2010) EU-initiativ med syfte att bidra till minskade hälsoskillnader inom Europa. DETERMINE anknuter till arbetet i WHO:s globala kommission om sociala bestämningsfaktorer för hälsa (2005–2008). Ett arbetsområde inom DETERMINE är att ta reda på vilka verktyg som beslutsfattare behöver för att både vilja och kunna medverka i ett sektorsövergripande arbete för att minska hälsoskillnader. I en intervju med svenska politiker 2008 fick institutet svaret att goda exempel är ett sådant verktyg.

Rapporten innehåller en beskrivning och en analys av intervjuer med företrädare för åtta svenska kommuner: Malmö, Kristianstad, Växjö, Nynäshamn, Botkyrka, Örebro, Falun och Umeå. Kommunerna utgör exempel på kommuner som försöker att minska skillnader i hälsa. Kriterierna för val av kommuner berör mål och handlingsplaner, styrning och samordning samt verksamheter och konkreta åtgärder. Bland resultaten från intervjuerna finns följande:

En god och jämlik folkhälsa ses allmänt av kommunrepresentanterna som en förutsättning för en positiv utveckling av respektive kommun. Detta synsätt är särskilt uttalat hos de politiker som har intervjuats. Alla intervjuade kommuner har ett övergripande mål om en god och jämlik hälsa hos befolkningen i en av kommunfullmäktige antagen folkhälsostrategi eller motsvarande. Samtliga kommuner har även en plan för folkhälsoarbetets inriktning och för hur folkhälsoarbetet ska bedrivas. Att ta fram mål och handlingsprogram ses som en process där det är viktigt att involvera flera aktörer och att integrera arbetet med annat pågående utvecklingsarbete inom kommunen.

Modellerna för styrning och samordning varierar bland kommunerna inom ramen för tre styrningsnivåer: styrning genom politiker i form av kommunstyrelsen och särskilt utsedda politiker, samordnad styrning genom ett nätverk av tjänstemän från kommunens olika verksamheter samt styrning inom respektive verksamhet via chefstjänstemän som har tilldelats ett folkhälsoansvar. I de flesta kommunerna som ingår i studien överlåter man till den genomförande förvaltningen att anpassa kommunens strategiska mål till sin egen verksamhet för att sedan kunna koppla dessa till verksamhetsuppföljningen.

Flera sektorer och verksamheter är engagerade i folkhälsoarbetet, både sociala och tekniska. Verksamheterna är, med variation mellan kommunerna, inriktade på barn och ungas uppväxtvillkor, förutsättningar för utbildning, arbetsmöjligheter, hälsa i arbetslivet samt miljöer och produkter. Andra verksamheter gäller sexuell hälsa, ungdomars delaktighet, fysisk aktivitet, matvanor och livsmedel, tobak, alkohol och droger samt hälsosamt åldrande för äldre och blivande äldre. En viktig fråga i flera kommuner är personalens hälsa och arbetsmiljö. Ett bra personalarbete ger positiva spridningseffekter även till befolkningen i kommunen. Samtliga kommuner samverkar med både andra offentliga aktörer – främst landsting och kommuner – och med olika organisationer.

Några slutsatser av studien är att de åtta kommuner som har undersökts kan anses utgöra goda exempel på kommuner med ett folkhälsoarbete som kan minska hälsoskillnader. Styrkan ligger framför allt i kommunernas samordning och styrning av arbetet, i deras utveckling av folkhälsoarbetet inom flera verksamheter, i deras samverkan med andra aktörer samt i uppföljning och idéutveckling.

Andra slutsatser är att innebörden av målet om en hälsa på lika villkor behöver tydliggöras, att människors livsvillkor – särskilt utbildning, sysselsättning och ekonomiska resurser – behöver betonas mer och lyftas fram för insatser jämsides med hälsorelaterade levnadsvanor. Folkhälsoarbetet behöver även understödjas av mätning av hälsa och bestämningsfaktorer för hälsa i ett jämlikhetsperspektiv.

Ytterligare ett resultat är att kommunernas erfarenheter och idéutveckling bedöms som möjliga att överföra även till andra kommuner i den meningen att de som goda exempel på ett folkhälsoarbete som kan minska hälsoskillnader kan fungera som idégivare även till andra kommuner i deras arbete med att utveckla den lokala folkhälsopolitiken.

Summary

The Swedish National Institute of Public Health (SNIPH) is participating in the EU-project, DETERMINE, which is a three-year (2007-2010) initiative aiming to contribute to reducing health inequalities in Europe. The DETERMINE project is related to the work of the WHO Commission on Social Determinants of Health (2005-2008). A part of the DETERMINE project has focused on identifying what tools decision makers need to be willing and able to participate in multi-sectoral efforts to reduce health disparities. Interviews with Swedish policymakers in 2008 brought to light that best practices in municipal public health work could be one such tool.

This report contains a description and analysis of interviews with representatives from eight Swedish municipalities - Malmö, Kristianstad, Växjö, Nynäshamn, Botkyrka, Örebro, Falun and Umeå. The municipalities were selected based on criteria concerning goals and policies on reducing health inequities, organisation and management as well as operations and concrete action. The findings from the interviews include the following:

Good and fair health is generally accepted by representatives of the municipalities as a prerequisite for positive development in each municipality. This view is particularly distinct among the local politicians who were interviewed. The interviewed municipalities all have an explicit overall goal of attaining a high and equal level of health in the population as expressed in a Public Health Strategy or the equivalent that has been adopted by the City Council. All of the municipalities also have a plan for public health work and how it should be conducted. Developing goals and action plans is seen as a process where it is important to involve multiple stakeholders and to integrate the process with other ongoing development within the municipality.

Models for the management and coordination of public health work vary among the municipalities interviewed. Three management levels were identified: management through municipal and nominated politicians, co-ordinated management through a network of civil servants from the various municipal operations, and management within each respective operation by managers whom have been assigned a public health responsibility. Most municipalities charge their executive administrations with the task of adapting the municipality's overall strategic goals to fit their own operations to then be able to tie the goals to the monitoring of executive operations.

Several sectors and operations are involved in public health work, both "social" and "technical". With variations between the different municipalities, activities are targeted at the conditions for growth of children and young people, educational conditions, job opportunities, occupational health, environments and products. Other activities concern sexual health, youth participation, physical activity, diet and food, tobacco, alcohol and drugs, and healthy aging for the elderly and future elderly. A crucial issue in many municipalities is the health of municipal employees. Promoting health among the staff

provides positive spill-over effects on the population in general, since the municipality often employs a substantial part of the local population. All of the municipalities collaborate with various organisations and other public actors, mainly county councils and other municipalities.

One conclusion of this study is that the eight municipalities that have been interviewed can be regarded as good examples of municipalities with public health work that may reduce health disparities. Their strength lies mainly in the local coordination and management of the work, in their development of public health work in several different activities, in their interaction with other actors, and in the follow-up and development of ideas.

Another conclusion is that the meaning of the goal of 'health on equal terms' needs further clarification, and that people's living conditions, particularly with regard to education, employment and economic resources, need to be emphasized more and highlighted among the public health efforts along with activities geared toward health-related lifestyles. Public health efforts also need to be supported by the measurement of health and determinants of health from a gender perspective.

A further conclusion is that local experience and the development of ideas can be transferred to other municipalities in the sense that they are good examples of public health work that can reduce health disparities and inspire other municipalities in their efforts to develop local public health policy.

1. Projektet DETERMINE

- ett EU-konsortium för att minska ojämlikhet i hälsa

1.1 Utgångspunkt och mål för projektet DETERMINE

Ojämlikhet i hälsa förekommer inom alla EU:s länder och mellan länderna oberoende av om hälsa mäts som dödlighet, sjuklighet eller självskattad hälsa. Denna ojämlikhet i hälsa kan minskas genom att påverka hälsans sociala bestämningsfaktorer, det vill säga de ekonomiska och sociala livsvillkor under vilka människor föds, växer upp, bor, arbetar och åldras. Medan ganska mycket är känt om sociala orsaker till ohälsa och skillnader i hälsa, är kunskapen mindre om hur hälsoskillnaderna kan påverkas.

DETERMINE¹ är ett treårigt (2007–2010) EU-initiativ för att stimulera till konkret handling för att påverka de sociala bestämningsfaktorerna för hälsa så att skillnaderna i hälsa kan minskas. Det är ett konsortium som består av drygt 50 hälsoorganisationer: folkhälsoinstitut, regeringar och akademiska organisationer från 24 europeiska länder – en av de största grupperingarna av den här typen sedan EU:s Hälsoprogram² startade. Statens folkhälsoinstitut är en så kallad associerad partner och representerar Sverige. EU stödjer projektet ekonomiskt med cirka 50 procent av kostnaderna. Medverkande organisationer bidrar med resterande summa.

Det övergripande målet för DETERMINE:s arbete är att öka kunskapen och kapaciteten hos beslutsfattare inom alla politikområden, så att de tar hänsyn till hälsa och jämlikhet i hälsa vid policyutveckling. Detta kräver mycket mer samarbete än någonsin tidigare mellan hälsosektorn och andra sektorer.

1.2 Anknytning till WHO:s kommission om sociala bestämningsfaktorer för hälsa

DETERMINE anknyter på ett praktiskt plan och inom EU till arbetet som har genomförts av WHO:s globala kommission om sociala bestämningsfaktorer för hälsa (2005–2008).³ Denna kommission har haft i uppdrag att visa vilka möjligheter som finns att uppnå en jämlik hälsa och hur världssamfundet kan mobiliseras för denna uppgift. Kommittén har funnit att de stora hälsoskillnaderna inom och mellan länder beror på de förhållanden under vilka människor föds, växer upp, bor, arbetar och åldras. Dåliga och

¹ Det fullständiga namnet på projektet är DETERMINE – an EU Consortium for Action on the Socio-economic Determinants of Health.

² EU:s Hälsoprogram utlyser årligen projektmedel till fleråriga europeiska folkhälsoprojekt. Den första programperioden omfattade 2003–2007. Den nuvarande perioden omfattar 2008–2013. Se http://ec.europa.eu/health/ph_programme/pgm2008_2013_en.htm.

³ Se http://www.who.int/social_determinants/en/.

ojämlika levnadsförhållanden är i sin tur en följd av bristfällig socialpolitik och bristfälliga sociala program, orättvisa ekonomiska strukturer och dålig politik i allmänhet.

Kommittén framhåller i sin slutrapport "Closing the gap in a generation" (CSDH, 2008) att sociala skillnader i hälsa kan utjämnas inom en generation om följande övergripande rekommendationer beaktas:

- Förbättra förutsättningarna för människors dagliga liv.
- Angrip den ojämlika fördelningen av makt, pengar och resurser – globalt, nationellt och lokalt.
- Utveckla och använd metoder för att mäta och följa ojämlikheten i hälsa, utveckla kunskapsbasen, utbilda människor som är tränade att se hälsans sociala bestämningsfaktorer och utveckla människors medvetenhet om dessa.

Åtgärder för att påverka de sociala bestämningsfaktorerna för hälsa kräver engagemang av regeringar, det civila samhället och lokala grupper, näringslivet, globala forum och internationella organ. Politiken och programmen måste omfatta alla centrala samhällssektorer, inte bara hälso- och sjukvården. Detta synsätt och kommitténs rekommendationer har Världshälsoförsamlingen ställt sig bakom vid dess 62:a möte i maj 2009 (WHO, 2009). Synsättet ligger även väl i linje med EU:s målsättning att föra in hälsa i alla politikområden, och även med den svenska folkhälsopolitiken som har som övergripande nationellt mål att skapa samhälleliga förutsättningar för en god hälsa på lika villkor för hela befolkningen.

1.3 Projektets organisation, arbetsgrupper och rapporter

Arbetet i DETERMINE genomförs inom ramen för sju arbetsgrupper (work packages).

Nätverket EuroHealthNet⁴ samordnar projektet i samarbete med projektledaren, det tjeckiska folkhälsoinstitutet (The Czech National Institute of Public Health), och ledarna för arbetsgrupperna. EuroHealthNet samordnar även möten då hela konsortiet av organisationer träffas. Hittills har detta skett en gång per år och i det land som vid tidpunkten för mötet har varit EU:s ordförandeland: Portugal 2007, Slovenien 2008 och Tjeckien 2009. Ett avslutande konsortiemöte ska hållas i Belgien 2010. Allt som sker i projektet utvärderas. Det finska Centret för hälsofrämjande (Finnish Centre for Health Promotion) har ansvar för detta. Projektet har även en webbportal för informationsspridning där allt väsentligt material läggs ut.⁵ För denna ansvarar Federala centret för hälsoutbildning (Die Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung) i Tyskland.

Utöver de nämnda arbetsgrupperna samordning, utvärdering och informationsspridning, finns det tre andra grupper som har mer undersökande uppdrag. Det är arbetsgruppen Kunskap om politik för jämställd hälsa som leds av det irländska folkhälsoinstitutet

⁴ EuroHealthNet är ett europeiskt nätverk som består av nationella och regionala folkhälsoinstitut eller motsvarande. Se www.eurohealthnet.eu.

⁵ Se <http://www.health-inequalities.eu>.

(Institute of Public Health in Ireland), arbetsgruppen *Innovativa ansatser* som leds av Centrum för social marknadsföring i England (National Social Marketing Centre) och arbetsgruppen *Kunskaps- och kapacitetsuppbyggnad* som leds av EuroHealthNet och International Union for Health Promotion and Education (IUHPE).

Arbetsgruppen: Kunskap om politik för jämlik hälsa

Arbetsgruppen *Kunskap om politik för jämlik hälsa* är inriktad på att kartlägga politik för jämlik hälsa i politikområden utanför hälso- och sjukvården, och granska insatsers kostnadseffektivitet.

Huvudfrågan för arbetsgruppen är i vilken utsträckning det finns explicit eller implicit politik i politikområden utanför hälso- och sjukvården som syftar till att förbättra människors hälsa och minska hälsoskillnader. 16 av konsortiets medlemmar har undersökt denna fråga i de egna länderna (Lavin & Metcalf, 2008).

Resultatet visar att det i dag inte tas tillräcklig hänsyn till hälsofrågor trots att det finns stora hälsoskillnader både mellan och inom EU:s medlemsländer. Det finns strategier för social integrering och fattigdomsbekämpning som har betydelse för hälsoutvecklingen, men medvetenheten om hur hälsan påverkas av dessa strategier och vad som skapar jämlik hälsa behöver förbättras.

Det finns enligt författarna vissa lovande politiska initiativ för att minska hälsoskillnader inom sektorer som utbildning, sysselsättning, välfärd, ekonomi, miljö och bostäder. Även arbetet med hälsokonsekvensbedömningar (HKB) inför politiska beslut utvecklas, men HKB genomförs inte systematiskt och effekter på jämlikhet i hälsa analyseras sällan. Att inkludera jämlikhet i bedömningarna skulle därför vara ett viktigt steg framåt.

På motsvarande sätt som denna kunskap har tagits fram genom analys av publicerad och grå litteratur⁶ har också 13 av konsortiets medlemmar analyserat olika kostnadseffektivitetsanalyser (Lavin & Metcalf, 2009). Utgångspunkten har varit att dessa analyser bör kunna ge underlag för ekonomiska argument att minska ojämlik hälsa. De exempel som man har fått fram visar också att vissa analyser innehåller användbar information för att satsa på en jämlik hälsa med ekonomiska argument som bas.

Arbetsgruppen: Innovativa ansatser

Arbetsgruppen *Innovativa ansatser* är inriktad på att identifiera innovativa sätt att påverka hälsorelaterade levnadsvanor bland socialt utsatta människor, och att pröva idéer i några pilotprojekt.

Den här arbetsgruppen har en annan inriktning än den som ägnar sig åt att kartlägga politik för jämlik hälsa i sektorer utanför hälso- och sjukvården. Här undersöks arbete som görs på mikronivå tillsammans med utsatta och sårbara grupper där syftet är att förbättra deras liv och att stimulera till hälsofrämjande levnadsvanor (Christopoulos, McVey & Crosier, 2008).

⁶ Med grå litteratur avses litteratur som inte har publicerats via traditionell förlagsutgivning. Det kan till exempel röra sig om konferensbidrag, forskningsrapporter och utredningar.

Kartläggningen redovisar innovativa insatser genom offentlig-privata partnerskap bland grupper med arbetslöshet, drogmissbruk och smittsam sjukdom som hiv/aids.

Den visar även hur man kan använda marknadsföringsmetodik för att påverka beteenden, så kallad social marknadsföring. I ett sådant projekt försöker man minska social ojämlikhet bland socialt missgynnade grupper genom riktade insatser inom områdena kost, fysisk aktivitet, rökning och alkohol. I ett annat försöker man aktivera missgynnade grupper att delta i ett screeningprogram för att upptäcka cancer. Även andra stödprojekt finns.

Det man har fått fram i kartläggningen av innovativa ansatser har man lagt till grund för tre pilotprojekt som ska tydliggöra hur social marknadsföring och offentlig-privata partnerskap kan användas.

Arbetet i de två nämnda arbetsgrupperna har sammanfattats i DETERMINE:s första årsrapport 2008, "Action Summary: Improving Health Equity via the Social Determinants of Health in the EU. Update on the first year of work by the DETERMINE Consortium" (DETERMINE Consortium, 2008). Rapporten har på svenska fått titeln "Aktion för jämlik hälsa - SAMMANFATTNING" (DETERMINE-konsortiet, 2008). Där framhålls det bland annat att social rättvisa, jämlikhet och ekonomisk tillväxt är viktiga värden inom EU och medlemsländerna, men för att uppnå dem behövs minskade hälsoskillnader och mer rättvis hälsa. Rapportens huvudbudskap är att arbetet för att minska hälsoskillnader måste bli mer systematiskt och att verkliga framsteg kan nås genom att jämlik hälsa prioriteras på högsta regeringsnivå. Frågan integreras ännu inte i de flesta nationella och internationella huvudmålen, vilket är särskilt påfallande när det gäller EU:s uppdaterade Lissabonstrategi, enligt konsortiet. Först då frågan integreras i de övergripande målen kan konsekventa åtgärder genomföras för att se till att all politik bidrar till att förbättra hälsan. Rapporten finns redovisad i svensk översättning på Statens folkhälsoinstituts webbplats.⁷

Arbetsgruppen: Medvetandegöra och skapa kapacitet

Sverige ingår i en tredje arbetsgrupp med undersökande uppdrag. Det är gruppen Medvetandegöra och skapa kapacitet som har arbetat med att undersöka vilken information och vilka verktyg som beslutsfattare behöver för att både vilja och kunna medverka i ett sektorsövergripande arbete för att minska hälsoskillnaderna.

Resultaten från detta arbete har redovisats 2009 i rapporten "Voices from Other Fields" (Fasso, 2009). Se Statens folkhälsoinstituts webbplats. Den sammanfattar 40 intervjuer som har gjorts med beslutsfattare i 19 EU-länder i sektorer utanför hälsosektorn. Intervjuerna sätter fokus på beslutsfattarnas kunskap om sambandet mellan ojämlika livsvillkor och ojämlik hälsa, deras beredskap att samverka med hälsosektorn för att minska hälsoskillnader samt deras behov av information och andra verktyg för att medverka i sektorsövergripande arbete. Ett av resultaten visar att samverkan mellan sektorer bör ha politiskt stöd och vägledas av mätbara mål. Det är också viktigt att hälsosektorn bygger ut sin kapacitet för kommunikation med andra sektorer. Kunskap

⁷ <http://www.fhi.se/Documents/Om-oss/internationellt/DETERMINE-Policy-Maker-Consultations-Report-Final-2010-01.pdf>

om hälsans sociala bestämningsfaktorer är särskilt viktig i kommunikationen, liksom försök att hitta vinna-vinna-lösningar för alla parter.

Statens folkhälsoinstitut har bidragit till rapporten "Voices from Other Fields" genom att göra fyra intervjuer i Sverige med företrädare för regioner och kommuner. Med resultatet från de nämnda intervjuerna som grund – och med anknytning till DETERMINE-konsortiets önskemål vid deras möte i Prag i maj 2009 om att alla medverkande organisationer i DETERMINE borde gå djupare ner i frågan om kapacitetsbyggande och medvetandegörande åtgärder för att minska den ojämlika hälsan – bestämde Statens folkhälsoinstitut sig för att göra nya intervjuer med kommuner vars folkhälsoarbete kunde antas utgöra goda exempel när det gäller att minska hälsoskillnader. De följande avsnitten i rapporten handlar om detta.

Under våren 2010 har DETERMINE-konsortiet haft ett avslutande möte i Bryssel och en slutrapport har redovisats med titeln *The story of DETERMINE* (DETERMINE Consortium, 2010). Huvudpunkterna i den rapporten är att DETERMINE har bidragit till en ökad medvetenhet om problemet med ojämlik hälsa, att möjliga lösningar på problemet har lyfts fram samt att åtgärder och engagemang som kan förändra situationen har stimulerats.

2. Kommunalt folkhälsoarbete som kan minska skillnader i hälsa-undersökningens syfte, teori, design och metod

2.1 Undersökningens syfte

Med rapporten "Voices from Other Fields" (Fasso, 2008) som utgångspunkt bestämdes vid DETERMINE:s konsortiemöte i Prag i maj 2009 att alla medverkande organisationer under hösten 2009 skulle genomföra aktiviteter som kan förbättra kapaciteten för att minska den ojämlika hälsan. Sex prioriterade områden redovisades av DETERMINE:s ledning: 1. Medvetandehöjande och förespråkande aktiviteter, 2. Utveckling av information och faktabas, 3. Organisatorisk utveckling, 4. Kompetensutveckling, 5. Partnerskapsutveckling och ledarskap och 6. Policyutveckling (DETERMINE Consortium, 2009).

Av dessa valde Statens folkhälsoinstitut att engagera sig i område 2 – Utveckling av information och faktabas, och att inom detta område försöka lyfta fram goda exempel på kommunalt folkhälsoarbete⁸ i termer av mål, organisation och insatser för att påverka den ojämlika hälsans sociala bestämningsfaktorer. Inriktningen på kommuner och goda exempel har sin utgångspunkt i att kommunernas arbete omfattar flera sektorer som är viktiga för människors hälsa och att de svenska kommunpolitikerna som Statens folkhälsoinstitut har intervjuat 2008 för rapporten "Voices from Other Fields" har angett goda exempel som ett viktigt verktyg för arbetet med att minska hälsoskillnader.

Statens folkhälsoinstitut genomförde under 2008 fyra så kallade halvstrukturerade intervjuer för rapporten "Voices from Other Fields" med företrädare för regioner och kommuner. Syftet med intervjuerna var att få klarlagt vilka verktyg som företrädarna ansåg att beslutsfattare på regional och lokal nivå behöver för att både vilja och kunna medverka i sektorsövergripande arbete för att minska skillnader i hälsa. Intervjupersonerna gavs möjlighet att vara anonyma och varje intervju beräknades ta en timme och hade följande huvudrubriker:

- Erfarenheter av och aktuell kapacitet för sektorsövergripande samverkan.

⁸ Folkhälsoarbete (health promotion) definieras i Folkhälsovetenskapligt lexikon som "systematiska och målinriktade hälsofrämjande och sjukdomsförebyggande insatser för att åstadkomma en god och jämlik hälsa för hela befolkningen. Åtgärderna kan både vara inriktade på att skapa för hälsan gynnsamma förutsättningar och miljöer (socialt och kulturellt, fysiskt, politiskt, ekonomiskt och emotionellt) och riktade mot individer, grupper eller institutioner för att förmedla kunskap och öka medvetenhet om samband mellan levnadsvanor och hälsa. Begreppet innefattar därför hela skalan av åtgärder från ekonomisk politik och lagstiftning till hälsoupplyftning." Se Janlert, U. (2000). Folkhälsovetenskapligt lexikon. Stockholm: Bokförlaget Natur och Kultur.

- Kunskap om social ojämlikhet, hälsa och ojämlik hälsa.
- Förutsättningar för att påverka de sociala orsakerna till den ojämlika hälsan.
- Behov av information och verktyg för att skapa bra samverkan över sektorsgränser.
- Sammanfattning.

Två intervjuade kommunpolitiker med erfarenhet från både kommunstyrelse- och folkhälsorådsarbete framhöll att utvecklingen av de kommunala hälsofrågorna kräver flera saker: en ordentlig analys av rådande förhållanden i kommunen, en politisk vilja att tydliggöra och åtgärda sådant som inte är bra samt handlingsplaner och strategier för samverkan. Ett problem, enligt politikerna, är att det inom varje sektor finns ett stuprörstänkande, det vill säga att man inte vill ta ansvar för sådant som inte rör ens verksamhetsområde. Det är svårt att bryta invanda mönster och man pratar så kallade olika språk i olika sektorer. Exempelvis pratar man ett språk inom sektorn för samhällsplanering och ett annat språk inom den sociala sektorn. Politikerna tycker att ur ett snävt kommunalt perspektiv är det viktigt att man inser att tvärsektorieell samverkan behövs för att förbättra folkhälsan och att folkhälsa görs till en samhällsplaneringsfråga. Insikten om detta förbättras successivt, men det tar tid.

För att snabba upp processen med att få in folkhälsofrågorna i samhällsplaneringen är det viktigt enligt politikerna att få tillgång till bra kunskapsunderlag om hälsa och bestämningsfaktorer. Här kan myndigheter på nationell och regional nivå som har ansvar för hälsofrågor ge stöd genom statistikunderlag och fokuserad forskning om orsakssamband, det vill säga varför vi får en ojämlik hälsa. Det är vidare viktigt anser politikerna att planerare får kunskap om hälsa och hälsokonsekvensbedömningar i sin utbildning. Annan personal som behöver sådan kunskap i sin utbildning är sjukvårdspersonal och lärare. Lärare i skolan behöver också ha ett hälsoperspektiv som inte bara fokuserar på levnadsvanor, utan också på de sociala bestämningsfaktorerna. Det är även viktigt med goda exempel och att de komplexa folkhälsofrågorna bryts ner så ”att beslutsfattarna känner sig bekväma med diskussionen och uppfattar att de kan spela en roll för lösningen av problemen”.

För att folkhälsoarbetet ska fungera behövs det sammanfattningsvis enligt de intervjuade politikerna en klar politisk vilja, tydliga handlingsplaner, strategier för samverkan och att stuprörstänkandet i olika verksamheter bryts.

Med intervjuundersökningen 2008 som utgångspunkt är syftet med den nu aktuella undersökningen att identifiera och lyfta fram goda exempel på kommunalt folkhälsoarbete med fokus på mål, organisation och insatser för att påverka den ojämlika hälsans sociala bestämningsfaktorer. Det betyder att utöver att kommunerna ska ha tydliga mål och handlingsprogram, så bör de även ha en organisation som gör att folkhälsofrågorna får genomslag i de flesta av verksamheterna samt att de har aktiva åtgärder som kan förbättra människors hälsa och minska hälsoskillnader på kort eller lång sikt. Folkhälsoarbetet bör också följas upp och utvärderas.

2.2 Teoretiska utgångspunkter

WHO:s globala kommission om sociala bestämningsfaktorer för hälsa framhåller i sin slutrapport ”Closing the gap in a generation” (CSDH, 2008) att den ojämlika hälsan kan

utjämnas inom en generation om vardagslivets villkor förbättras för människor, om den orättvisa fördelningen av makt, pengar och resurser motverkas och om hälsoproblemen mäts och åtgärder utvärderas. Den modell för påverkan av de sociala bestämningsfaktorerna för hälsa som kommittén använder, är i sina grundelement densamma som den som har väglett utredningsarbetet (SOU 1999:137, SOU 2000:91) och som slutligen resulterade i två propositioner om den svenska folkhälsopolitiken med fokus på orsakskedjor av bestämningsfaktorer för hälsa (Regeringens proposition 2002/03:35, Regeringens proposition 2007/08:110).

I propositionen Mål för folkhälsan 2002/03:35 sägs det till exempel uttryckligen att det är ”mer effektivt att inrikta folkhälsoarbetet på så kallade bestämningsfaktorer för hälsan, dvs. de livsvillkor, miljöer, produkter och levnadsvanor som påverkar folkhälsan, än på enskilda sjukdomar. Genom att åtgärda orsaker till ohälsa eller utveckla friskfaktorer tydliggörs folkhälsoarbetets politiska karaktär. Det blir ett gemensamt samhällsansvar. Ju tidigare i orsakskedjan en insats kan sättas in desto fler människor kan omfattas av insatsen och den förebyggande effekten blir större.” (s. 27). Propositionen En förnyad folkhälsopolitik 2007/08:110 understryker på motsvarande sätt att folkhälsopolitikens målområden kan delas in i två kategorier. ”Den ena omfattar bestämningsfaktorer kopplade till människors livsvillkor. Den andra kategorin omfattar bestämningsfaktorer kopplade till människors levnadsvanor och livsstil.” (s. 22). I båda propositionerna anges det att det övergripande nationella folkhälsomålet är att skapa samhälleliga förutsättningar för en god hälsa på lika villkor för hela befolkningen.

Den teoretiska modell som underbygger citaten är en modell som gör det möjligt att både förstå hur ojämlik hälsa uppkommer och hur den kan påverkas via politiska insatser (Diderichsen et al, 2001; Lundberg et al, 2008). Modellen berör följande områden

- social stratifiering
- exponering för hälsorisker
- utfall i sjukdomar och ohälsa
- sociala konsekvenser av ohälsa
- den samhälleliga kontexten.

Att påverka social stratifiering

Social stratifiering skapas via två processer. Den första är att samhället allokera makt, status och välbefinnande till olika sociala positioner, i första hand i termer av yrken. Den andra är att individer konkurrerar om de sociala positionerna och att de har större eller mindre förmåga att nå dessa positioner beroende på ålder, kön, etnicitet, social bakgrund, utbildning och så vidare. Social stratifiering kan modifieras främst genom insatser som gäller utbildning, sysselsättning och inkomstfördelning.

Att påverka exponering för hälsorisker

Människors position i samhället påverkar i vilken omfattning de är utsatta för fysiska, kemiska, psykosociala, beteendemässiga och biologiska exponeringar som ger upphov till ohälsa, sjukdom och skador. Åtgärder mot exponering för hälsorisker är den klassiska ingångspunkten för folkhälsopolitik. Inom detta område finns det i Sverige mer än 150 års erfarenhet av nationell lagstiftning och lokalt folkhälsoarbete för att förbättra sanitära förhållanden och att utveckla människors boende, näringsförhållanden,

arbetarskydd och miljöskydd. Till området hör även åtgärder för att förbättra barns levnadsvillkor, restriktioner då det gäller alkohol- och tobaksförsäljning samt åtgärder för att minska fattigdom.

Ekonomiska resurser är både en indikator på social position och en bestämningsfaktor för hälsa och ohälsa. Ekonomiska resurser har med andra ord både en statusseffekt (positionsanknytning) och en direkt konsumtionseffekt på hälsa, eller en kombination av båda. Politik som syftar till att minska inkomstskillnader och att reducera fattigdom påverkar därför ojämlik hälsa. Ekonomiska resurser fungerar som en övergripande bestämningsfaktor för andra bestämningsfaktorer, vilka har sin grund i ekonomiska förhållanden som till exempel boende, näringsriktig kost, social stress på grund av fattigdom och så vidare.

Att påverka sårbarhet hos individen

Effekten av olika exponeringar kan bero på individens sårbarhet, som i sin tur kan bero på genetisk variation eller immunologiska faktorer. Goda känslomässiga och sociala villkor under barndomen minskar till exempel sårbarheten för psykosociala exponeringar i ett livsloppsperspektiv. Sociala nätverk och socialt stöd inom familjer och andra gemenskaper kan minska sårbarhet och modifiera effekten på hälsa av andra exponeringar. En omfattande internationell litteratur har visat att reduktion av en nycklexponering som avsaknad av utbildning kan minska sårbarheten hos kvinnor för effekter av andra risker. Detta, som primärt gäller låginkomstländer, vittnar om utbildningens stora betydelse.

Att påverka konsekvenser av ohälsa för individen

Många sjukdomar och skador innebär kortare överlevnad eller att människor får en nedsatt funktionsförmåga. De konkreta konsekvenserna av detta på till exempel sysselsättning, ekonomi och socialt deltagande beror på den sociala position som individen har. Fyra områden är särskilt viktiga när det gäller biologiska, psykiska, sociala och ekonomiska konsekvenser av sjukdom och skada. Dessa är behandlande och rehabiliterande hälso- och sjukvårdstjänster, ekonomisk ersättning vid arbetsförmåga via en generös socialförsäkring samt arbetsmarknadsinsatser.

Att påverka den samhälleliga kontexten

Människors stratifiering till specifika sociala positioner som påverkar deras allmänna livsvillkor och exponeringar för hälsorisker, har samband med den samhälleliga (socioekonomiska och politiska) kontexten och de varierande strukturella drivkrafter i denna som genererar och fördelar makt, status, rikedom och risker. Till den samhälleliga kontexten hör exempelvis de politiska förutsättningarna för att styra samhället, politik inom områden som makroekonomi, utbildning och arbetsmarknad samt kulturella normer och värderingar, till exempel om jämlikhet och jämställdhet. Samhällskontexten kan vara mycket konkret som till exempel i fråga om grannskap där normer tillåter våld eller arbetsplatser som genererar stress och ohälsa. På global nivå finns resursflöden, migration av människor, skuldbetalningar med mera som påverkar det sociala kapitalet i samhället och därmed hälsans villkor för befolkningar i många länder.

Det är möjligt att värdera rättvisan i samhällskontexten. Strukturen och funktionen hos särskilda institutioner och sociala arrangemang är orättvisa om det till exempel innebär begränsad rörlighet för kvinnor, institutionaliserad rasism eller begränsad tillgång till grundutbildning på grund av avgifter. Strukturella ojämlikheter i fördelningen av kontroll av resurser och möjligheter att få kontroll är en del av samhällskontexten, vilken påverkar hälsan.

Den samhälleliga kontexten kan med andra ord påverkas genom politik för ett jämlikt och jämställt samhälle som integrerar människor med olika förutsättningar och minskar konsekvenserna av ohälsa på samhällsnivå. Det handlar bland annat om skatte- och finanspolitik, arbetsmarknadspolitik, socialförsäkringspolitik, socialtjänstpolitik och integrationspolitik.

Statliga och kommunala insatser

Det är uppenbart att den modell som tidigare har redovisats förutsätter förhållanden i hela samhället och aktörer på alla nivåer. Styrningen av det svenska samhället sker inom ramen för tre förvaltningsnivåer: stat, landsting eller regioner och kommuner (Pettersson, 2007). Riksdagen behandlar propositioner från regeringen, stiftar lagar och beslutar om skatter och utgifter för staten, granskar regeringen och myndigheterna samt tar ställning till utrikespolitiken. Regeringen styr och leder Sverige. Under regeringen finns det cirka 300 statliga myndigheter med uppdrag inom ett drygt 40-tal politikområden. Bland dessa myndigheter finns länsstyrelserna som har en regionalt samordnande roll, bland annat i form av förebyggande arbete inom området alkohol, narkotika, dopning och tobak (ANDT). Landsting eller regioner har ansvar för hälso- och sjukvård, tandvård för personer upp till 20 år samt kollektivtrafik (sköts tillsammans med kommunerna). De är även engagerade i frivilliga åtaganden som kultur, utbildning, turism och regional utveckling.

Kommunerna har å andra sidan ansvar för en omfattande samhällsservice inom ett stort antal områden. Till de obligatoriska uppgifterna hör förskoleverksamhet och skolbarnsomsorg: förskoleklass, grundskola, gymnasieskola och särskola, kommunal vuxenutbildning, svenska för invandrare, socialtjänst inklusive individ- och familjeomsorg, omsorg om äldre och funktionshindrade, hälso- och viss sjukvård i särskilt boende, stadsplanering och byggfrågor, hälso- och miljöskydd, renhållning och avfallshantering, räddningstjänst, vatten och avlopp, bibliotek, krisberedskap, kollektivtrafik (tillsammans med landstingen) och bostadsförsörjning. Frivilliga åtaganden är öppen förskola, fritidsverksamhet, byggande av bostäder, energi, hälso- och viss sjukvård i hemmet, sysselsättning, näringslivsutveckling och kultur.

Syftet med den aktuella undersökningen är att identifiera och lyfta fram goda exempel på kommunalt folkhälsoarbete med fokus på mål, organisation och insatser för att påverka den ojämlika hälsans sociala bestämningsfaktorer. Givet detta syfte så bedöms det som möjligt att använda den nämnda modellen som ett verktyg vid utformningen av undersökningens frågor och vid analysen av kommunernas svar på frågorna. Det förutsätts dock att modellen tillämpas försiktigt med tanke på att det främst är staten som styr och kommunerna som utför det som riksdagen har lagstiftat om som obligatoriska uppgifter.

Ovan har begreppet styrning relaterats till den offentliga sektorns tre förvaltningsnivåer. Styrning är även en fråga om vilka verktyg som kan användas. Verktygen för styrning inom och mellan förvaltningar vertikalt och horisontellt är enligt Vedung (1998) regleringar, ekonomiska styrmedel och information. Då det gäller folkhälsopolitik vidgar Tillgren (2009) antalet styrmedel till sammanfattningsvis följande: målstyrning, regelstyrning (lagstiftning och instruktioner), ekonomisk styrning, kunskaps- och informationsstyrning samt styrning genom uppföljning och utvärdering. För att styra flera politikområden används även styrning genom nätverk (governance). Denna styrform är enligt Tillgren ”mindre hierarkisk än de traditionella statliga styrformerna och baseras på samarbete i nätverksform och partnerskap mellan stater, näringsliv och organisationer inom civilsamhället.” (s. 202). I den nu aktuella undersökningen kommer nämnda styrformer att uppmärksammas i en viss utsträckning. Begreppet styrning kommer främst att användas med koppling till organisation och samordning av det tvärsektoriella folkhälsoarbetet. Styrning blir i det perspektivet liktydigt med makt att påverka utvecklingen av respektive kommuns olika egna verksamheter och samverkan mellan dessa verksamheter och andra verksamheter och nätverk som berör kommunens utveckling. Både politiker- och tjänstemannastyrning uppmärksammas.

2.3 Undersökningens design och metod

Den aktuella undersökningen har en kvalitativ studiedesign med halvstrukturerade intervjuer som datainsamlingsmetod (Forsberg & Wengström, 2008). Syftet med en kvalitativ design är i det här fallet att beskriva och utifrån utsagorna i intervju svaren tolka ett antal företrädare för kommuners folkhälsoarbete med inriktning på att minska hälsoskillnader genom att ta del av kommunernas mål och handlingsplaner, organisation och verksamheter samt uppföljning och verksamhetsidéer för framtiden. En viktig aspekt i designen är val av studieobjekt för undersökningen. I efterföljande avsnitt beskrivs hur åtta kommuner identifierades genom ett så kallat strategiskt urval och utifrån den bakgrundsinformation om kommunerna, som tidigare inhämtades för att göra urvalet av kommuner, och att i dessa kommuner identifiera nyckelpersoner för att intervjua.

Identifiering av åtta kommuner

Till DETERMINE:s ledning rapporterades att Statens folkhälsoinstitut avsåg att intervjua mellan fem och tio kommuner. Det stora problemet inledningsvis var att klargöra vilka kommuner som borde tas ut för intervjuer. En utgångspunkt i sökprocessen var att titta i Folkhälsoinstitutets egen rapport ”Kommunernas organisation för folkhälsofrågor 2004”. I rapporten finns en fråga om vilken åtgärd som har varit den viktigaste under det senaste året för att minska ojämlikheten i hälsa. I rapporten redovisar 22 kommuner öppna svar på vad som görs i termer av handlingsplan policy, utbildning och organisation, välfärd, samverkan, kartläggning och målgruppssatsning. Underlaget var dock inte tillräckligt utförligt, enligt vår mening, som underlag för val av intervjukommuner. En ny undersökning om kommunernas organisation för folkhälsoarbete skulle göras av Folkhälsoinstitutet under 2009, men resultatet av denna skulle inte hinna bli klart före vår egen intervju av kommuner för DETERMINE.

För undersökningen valdes i stället att använda ett så kallat strategiskt urval (Forsberg & Wengström, 2008) detta genom att fråga initierade personer inom Statens folkhälsoinstitut om vilka kommuner som skulle kunna komma ifråga som goda exempel på kommunalt folkhälsoarbete med fokus på mål, organisation och insatser för att påverka den ojämlika hälsans sociala bestämningsfaktorer. Utöver att kommunerna skulle ha tydliga mål och handlingsprogram, så borde de även enligt kriterierna ha en organisation som gör att folkhälsofrågorna får genomslag i de flesta av verksamheterna samt ha aktiva åtgärder som kunde förbättra människors hälsa och minska hälsoskillnader på kort eller lång sikt.

Det kom förslag på 19 kommuner som svarade mot några eller alla av dessa kriterier. Av dessa 19 valdes åtta kommuner ut, med spridning över hela landet, men utan att beakta någon jämn fördelning på kommuntyper enligt den klassifikation som Sveriges Kommuner och Landsting (SKL) tillämpar. De valda kommunerna är från söder till norr – Malmö, Kristianstad, Växjö, Nynäshamn, Botkyrka, Örebro, Falun och Umeå. Skälen till att vi valde dessa beskrivs närmare i nästa avsnitt.

Information om kommunerna före intervjuerna

Vi hade en viss bakgrundsinformation om kommunerna före våra intervjuer. Denna information redovisas här, varav den statistiska informationen avser 2008 och har hämtats från Statistiska Centralbyrån (SCB).

Malmö är en residensstad i Skåne län och är landets tredje största stad med 286 535 invånare. Medelåldern är 39,4 år och 29 procent av Malmöborna är födda utomlands. Malmö stad ligger under riksgenomsnittet för medellivslängd bland både kvinnor och män.⁹ Hälsoskillnaderna är stora inom staden. Malmö stads webbplats visar att det finns ett politiskt och organisatoriskt engagemang för att förbättra hälsan och för att minska hälsoskillnaderna. Malmö är medlem i det nationella Healthy Cities nätverket.

Kristianstads kommun är belägen i Skåne län och har 77 977 invånare. Medelåldern är 41,6 år och andelen utrikesfödda är drygt 16 procent. Kommunen har samma medellivslängd för kvinnor som i riket, men en högre medellivslängd för män än i riket. Kommunen har intervjuats tidigare för DETERMINE-projektet. Kommunen har engagerade folkhälsopolitiker och är därför intressant att följa upp med nya intervjuer. Kommunen har nyligen gått med i det nationella Healthy Cities nätverket, vilket tyder på ett ökande intresse för folkhälsofrågorna.

Växjö är en residensstad i Kronobergs län och har 81 074 invånare, varav knappt 13 procent är utrikesfödda. Medelåldern är 39,8 år. Kommunen har betydligt högre medellivslängd för både kvinnor och män än riksgenomsnittet. Därtill är skillnaderna i hälsa mycket små vid jämförelse mellan låg- och högutbildade personer. En hypotes från vår sida är att detta kan ha ett samband med kommunens politik och organisation.

Nynäshamn har 25 499 invånare och är en så kallad pendlingskommun inom Stockholms län. Medelåldern är 41,3 år och andelen utlandsfödda är 12 procent. Kommunen har lägre medellivslängd för kvinnor och män än snittet för riket. En god

⁹ Medellivslängden i Sverige 2008 var enligt Statistiska Centralbyrån 79,10 år för män och 83,15 år för kvinnor.

hälsa ses av kommunen som en viktig fråga för kommunens allmänna utveckling och lyfts mycket kraftfullt av politikerna. I satsningen ingår en särskild budget för de folkhälsopolitiska frågorna.

Botkyrka kommun är en förortskommun inom Stockholms län med 80 055 invånare, varav 35 procent är födda utomlands, och medelåldern är 36,9 år. Kommunen har samma medellivslängd för män som i riket, men en något lägre medellivslängd för kvinnor. Kommunen blev utnämnd av Svensk förening för folkhälsoarbete (SFFF) till 2009 års folkhälsokommun bland annat tack vare väl utvecklade mål och planeringsunderlag för det folkhälsopolitiska arbetet.

Örebro är en residensstad i Örebro län. Invånarantalet är 132 277 och andelen utlandsfödda är 14 procent. Medelåldern är 39,8 år. Kommunen har en högre medellivslängd för kvinnor och män än genomsnittet för Sverige. Ojämligheten i hälsa är dock stor mellan olika bostadsområden. Kommunen har arbetat med folkhälsopolitiska frågor i många år och ingår tillsammans med kommunerna Helsingborg, Norrköping och Västerås i Partnerskap för hållbar välfärdsutveckling.

Falun är en residensstad i Dalarnas län. Kommunen har 55 297 invånare, varav andelen utlandsfödda är 11,7 procent. Medelåldern är 41,1 år. Kommunen har en högre medellivslängd än riksgenomsnittet. Hälsoskillnaderna är relativt små i kommunen. Kommunen har antagit en folkhälsopolitisk strategi. Liksom Malmö och Kristianstad ingår Falu kommun i det nationella Healthy Cities nätverket.

Umeå kommun är en residensstad i Västerbottens län och har 112 728 invånare, varav 9 procent är födda utomlands. Medelåldern är 38 år. Kommunen ligger över det nationella genomsnittet för kvinnors och mäns medellivslängd. Kommunen arbetar mycket med de folkhälsopolitiska frågorna.

Undersökningens datainsamlingsmetod

Halvstrukturerade intervjuer har använts som metod vid genomförandet av undersökningen. Valet att använda intervjuer som metod för informationsinhämtning, och inte exempelvis en enkätundersökning eller enbart en litteratur- och webbgenomgång, har grundat sig i studiens syfte. För att få en så fördjupad och nyanserad bild som möjligt av kommunernas folkhälsoarbete, med utgångspunkt från erfarenheter av företrädare från kommunerna som arbetar nära dessa frågor, var intervjuer en bra metod.

I ett e-postmeddelande till representanterna för de åtta kommunerna under juni 2009 redovisades initiativet att under perioden augusti–oktober 2009 göra intervjuer. Texten var följande:

”Vi planerar att under augusti-oktober intervju 5–10 kommuner som har en tydlig policy och handlingsprogram för att minska ojämlik hälsa. Vi vill försöka undvika sådana kommuner där minskad ojämlik hälsa mest är retorik till förmån för sådana som gör konkreta ansträngningar för att minska klyftorna. Det betyder att utöver att kommunerna bör ha tydliga mål och handlingsprogram, så bör de även ha en organisation som gör att folkhälsifrågorna får genomslag i de flesta av verksamheterna

samt att de har aktiva åtgärder som kan förbättra människors hälsa och minska hälsoskillnader på kort eller lång sikt. Har insatser utvärderats så är det naturligtvis ett plus. Finns det också särskilt budgeterade pengar för folkhälsosatsningar så är det ytterligare ett plus. Jag uppfattar att ... (kommunens namn) skulle kunna vara en av dessa kommuner. Delar du/ni min åsikt? Kan jag i så fall besöka er i augusti för en intervju på två timmar?”

Till denna e-posttext fanns en kort text – som vi också hade lagt ut på Statens folkhälsoinstituts webbplats – med titeln: ”DETERMINE vill hitta goda kommunala exempel på folkhälsoarbete som minskar ojämlik hälsa.”

På vår förfrågan fick vi positiva svar från samtliga åtta nämnda kommuner som vi önskade att intervjua. Inför intervjumötena skickades sedan under augusti–september 2009 ett nytt e-postmeddelande till varje kommun med information om de områden, och några huvudfrågor, som avsågs ingå i intervjun. Följande text redovisades:

”Efter en inledande presentation av närvarande personer, deras roller och ansvar, avses sex områden tas upp. Här redovisas områdena plus en övergripande fråga för vart och ett av områdena. Vid intervjun blir det även mer detaljerade frågor.

- *Hälsan i kommunen:* Hur är hälsans nivå och fördelning i befolkningen?
- *Bestämningfaktorer för hälsa:* Hur utvecklas människors livsvillkor (utbildning, arbete, ekonomi och så vidare) och levnadsvanor (fysisk aktivitet, användning av tobak, alkohol och droger och så vidare)?
- *Mål och handlingsprogram:* Vilka mål och handlingsprogram har kommunen för en god och jämlik hälsa?
- *Organisation och verksamheter:* Hur samordnas folkhälsoarbetet och vilka insatser görs i de olika verksamheterna? Vilka insatser bygger på samverkan med externa aktörer?
- *Uppföljning:* Hur sker uppföljning och utvärdering av mål, insatser och processer?
- *Utvecklingsfrågor:* Vilka idéer diskuteras för närvarande för att förbättra förutsättningarna för en bättre och mer jämlik hälsa i kommunen?”

Genom den halvstrukturerade formen för intervjuerna kom även vissa av frågorna i den utvidgade intervjuguiden att lyftas fram. Denna guide redovisas som bilaga 1 i denna rapport.

Intervjuerna genomfördes som tvåtimmarsintervjuer i respektive kommun, dock med ett mindre tidsöverdrag i några fall där antalet medverkande var fler än en person. Antalet medverkande från kommunerna varierade och var till antalet tre i Malmö, tre i Kristianstad, tre i Växjö, en i Nynäshamn, två i Botkyrka, en i Örebro, två i Falun och en i Umeå. Av nämnda antal personer medverkade i Kristianstad och i Växjö två politiker från vardera kommunen. Övriga medverkande i kommunerna var tjänstemän.

Intervjuerna dokumenterades genom att intervjuerna spelades in på ljudmedia. Varje intervju skrevs sedan ut in extenso. Från detta fullständiga material gjordes senare de sammanfattningar av texterna som redovisas i bilagorna 2–9. Vid dessa sammanfattningar har vissa frågor genomgående lyfts fram i samtliga redovisningar. Därutöver har en del tillägsfrågor, som har kommit fram i dialogen med respektive enskild kommun, också fått ingå i sammanfattningarna (se respektive sammanfattning).

De bilagda sammanfattningarna av intervjuerna har utgjort underlag för analysen som har genomförts i tre steg. Vi inledde med att göra en genomgång av sammanfattningarna och urval av frågor för analys. Vidare gjorde vi en kondensering av sammanfattningarnas texter med frågeurvalet som grund och slutligen gjorde vi en beskrivning av samtliga åtta kommuners svar fråga för fråga.

Med analysen som grund och med beaktande av studiens syfte och teori har därefter slutsatser dragits då det gäller undersökningens nyckelfrågor. Vidare har sammanfattande kommentarer redovisats.

3. Kommunernas intervjusvar - en redovisning fråga för fråga

3.1 Inledning

I det här kapitlet redovisas kommunernas svar på intervjufrågorna fråga för fråga. Tanken med detta är att läsaren snabbt ska kunna få en inblick i varje kommuns förhållanden och hur dessa är jämfört med motsvarande förhållande för de övriga kommunerna. Texten under respektive kommun är komprimerad jämfört med den text för var och en av kommunerna som redovisas i rapportens bilagor. Den komprimerade texten har strukturerats utifrån studiens syfte att identifiera och lyfta fram goda exempel på kommunalt folkhälsoarbete. Fokus för sammanställningen ligger på mål, organisation och insatser för att påverka den ojämlika hälsans sociala bestämningsfaktorer samt att frågorna har besvarats av alla kommunrepresentanter. I resultatredovisningen sker detta utifrån följande rubriker:

Hälsa och bestämningsfaktorer för hälsa:

- Befolkningens och olika gruppers hälsa och bestämningsfaktorer.

Mål och handlingsprogram:

- Betydelsen av en god och jämlik folkhälsa i ett kommunalt utvecklingsperspektiv.
- Mål, strategidokument och handlingsplaner.

Organisation och verksamhet:

- Samordning av det kommunövergripande folkhälsoarbetet.
- Verksamheter och insatser.
- Samverkan med andra aktörer.
- Den viktigaste insatsen för att minska ojämlik hälsa.

Verksamhetsuppföljning och utvecklingsfrågor:

- Utvecklingsidéer för en bättre och mer jämlik hälsa.

Redovisningen i kapitlet är upplagd så att efter beskrivningen av respektive fråga görs en kort jämförande sammanfattning av kommunernas svar. Denna sammanfattning redovisas fråga för fråga inom en ram. För att få en kort överblick av innehållet i kapitlet är det möjligt att läsa enbart texten inom ramarna.

3.2 Hälsa och bestämningsfaktorer för hälsa

Befolkningens och olika gruppers hälsa och bestämningsfaktorer

Malmö

Medborgarnas hälsa och bestämningsfaktorer för hälsa redovisas sedan 2002 i Malmö stads årliga välfärdsredovisning som visar skillnader mellan stadens tio stadsdelar. Av välfärdsredovisningen 2008 framgår det att kvinnor lever längre än män även i Malmö. Medellivslängden för kvinnor i Malmö ligger ungefär ett halvt år under riksgenomsnittet, medan medellivslängden bland män ligger ett år under riksgenomsnittet. Variationen mellan de olika stadsdelarna är stor. För män varierar medellivslängden från 80,9 år i Oxie till 70,6 år i Husie. För kvinnor är den högsta medellivslängden 85,7 år i Husie och den lägsta 77,7 år i Södra Innerstaden. Skillnaden mellan de olika stadsdelarnas medellivslängd har ökat från 3,5 år till 8 år för kvinnor och från 6,7 år till 10,3 år för män mellan åren 2006 och 2007. På motsvarande sätt som för medellivslängden ökar skillnaden när det gäller index för bestämningsfaktorer för hälsa, som bygger på 40 nyckeltal och indikatorer, för stadens tio stadsdelar. Högsta och lägsta index var 7,8 för Limhamn-Bunkeflo och 3,6 för Rosengård 2006, vilket kan jämföras med 7,9 för Limhamn-Bunkeflo och 3,1 för Rosengård 2008.

Enskilda indikatorer visar i välfärdsredovisningen 2008 både positiva och negativa resultat. Positivt är att antalet hushåll som är beroende av ekonomiskt bistånd fortsätter att minska, att förvärvsfrekvensen och utbildningsnivån fortsätter att öka, att tandhälsan bland unga förbättras och att klamydia och skadeincidenter minskar. Negativt är att hemlösheten ökar bland vuxna och barn, att det finns stora skillnader i simkunnighet bland elever i årskurs 5, att övervikt ökar i vissa grupper och att andelen av befolkningen med låg inkomst ökar. Det är tydligt att välfärdsresurserna är ojämnt fördelade mellan olika grupper av befolkningen, både då det gäller etnicitet, kön och ekonomisk situation.

En grupp som särskilt uppmärksammas i välfärdsredovisning 2008 är barn och unga. Enligt Rädda Barnens senaste årsrapport lever cirka hälften av barnen i Malmö med utländsk bakgrund i hushåll med låg inkomst eller med ekonomiskt bistånd, vilket kan jämföras med elva procent av barnen med svensk bakgrund. Ekonomisk fattigdom diskuteras i rapporten som en av fattigdomens dimensioner. Andra dimensioner är social fattigdom, kunskapsfattigdom och demokratisk fattigdom. Avsikten med välfärdsredovisningen om barn och unga är att lyfta fram att insatser behöver göras i tidiga år. Med förbättrade livsvillkor kan även ojämlig hälsa bland barn och unga minska.

Kristianstad

Folkhälsoenkäten för Skåne 2008 visar att hälsan i Kristianstads kommun följer hälsan i länet. Vissa skillnader finns dock. Hälsan är till exempel bättre i Kristianstad när det gäller självskattad hälsa, psykisk hälsa, sjukfrånvaro i arbetet, sömnbesvär, stress i vardagen och daglig rökning, men sämre när det gäller långvarig sjukdom inklusive svaghet, tandhälsa, övervikt, fetma och att ha kontroll i arbetet. En jämförelse med en

motsvarande undersökning 2004 visar för Kristianstads kommun att självskattad hälsa har förbättrats liksom stress i vardagen och daglig rökning, medan långvarig sjukdom och svaghet, sjukfrånvaro, sömnbesvär, tandhälsa, övervikt och fetma har ökat. Att sömnbesvär har ökat samtidigt som människor upplever att de är mindre stressade i vardagen uppfattas som motsägelsefullt.

Statistiken om hälsa och bestämningsfaktorer för hälsa är möjlig att belysa i ett jämlikhetsperspektiv, men en bearbetning av statistiken från den senaste enkäten har ännu inte gjorts. Enligt de två intervjuade politikerna är situationen för barn och unga mest bekymmersam. Ohälsan gäller att flickor skär och svälter sig, att man röker mer igen, att man är överviktig och att droger används i alldeles för stor utsträckning och allt lägre ner i åldrarna. Socialförvaltningen har enligt samma intervjupersoner väldigt många fler ungdomar i dag som är i behov av hjälp och stöd, än vad de hade för tio år sedan. Det handlar i vissa fall om familjer som inte fungerar, men det finns också andra skäl. Kommunen är också invandrartät. Många ungdomar lämnar grundskolan utan att vara behöriga till gymnasiet. En del elever går på det individuella programmet och har behov av stöd. Många barn och unga måste också medicinera och behöver stöd av skolhälsovård och psykvård. Det är en av kommunens största utmaningar att se till att barn och unga får ett samhälle som de kan leva och må väl i. Det är en gemensam politisk uppfattning att det ska lösas.

Växjö

Växjö kommuns Folkhälsorapport 2009 visar att medellivslängden är högre i Växjö för både män och kvinnor än genomsnittet för Sverige. Positivt är också att ohälsotalet bland kommunens befolkning och antalet sjukskrivningsdagar bland de anställda har minskat under senare år. Fetma och rökning är mindre vanligt än i riket och andelen fysiskt aktiva är högre. Dödligheten i hjärtinfarkt är lägre än i riket och i länet. Negativt är att andelen som har psykiska ohälsoproblem och andelen med riskkonsumtion av alkohol har ökat, särskilt bland unga. Det finns tydliga sociala skillnader i upplevt allmänt hälsotillstånd och i levnadsvanor som rökning, riskkonsumtion av alkohol och intag av frukt och grönt. Skillnader i hälsa finns också mellan olika bostadsområden i kommunen. När man jämför Växjö med många andra kommuner har dock Växjö små skillnader i levnadsvanerelaterad dödlighet. En viktig faktor bakom den relativt jämlika hälsan i Växjö är, enligt Statens folkhälsoinstitut som granskade kommunen med data från 2004, att kvinnors utbildningsnivå är högre och att hälsa och levnadsvanor är bättre än genomsnittligt för riket.

Det finns en stor risk, enligt de två intervjuade politikerna, för att det blir en vidgad hälsoklyfta framöver. Mest utsatta är unga människor i åldern 15–30 år. Kullarna är stora och risk finns för arbetslöshet. Även personer över 55 år och personer med invandrabakgrund har en utsatt position på arbetsmarknaden. För personer med invandrabakgrund är arbetslösheten högre än för infödda svenskar, även bland grupper med hög utbildning, och problemen ökar. Risken för ökade hälsoklyftor uppmärksammas av kommunen. Det är helhetsperspektivet, att ha en utbildning, att ha ett meningsfullt jobb och att känna att man betyder någonting, som är basen för kommunens arbete.

Nynäshamn

Av Stockholms läns folkhälsorapport 2007 framgår det att invånarna i kommunen har en genomsnittligt sämre hälsa än befolkningen i länet. Ohälsotalen är högre liksom psykisk

ohälsa och övervikt. Nästan var femte person röker och dödligheten i alkoholrelaterade sjukdomar ligger över länsgenomsnittet. Äldre drabbas i högre grad av rörelseproblem och andra åldersrelaterade krämpor. Av nämnda ohälsoproblem kan övervikt ses som det största problemet. Mer än hälften av befolkningen är överviktig jämfört med 40 procent i länet. Andelen överviktiga barn ökar också. Från att ha legat kring snittvärdet, så ligger andelen nu över snittet i länet. Skolhälsovården rapporterar ökad psykisk ohälsa bland barn och unga, vilket visar sig som självskador, magproblem, huvudvärk och sömnstörningar. Många elever slarvar med frukosten och är trötta och okoncentrerade i skolan. Tandvården uppger att andelen unga med karies ökar.

Kommunen har många lågutbildade och lågavlönade vuxna, vilket enligt intervjupersonen gör att de socioekonomiska faktorerna är ogynnsamma och sannolikt är det en förklaring till de höga ohälsotalen. Det finns också skillnader mellan olika bostadsområden, där områden med hyresfastigheter har sämst hälsa oavsett om det gäller självskattad hälsa, övervikt, långvarig sjukdom eller riskfaktorer som rökning, alkoholberusning, fysisk inaktivitet, att befinna sig i ekonomisk kris eller att sakna tillgång till socialt stöd. När det gäller bestämningsfaktorer för hälsa finns det även en mängd positiva förhållanden. Nynäshamn har väldigt goda resurser. Naturen är nära, många är ute och seglar eller är ute med båt, ute och går eller plockar svamp och bär. När det gäller sociala kontakter är det också välbeställt. Människor känner varandra i hög grad och kommunen har många föreningar.

Botkyrka

Hälsan förbättras på många områden mer i Botkyrka än på andra ställen, men grundnivån är lägre enligt intervjupersonerna. Det finns ett mönster sett över tid som avspeglar hälsoutvecklingen i riket, men där till exempel den psykiska hälsan har förbättras mycket mer i Botkyrka än på andra ställen. Fysisk aktivitet bland kvinnor i åldern 25–44 har också förbättrats mer i Botkyrka än i andra kommuner. Däremot har totalsiffran för fysisk aktivitet gått ner, vilket unga män har bidragit till.

Den självupplevda hälsan visar stora skillnader mellan kvinnor och män, där kvinnor mår sämre. I hälsoenkäten finns frågor om fysisk framkomlighet och om hörsel och syn men däremot inte någon specifik fråga om funktionsnedsättning. Enligt forskning är dock hälsan sämre hos personer med funktionsnedsättning. Bostadsområdena i Botkyrka har blandade upplåtelseformer för fastigheter, vilket gör att det är svårt att bedöma hälsoskillnader på bostadsområdesnivå. Däremot följs bostadsområdenas utveckling via bestämningsfaktorer såsom inkomstnivå, utbildningsnivå, arbetslöshet och så vidare. Det sociala arvet blir tydligt inom skolan. Om man tittar på föräldrars bakgrund, slår det igenom mycket tydligt på betygen. I Botkyrka har man därför arbetat mycket med olika stödjande insatser i områden där det sociala arvet kanske inte är så gynnsamt.

Örebro

Folkhälsan förbättras generellt, men den förbättras inte jämligt, utan det är väldigt stora skillnader mellan olika grupper i kommunen. I Örebro kommun mäts primärt det som bestämmer folkhälsan. Kommunen gör sedan 1995 bokslut där förutsättningarna för hälsa, det vill säga alla de faktorer som bestämmer vilka möjligheter människor har att utveckla hälsan jämligt såsom arbetslösheten, förvärvsfrekvensen, ekonomin, barnfattigdomen och jämställdheten, beskrivs för olika bostadsområden. Situationen i bostadsområdena är sedan länge utgångspunkten för folkhälsoarbetet. Både områdena

och befolkningen beskrivs. Resultatet används som underlag till satsningar. Till exempel har tjänstemännen fått i uppdrag att beskriva västra delen av Örebro kommun. Där finns det 19 befolkningsmässigt jämförbara geografiska områden som ska beskrivas utifrån jämförbara livsvillkor, levnadsvanor och hälsa. Underlaget ska användas i en politisk diskussion för en utveckling av de västra stadsdelarna.

Den etniska och socioekonomiska segregationen är stor enligt intervjupersonen och den har ökat i kommunen. Utvecklingen ger stöd för ett folkhälsoarbete som försöker att minska segregationen. Det är en relativt tydlig ansats för att försöka komma åt den ojämlika hälsan i Örebro kommun. Arbetslösheten sjunker i kommunen som helhet, men ökar samtidigt i vissa områden. Det innebär att stora hinder för hälsa och livskvalitet finns kvar och att de förstärks i och med att ojämlikheten ökar. Det går inte åt rätt håll.

Falun

När det gäller ohälsotalen liknar kommunen landet i övrigt. Utbildningsnivån ligger något över riksgenomsnittet. Det finns enligt personerna som blev intervjuade inte så mycket data på kommunnivå, utan det mesta finns på länsnivå. Statistiken över till exempel arbetslöshet, ekonomiskt bistånd, sjukfrånvaro, gymnasiebehörighet, rökning, skador och radonexponering kommer från flera olika källor, bland andra landstinget, Statens folkhälsoinstitut och SCB. Uppfattningen är att medborgarna i Falun har en god tillgång till resurser för en god hälsa med ett stort utbud av kultur, stadskärna, fritid, rekreation, skogsområden och så vidare. Samtidigt pågår en ständig diskussion om hur man når de som inte redan är insatta eller engagerade i sin egen hälsa.

Hälsoläget i Falun liknar i stort sett riksgenomsnittet när det gäller utvecklingen av ojämlikhet i hälsa, med yngre tjejer som har sämre psykisk hälsa och personer med funktionsnedsättning mår sämre. Det finns inga data på bostadsområdesnivå för att kunna urskilja skillnader. Kommunen har dessutom blandade bostadsområden med olika typer av upplåtelseformer såsom hyreshus, äganderätt och så vidare. Analyser av olika riskgrupper har inte gjorts i så stor utsträckning, men det är ett utvecklingsområde. Enligt landstingsenkäten ligger ändå Falun relativt bra till och följer riket.

Umeå

Utifrån de indikatorer som Statens folkhälsoinstitut har lyft fram, ligger Umeå bättre till än riksgenomsnittet i stort sett på alla områden. Ohälsotalen minskar i Umeå. Kommunen har en hög andel fysiskt aktiva och en låg andel rökare, särskilt bland blivande mammor. Simkunnigheten bland tredjeklassare är hög och Umeå har lägst anmälda brott jämfört med de större städerna i Sverige. Det som är mindre bra är att alkoholförsäljningen har ökat och de risker för hälsan som det medför.

I kommunens livsmiljöbokslut är statistiken uppdelad på män och kvinnor och här kan man se skillnader då det gäller de faktorer som påverkar hälsan. Det finns en färsk rapport, "Det könade landskapet Umeå", där det framgår hur jämställdhetsläget ser ut i Umeå. Ohälsotalen är högre för kvinnor än för män. Kvinnor har mindre makt och inflytande än män då det gäller förtroendeuppdrag. Kvinnor har även lägre förvärvsinkomst än män och fler är förtidspensionärer. Bland kvinnorna finns det dock en högre andel med högskoleutbildning och ett lägre antal som är arbetslösa än bland männen. Livsmiljöbokslutet har enbart redovisningar på kommunnivå, inte på stadsdelsnivå. Vissa basdata finns i kommunen på stadsdelsnivå såsom valdeltagande, befolkningsutveckling, in- och utflyttning och inkomster. Skolan och socialtjänsten har

säkert också kunskap inom sina ansvarsområden, om det fungerar bra eller dåligt inom olika stadsdelar, och kan ta hänsyn till det i sin verksamhet. I det fortsatta arbetet med livsmiljöbokslutet är det angeläget att ta fram statistik för de olika stadsdelarna för att se om det finns skillnader då det gäller bestämningsfaktorer som påverkar folkhälsan och ohälsotalen. Detta är viktigt för att kunna rikta resurserna där de bäst behövs.

Sammanfattande resultat:

Befolkningens och olika gruppers hälsa och bestämningsfaktorer

I intervjun redovisar några kommuner mått på både hälsa och bestämningsfaktorer för hälsa, medan andra enbart noterar utvecklingen för bestämningsfaktorer. Malmö pekar på växande klyftor när det gäller medellivslängd och bestämningsfaktorer mellan de tio stadsområdena. Barn och unga är en grupp som särskilt har lyfts fram för åtgärder. I Kristianstad har den självskattade hälsan förbättrats, men utvecklingen för barn och unga oroar och sätts i fokus för politiska insatser. Växjö har en positiv utveckling med sjunkande ohälsotal, en relativt jämlik hälsa och hög utbildningsnivå. Kommunen oroar sig dock för arbetslöshet bland unga, personer i åldern 55+ och personer med invandrarbakgrund. Nynäshamn har höga ohälsotal, psykisk ohälsa och övervikt. De socioekonomiska faktorerna är ogynnsamma genom många lågutbildade. Övervikt bland barn och unga är i fokus.

I Botkyrka har psykisk ohälsa och fysisk aktivitet förbättrats. Områden där det sociala arvet är ogynnsamt stötts. Örebro har fått en bättre hälsa, men ojämlikheten kvarstår. Kommunen inriktar sig på arbete i bostadsområden, bland annat för att minska den socialekonomiska segregationen. Falun har ohälsotal och ojämlikhet i hälsa som landet i övrigt, men en utbildningsnivå som är högre. Analyser av olika riskgrupper är ett utvecklingsområde. Umeå har positiva värden när det gäller ohälsotal, fysisk aktivitet och rökning. Statistiken på stadsdelsnivå är ett område som behöver utvecklas.

3.3 Mål och handlingsprogram

Betydelsen av en god och jämlik hälsa i ett kommunalt utvecklingsperspektiv

Malmö

Hälsa och ekonomisk utveckling är en fråga som har ett starkt politiskt stöd sedan länge. En samlad politik för Malmö stads utveckling har varit knuten till initiativet Valfärd för alla – det dubbla åtagandet under åren 2004–2009. Arbetet har varit organiserat i fem insatsområden: arbete, utbildning, trygghet, bostäder och mötesplatser samt tillväxt, varav folkhälsa har lyfts fram explicit i områdena trygghet och utbildning. För närvarande diskuteras en fortsättning av initiativet. Ordföranden i Folkhälsorådet har uttryckt ett intresse för folkhälsa som en kommunal utvecklingsfaktor.

Kristianstad

Det är en grundsten för kommunens utveckling, enligt de två intervjuade politikerna, att kommuninvånarna mår väl. En god hälsa bland kommunens invånare bidrar till utveckling och formar framtiden. För att minska ohälsa måste man hantera samhället på ett sådant sätt att det finns utrymme för alla. Här har kommunen ett ansvar. Meningsfull

sysselsättning anses vara den viktigaste hälsofaktorn. Det behöver inte nödvändigtvis vara ett värlönat arbete, det kan lika gärna vara att man utför ett ideellt arbete där man upplever att man behövs och att man kan vara med och påverka, men framför allt att man känner att man blir lyssnad på.

Växjö

En stor del av kommunens fokus på folkhälsa är kopplat till kommunens anställda. Kommunens personal ger service till kommunens 82 000 invånare. De två intervjuade politikerna anser att om kommunens personal på 7 000 personer mår bra, så påverkar det naturligtvis varje individs arbetsinsats på ett positivt sätt. Om hälsan är god i befolkningen så ger det bättre inkomstmöjligheter, bättre tillgång till arbete, bättre kreativitet och bättre företagsamhet. Hur människor mår handlar inte bara om deras fysiska status, utan också om deras möjligheter, inflytande och medverkan. Detta har i sin tur betydelse för kommunens konkurrenskraft. Konkurrensen om nya företag, nya jobb och nya möjligheter grundar sig på de människor som finns i kommunen. Synsättet att personalens och befolkningens hälsa är en viktig fråga för kommunen finns med som en grund i kommunens övergripande politiska dokument.

Nynäshamn

En god och jämlik hälsa är mycket viktig. Kommunen har arbetat med att försöka beräkna kostnaderna för ohälsa och har bland annat gjort socioekonomiska bokslut med inriktning på barn och unga. Dessa visar att kostnaderna är stora när unga hamnar i utanförskap jämfört med unga som inte gör det, men de visar också att insatser ger resultat. Det i sin tur innebär att kostnaderna för exempelvis det så kallade mobila skolteamet som gör dessa insatser, betalar sig snabbt. Det är alltså lönsamt att satsa på åtgärder, menar intervjupersonen. Tjänstemän och politiker är överens om att driva de ekonomiska frågorna ytterligare. I en kommun med en god hälsa är det fler som arbetar och skatteintäkterna ökar. Utgifter för social ohälsa minskar, det blir mindre kostnader i skolan och livet blir mycket lättare för alla parter. Det tjänar man på ekonomiskt.

Botkyrka

Folkhälsan har en mycket stor betydelse i ett utvecklingsperspektiv. Folkhälsoperspektivet har diskuterats mycket och genomsyrar verkligen kommunens alla styrdokument. Ordet folkhälsa används inte alltid, men det breda folkhälsotänkandet genomsyrar allt från långsiktiga utvecklingsplaner till enskilda enheters handlingsprogram. Folkhälsifrågor har sin egen plats i dessa styrdokument, men är även integrerade i strategier för hållbar utveckling med ett starkt fokus på frågor som trygghet, jämställdhet, demokrati och tillgänglighet samt mångfald och interkulturellt förhållningssätt.

Örebro

Vid 2006 års val blev det ett politiskt maktskifte i landet och i kommunen, vilket innebar en revidering av kommunens styrdokument med betoning på medborgaren i centrum. Honnørsorden i den nya övergripande kommunstrategin är kopplade till barns rättigheter, integration, jämställdhet, mångfald och hållbar utveckling, som alla påverkar befolkningens hälsa. Att arbeta för en ökad jämlikhet finns inte som ett uttalat mål, men det upplevs likafullt som önskvärt. I kommunens folkhälsoprogram från 2000 finns det ett tydligt fokus på en jämlik folkhälsa som en resurs för utvecklingen av kommunen. I det strategiska folkhälsoarbetet anses det viktigt att kunna koppla dessa tankar till de reviderade politiska styrdokumenterna.

Falun

I vilken utsträckning folkhälsa har betydelse för kommunens utveckling beror mycket på vilken politiker man talar med, och även på hur innebörden av begreppet utveckling tolkas. Givetvis har olika politiker skilda uppfattningar om hälsa som en viktig resurs för den ekonomiska utvecklingen. I fråga om hållbar utveckling finns det dock ett starkt stöd i kommunen för att en god och jämlik folkhälsa är en nödvändig del. Den kommunövergripande utvecklingsstrategin omfattar tre dimensioner av hållbar utveckling: tillväxt, miljö och folkhälsa.

Umeå

Friska, glada och pigga kommuninvånare grundar för att det ska gå bättre i en kommun jämfört med en kommun som har invånare med hög sjukfrånvaro och som inte har en aktiv fritidssysselsättning. Förutsättningarna för en god utveckling är således en befolkning med god hälsa. Av den anledningen har folkhälsofrågorna blivit väl förankrade, och de kommer att utvecklas. I Umeå finns hälsa högt med på dagordningen och i kommunens övergripande mål finns målet "hälsa på lika villkor för hela befolkningen" med. Det är viktigt att sätta människan i centrum och se vad kommunen kan göra för att alla ska må bra.

Sammanfattande resultat:

Betydelsen av en god och jämlik hälsa i ett kommunalt utvecklingsperspektiv

Svaren från kommunrepresentanterna, särskilt de intervjuade politikerna, visar att hälsa är en viktig fråga i ett kommunalt utvecklingsperspektiv. Med bättre hälsa förutsätts kommunala kostnader att minska och kommunens utvecklingspotential att förbättras. Endast två kommuner berör i sammanhanget den ojämlika hälsan. Det är Nynäshamn som pekar på stora kostnader när unga hamnar i utanförskap och Örebro där en jämlik hälsa sedan 2000 ses som en resurs för kommunens utveckling. En ny politisk majoritet efter valet 2006 har förändrat folkhälsopolitiken i Örebro, men man har inte ändrat inställning i denna fråga.

Botkyrka och Falun redovisar en bred syn på begreppet utveckling där detta omfattar dimensioner som ligger utanför de enbart ekonomiska. Folkhälsa, tillsammans med miljö och ekonomi, utgör viktiga komponenter i den hållbara utvecklingen. Falun påpekar att till följd av folkhälsofrågornas värdegrundskaraktär är den rådande politiska majoritetens ideologi av stor betydelse för hur hälsa bedöms i ett utvecklingssammanhang.

Mål, strategidokument och handlingsplaner

Malmö

Utgångspunkten för Malmös folkhälsoarbete är den nationella folkhälsopolitiken. Det övergripande målet är att alla ska ha lika samhällseliga förutsättningar för en god hälsa. Insatser ska göras inom de elva målområden som anknyter till huvudmålet. Målområdena fokuserar i sin tur på strukturella förhållanden, livsvillkor och levnadsvanor. Malmö har även treåriga handlingsplaner och strategier antagna av fullmäktige inom områdena tobak, alkohol och droger, fysisk aktivitet och matvanor bland barn och unga, samt ungdomars delaktighet. En plan och strategi för sexuell hälsa

är under utarbetande. I fråga om människors livsvillkor är det enligt de intervjuade personerna mindre självklart att dessa frågor kopplas till folkhälsoarbete, men i den senaste kommunbudgeten nämndes ett antal områden, inriktningsmål och hur arbetet ska utvärderas. Social välfärd kopplat till skillnader i hälsa omnämns även i såväl Malmös välfärdsredovisning som i årsredovisningen för kommunen. Detta bedöms dock inte som tillräckligt. Förståelsen för folkhälsoarbetets tvärspektoriella karaktär behöver också öka.

Politikerna i Folkhälsorådet har gett tjänstemännen i uppdrag att ta fram en övergripande folkhälsopolicy. Policyn är tänkt att omfatta livsvillkor och framtagandet av denna kommer att innebära kunskapsöverföring till beslutsfattare, politiker, tjänstemän och yrkesverksamma. En översyn av tänkbara styrinstrument som kan främja en positiv hälsoutveckling kommer också att ske. En vision bland de intervjuade tjänstemännen är att kunna samla kommunens samtliga strategidokument till ett enda dokument relaterat till hälsans bestämningsfaktorer. En tidigare genomförd granskning av kommunens samtliga strategidokument och handlingsplaner har visat att de flesta går att koppla till folkhälsopolitikens elva målområden. Ett samlat strategidokument skulle, enligt tjänstemännen, underlätta uppföljningar och utvärderingar.

Kristianstad

Målet för kommunens folkhälsoarbete överensstämmer med det nationella folkhälsomålet att skapa samhällliga förutsättningar för en god hälsa på lika villkor för hela befolkningen, samt med de elva målområdena. Folkhälsoverksamheten i kommunen följer en årligen framtagna verksamhetsplan, som utarbetas och beslutas av Folkhälsorådet, samt delges kommunstyrelsen. I verksamhetsplanen anges att kommunen har ett folkhälsoråd som initierar, samordnar, stödjer och följer upp folkhälsoarbetet i kommunen samt bevakar folkhälsofrågorna och skapar förutsättningar för samverkan mellan olika aktörer.

I verksamhetsplanen ingår ett avsnitt om strategier för genomförande av folkhälsoperspektivet. Viktiga punkter som nämns är att slutföra arbetet med framtagandet av en folkhälsopolicy och ett handlingsprogram samt att utveckla en välfärdsbeskrivning för kommunen. Framtagandet av en folkhälsopolicy och ett handlingsprogram för kommunen uppfattas som en process där det är viktigt att arbeta underifrån och involvera många aktörer, från såväl kommunens förvaltningar och organisationer som föreningslivet och bostadsområdena. Av den anledningen har man valt att låta processen ta tid och att engagera aktörer från alla sektorer. Verksamhetsplanen för folkhälsoarbetet omfattar även avsnitt om bostadsområdet som hälsofrämjande arena, hälsosam samhällsplanering, barn och ungas uppväxtvillkor, hälsa i arbetslivet, bra miljöer och produkter, bra matvanor och livsmedel samt hälsosamt åldrande för äldre och blivande äldre. I verksamhetsberättelsen för folkhälsoverksamheten under 2008 belystes verksamhet kopplat till de nationella målområdena om delaktighet och inflytande i samhället, barn och ungas uppväxtvillkor, hälsa i arbetslivet, miljöer och produkter, matvanor och livsmedel samt tobak, alkohol, narkotika, dopning och spel.

Växjö

Växjös folkhälsoarbete har sin utgångspunkt i de nationellt antagna målområdena där det övergripande syftet är att skapa en jämn och jämställd hälsa bland befolkningen. Vidare utgår folkhälsoarbetet från kunskap om hälsoläget bland befolkningen och utifrån kommunövergripande prioriteringar. Kommunen poängterar att samtliga

förvaltningar arbetar gemensamt för befolkningens hälsa. I kommunen har tre prioriterade målområden valts ut bland de elva nationella målområdena. Dessa är hälsa i arbetslivet, fysisk aktivitet och matvanor, samt alkohol, tobak och narkotika. Växjö's folkhälsoarbete har både ett befolkningsperspektiv och ett personalperspektiv, där ett bra personalarbete anses ge spridningseffekter i befolkningen som helhet.

För närvarande arbetar kommunen med ett övergripande mångfaldsprogram som ska integrera olika aspekter som demokrati, integration, barn och ungdom samt jämställdhet. Det poängteras att folkhälsofrågorna är viktiga och att de ska lyftas fram inom detta mångfaldsprogram. Förhoppningen är att folkhälsofrågorna ska få ett större genomslag i förvaltningarnas verksamhet, vilket är till gagn för både personal och kommuninvånare. Det är även ett led i att sätta folkhälsa i relation till människors livsvillkor, och inte enbart levnadsvanor.

Nynäshamn

I kommunens fullmäktigedokument "Mål och budget 2008" anges det att Nynäshamn "satsar på framtiden genom ett långsiktigt hälsofrämjande och förebyggande folkhälsoarbete. Vi anser att ett systematiskt, målinriktat och långsiktigt folkhälsoarbete ger en god ekonomi för framtiden". Kommunens folkhälsosatsning har två delar. Det rör sig dels om en särskild folkhälsosatsning mellan åren 2006 och 2008 samt ett alkohol- och drogpolitiskt program, dels om folkhälsomål inom ramen för Vision 2015.¹⁰ Den särskilda folkhälsosatsningen innehåller sex specifika mål för vad som ska åstadkommas mellan åren 2006 och 2008, med förlängning till och med 2009. Dessa berör barn och ungas uppväxtvillkor, sexualitet och reproduktiv hälsa, fysisk aktivitet och matvanor samt rökning och konsumtion av alkohol. Det alkohol- och drogpolitiska programmet har fyra specifika mål som bygger på mål som finns i "Mål och budget 2008" och i ett brottsförebyggande program. I Vision 2015 återfinns fyra folkhälsomål som ska vara uppfyllda senast 2015, bland annat att ohälsotoalet ska ha halverats och att sjukfrånvaron ska vara lägre än fem procent inom såväl näringslivet som offentliga verksamheter.

Arbetet för att minska ojämlikhet i hälsa har kommit in på flera nivåer. Bland annat har kommunen under tre år, 2006–2009, varit engagerad i ett projekt för jämlik hälsa tillsammans med landstinget. Ett viktigt instrument i arbetet har varit en checklista för jämlik hälsa som ger vägledning. Listan används, och har använts, vid folkhälsosatsningar inom kommunens olika verksamheter. Om en verksamhet får särskilt budgeterade pengar ska arbetet läggas upp enligt checklistan. En förutsättning för att det ska fungera är att personalen får utbildning kring detta, vilket också har skett inom exempelvis socialförvaltningen.

Botkyrka

I kommunen finns det på flera nivåer tydligt formulerade mål antagna av fullmäktige som rör folkhälsa. Dels finns det en folkhälsoplan 2008–2012 med koppling till den nationella folkhälsopolitikens övergripande mål och målområdena om delaktighet och inflytande, social och ekonomisk trygghet, trygga och goda uppväxtvillkor, sunda och säkra miljöer och produkter, fysisk aktivitet och kostvanor samt tobak, alkohol,

¹⁰ Vision 2015 anger mål för Nynäshamns kommuns utveckling fram till år 2015, bland annat mål för folkhälsan, näringslivsklimatet och trafikinfrastrukturen.

narkotika och spel, dels finns även kommunens flerårsplan där ett av målen är att Botkyrkaborna mår bra och har en god hälsa. Utöver detta finns kommunens långsiktiga strategi för hållbar utveckling, ”Ett hållbart Botkyrka”, som innehåller sex utmaningar för de kommande 30 åren, vilka också har stark koppling till kommuninvånarnas hälsa.

”Ett hållbart Botkyrka”, det övergripande dokumentet med långsiktiga utmaningar, preciseras i flerårsplanens 18 mål. Flerårsplanen är rullande under fyra år och på nämnds nivå finns det sedan ettårsplaner. Det finns även strategier och planer som kan ses som fördjupningar av de 18 övergripande målen, exempelvis folkhälsoplanen och andra strategier inom området social hållbarhet. Här ingår även barnkonventionen och kommunens strategier för trygghet, demokrati, jämställdhet, tillgänglighet och interkulturellt förhållningssätt. Tillsammans bildar dessa de olika komponenterna för folkhälsoarbetet på en strukturell nivå. Ytterligare policyer med anknytning till folkhälsomålen som har antagits av kommunfullmäktige, är till exempel en kostpolicy och en alkohol- och drogpolicy.

Förutom att folkhälsoplanen har sin utgångspunkt i den nationella folkhälsopolitiken med det övergripande målet om god hälsa på lika villkor, finns det tydliga mål för en jämlik hälsa i kommunens flerårsplan. Till exempel genomsyrar dimensionerna jämställdhet, tillgänglighet och jämlikhet utifrån social och etnisk bakgrund detta dokument. Därutöver finns det ett uttalat mål om lika möjligheter och rättigheter.

Ett viktigt arbete som görs för att koppla kommunens mål om ett hållbart Botkyrka till den praktiska verksamheten är den hållbarhetscertifiering som har skett på kommunens samtliga enheter som förskolor, skolor, samhällsbyggnad med flera. Certifieringen innebär bland annat en utredning av enheten enligt en checklista som till stor del rör hälsans bestämningsfaktorer. Varje enhet får utbildning i hållbar utveckling och får sedan ta fram egna mål och åtaganden i en särskild handlingsplan.

Örebro

Samtliga verksamheter utgår från kommunens övergripande strategi och budget (ÖSB). Utöver detta finns det ett folkhälsoprogram från 2000 som utgör en grund för folkhälsoarbetet. Programmet för folkhälsa har en inriktning som ska bidra till att utjämna hälsoskillnader genom åtgärder som förbättrar människors livsvillkor och livsmiljö. Den fastslår bland annat att alla människor ska ges likvärdiga förutsättningar till goda val för hälsa och livskvalitet. Programmet har tre övergripande målområden: jämlikhet i hälsa, goda uppväxtvillkor för barn och ungdomar, samt trygg och säker livsmiljö för alla. Kommunen var tidigt ute med att synliggöra sin folkhälsopolitik och arbetet pågick parallellt med framtagandet av den nationella folkhälsopolitiken. Därmed deltog man i utvecklingen av den nationella folkhälsopolitiken och också i diskussioner om på vilket sätt förslagen till nationella mål skulle omsättas lokalt. Alla elva nationella målområden finns inte med i kommunens folkhälsopolitik. Men i den fyraåriga överenskommelsen för lokalt folkhälsoarbete med Örebro läns landsting förstärks samarbetet kring de elva målområdena. Handlingsplanerna exkluderar vissa målområden och fokuserar på andra.

I och med ett politiskt maktskifte vid förra valet reviderades kommunens politiska program, den övergripande strategin, med ledorden medborgaren i centrum, barns rättigheter, integration, jämställdhet, mångfald samt hållbar utveckling. Det finns inslag av att arbeta för en ökad jämlikhet även i det nya programmet, men det upplevs inte vara

i fokus. Man har dock arbetat för att sammankoppla de tidigare programmen med den nya övergripande strategin, för att på så sätt kunna koppla de olika värdegrunderna till varandra.

Falun

2006 antogs nya lokala miljömål i Falun som var anpassade till de nya nationella målen. Samtidigt togs också lokala folkhälsomål och ett tillväxtprogram fram. Dessa tre delar ska tillsammans garantera en hållbar framtid för Falun. Det övergripande programmet för folkhälsoarbetet i Falu kommun är således nära kopplat till programmen för tillväxt och miljö. Dessa tre delar bildar den övergripande strategin för kommunen som kallas Falun Framåt. Framtagandet av den övergripande strategin har varit en pågående process under 7–8 års tid. Den tog sin början i en diskussion om innebörden av begreppet utveckling. Det var viktigt att både de sociala och miljömässiga dimensionerna integrerades i begreppet likväl som den ekonomiska dimensionen.

I och med framtagandet av lokala folkhälsomål, fastställdes också mål för en mer jämlik folkhälsa med utgångspunkt i det övergripande nationella folkhälsomålet – att skapa samhälleliga förutsättningar för en god hälsa på lika villkor för hela befolkningen – kopplat till begreppet hållbar utveckling. Kommunen har sedan anpassat de nationella målområdena för folkhälsa, med tillhörande indikatorer, till den lokala nivån. Falu kommun har också ett årligt åtgärdsprogram kopplat till målprogrammet folkhälsa. Åtgärdsprogrammet är en handlingsplan som omfattar dels särskilda åtgärder, dels löpande verksamhet som bidrar till uppfyllelsen av folkhälsomålen lokalt och nationellt.

De tre dimensionerna i Falun Framåt ligger fast sedan det blev maktskifte i kommunen vid förra valet, vilket signalerar stabilitet och en bred politisk förankring. Arbetet med att förankra strategin fullt ut i förvaltningar och hos befolkningen kvarstår dock. Parallellt med detta fortgår processen med att precisera och konkretisera målen i den övergripande strategin.

Umeå

Kommunfullmäktige har fastställt övergripande mål för Umeå kommun och flera av dessa har stor betydelse för folkhälsan, som att kommunen ska samverka över alla gränser för att skapa en långsiktig social, ekonomisk och ekologisk hållbarhet. En jämlik hälsa är en viktig del av kommunens arbete och detta nämns i ett av de övergripande målen: ”kommunen ska bidra till förutsättningar för en god omsorg och hälsa på lika villkor för hela befolkningen”. På så sätt finns det en tydlig koppling mellan kommunens övergripande mål och det övergripande nationella folkhälsomålet.

Då det gäller folkhälsoarbetet mer specifikt har kommunfullmäktige beslutat att särskilt prioritera sex av de nationella målområdena för folkhälsa: delaktighet och inflytande i samhället, ekonomisk och social trygghet, trygga och goda uppväxtvillkor, ökad fysisk aktivitet, goda matvanor och säkra livsmedel samt minskat bruk av tobak och alkohol, ett samhälle fritt från narkotika och dopning samt minskade skadeverkningar av överdrivet spelande. Någon detaljerad handlingsplan för folkhälsoarbetet har inte fastställts. Fullmäktige har i stället beslutat att prioritera dessa sex målområden med tillhörande övergripande mål. För närvarande ansvarar styrelser och nämnder för att konkretisera målen i relation till sina verksamheter.

Sammanfattande resultat: Mål, strategidokument och handlingsplaner

Samtliga intervjuade kommuner har ett uttalat övergripande mål om en god och jämlik hälsa hos befolkningen i en av kommunfullmäktige antagen folkhälsostrategi eller motsvarande. I nästan alla kommuner finns målet om en god hälsa på lika villkor även uttalat i kommunens långsiktiga mål om välfärd och hållbar utveckling. Samtliga kommuner har en plan för folkhälsoarbetets inriktning och för hur folkhälsoarbetet ska bedrivas. I alla kommuner har folkhälsoplanen en tydlig koppling till de elva nationella folkhälsopolitiska målområdena. Regelmässigt har kommunerna valt att anpassa dessa till lokala förhållanden och man har även valt att prioritera en del av de nationella målområdena framför andra. Exempelvis prioriterar alla kommuner målområdena om fysisk aktivitet och matvanor samt tobak, alkohol, narkotika och spel, medan färre lyfter fram övriga målområden.

Framtagandet av mål och handlingsprogram för ett folkhälsoarbete baserat på bestämningsfaktorerna för hälsa ses som en process där det är viktigt att involvera flera aktörer och att integrera arbetet med annat pågående utvecklingsarbete inom kommunen. Av den anledningen har de intervjuade kommunerna kommit olika långt i denna process. Örebro kommun, till exempel, har länge arbetat strategiskt med folkhälsofrågorna och tog fram mål och ett handlingsprogram innan den nationella folkhälsopolitiken fastslogs. I Botkyrka har mål och strategier antagits på alla nivåer – från den övergripande strategiska nivån till enskilda enheters handlingsplaner – som i sin tur är kopplade till kommunens styr- och uppföljningssystem. Andra kommuner såsom Falun och Umeå, har antagit strategidokument med mål som är kopplade till hälsans bestämningsfaktorer och hållbar utveckling. I dessa kommuner pågår för närvarande arbetet med att konkretisera målen på verksamhetsnivå. I Kristianstad har man medvetet valt att låta processen ta tid för att säkerställa en bred förankring och ett underifrånperspektiv. I Malmö visar en kartläggning av kommunens samtliga strategier och handlingsprogram att i stort sett alla har någon koppling till människors livsvillkor och hälsa, men att flertalet skulle kunna lyftas fram som förbättringsområden i förhållande till folkhälsoutvecklingen. I såväl Nynäshamn som i Växjö har kommunen valt att genomföra särskilda satsningar på folkhälsa under de senaste åren. I båda kommunerna har tydliga mål för dessa satsningar antagits, vilka har utgått både från generella och riktade insatser.

3.4 Organisation och verksamhet

Samordning av det kommunövergripande arbetet

Malmö

Malmö stad har ett politiskt tillsatt folkhälsoråd med sju politiker som leder folkhälsoarbetet. Tre av politikerna är kommunalråd och tre har anknytning till Sociala roteln, tekniska nämnden och kulturnämnden. En politiker är regionråd med ansvar för folkhälsofrågor inom Region Skåne. På tjänstemannaplanen sker samordning genom en folkhälsoenhet som organisatoriskt ligger direkt under stadsdirektören. Enheten består av tio tillsvidareanställda och en projektanställd. Enheten bereder ärenden, samlar fakta, stimulerar förebyggande och hälsofrämjande arbete i kommunens verksamheter, tar initiativ till och samordnar kommunövergripande projekt och folkhälsoinsatser. Ett

aktuellt uppdrag är att utarbeta en ny folkhälsostrategi för Malmö stad. Utöver personalen på folkhälsoenheten finns det brotts-, drog- och folkhälsosamordnare i stadsdelarna och ungdomsrådssamordnare samt förebyggande samordnare i flera övriga förvaltningar.

Kristianstad

Även Kristianstads kommun har ett folkhälsoråd. Detta leds av två politiker – en majoritets- och en minoritetspolitiker från kommunstyrelsen – och består i övrigt av företrädare för cirka 30 olika intressenter: tio offentliga organisationer, Svenska kyrkan, tio kommunala förvaltningar, sex nätverk i kommunens bostadsområden och en samverkansgrupp för äldres och blivande äldres hälsa. Kommunen har en folkhälsostrateg som är föredragande i Folkhälsorådet och som samordnar arbetet med nätverket och övriga folkhälsointressenter. På tjänstemannaplanen har ett initiativ tagits, med stöd av politikerna i Folkhälsorådet, att bilda en kommunal analysgrupp för social hållbarhet där alla berörda förvaltningar ska ingå: socialtjänst, barn och utbildning, arbetsmarknad och integration, stadsbyggnad, kultur och fritid samt omsorg. Folkhälsostrategen arbetar mycket med kommunens samhällsplanerare för att få in hälsa som en viktig faktor vid planeringen av samhället.

Växjö

I Växjö kommun fanns det tidigare ett folkhälsoråd som samordnade folkhälsofrågorna men från 2007 lades ansvaret på Kommunstyrelsens organisations- och personalutskott (KSOP). Två av ledamöterna i KSOP, en från den politiska majoriteten och en från oppositionen, har ett särskilt ansvar för folkhälsoarbetet. Denna ansvarsfördelning under KSOP gör att det är lätt att klargöra sambanden mellan insatser för personalen och befolkningen, att styra utvecklingen och att rapportera till KSOP-utskottet, andra utskott och till kommunstyrelsen. I arbetet med samordning av folkhälsofrågorna har även folkhälsosamordnaren en strategisk roll. Hälsosamordnaren är med på träffar med förvaltningscheferna och kommunchefen. För att kunna utveckla folkhälsoarbetet inom förvaltningarna har en hälsorepresentant på respektive förvaltning utsetts och fått genomgå en utbildning. Kontakterna mellan folkhälsosamordnaren och politikerna i KSOP är mycket täta, ibland med träffar en gång i veckan.

Nynäshamn

I Nynäshamns kommun beslutar kommunfullmäktige om mål, prioritering av områden och finansiering av folkhälsoarbetet i samband med att den årliga budgeten behandlas. Medel för satsningar på folkhälsa kan därefter sökas av facknämnderna och av kommunens föreningar. Kommunstyrelsen beslutar om fördelningen av de särskilt budgeterade medlen för folkhälsa och utövar också formellt den politiska styrningen. Verkställighet sköts av två majoritetspolitiker, barn- och utbildningsnämndens ordförande och socialnämndens ordförande. På tjänstemannanivå har utvecklingsledaren för folkhälsofrågor en sammanhållande och strategisk funktion för folkhälsoarbetet och för det alkohol- och drogpreventiva arbetet. Utvecklingsledaren ingår i en styrgrupp tillsammans med kommunchefen och samtliga förvaltningschefer med uppdrag att underlätta implementeringen av folkhälsoarbetet och det alkohol- och drogpreventiva arbetet i de olika verksamheterna. I varje förvaltning finns det en person som har det övergripande ansvaret för folkhälsa och som också kan vara kommunstyrelseförvaltningens kontakt in i fackförvaltningarna. I kommunen finns även en folkhälsogrupp med tjänstemän på olika nivåer som arbetar med eller ansvarar för

olika folkhälsosatsningar. Genom folkhälsogruppen, som utvecklingsledaren sammankallar cirka fyra gånger per år, kan de som arbetar med olika folkhälsoprojekt träffas och utbyta erfarenheter samt ta del av central information.

Botkyrka

Under kommunfullmäktige ansvarar kommunstyrelsen i Botkyrka kommun för folkhälsofrågorna. Till kommunstyrelsen finns olika beredningar kopplade, varav en är folkhälsokommittén. Att det heter kommitté beror på att landstinget är representerat på politisk nivå. Processansvaret för folkhälsofrågorna, tillsammans med personalansvaret, ligger under socialförvaltningen med socialchefen som processägare. Folkhälsosamordnaren, som är sekreterare och föredragande i folkhälsokommittén, är knuten till socialförvaltningen. I övrigt har Botkyrka en matrisorganisation där folkhälsoarbetet går igenom alla förvaltningar och genomsyrar allt arbete. Tidigare fanns det flera strategiska grupper för exempelvis jämställdhet, mångfald, tillgänglighet och folkhälsa. Dessa grupper slås nu ihop i en ny strategisk grupp för social hållbarhet. Det är även planerat att ha en gemensam operativ grupp för trygghet och folkhälsa. Utöver detta finns det fem områdesgrupper där förvaltningscheferna är ordförande. Gruppen ansvarar för tre områden, delaktighet, trygghet och hälsa, utifrån kommundelens förutsättningar och behov. Andra aktörer som polisen, bostadsbolagen, studieförbunden och föreningslivet ingår också i områdesgrupperna. Dessa aktörer har kunskap om vad som sker lokalt och planerar lokala insatser.

Örebro

I Örebro kommun samordnas arbetet med integration, demokrati, jämställdhet, folkhälsa och barns rättigheter inom ramen för den övergripande strategin och budgeten. På kommunledningskontoret finns det en ny organisation med en enhet där områdena arbetas samman över hela kommunens organisation. Tjänstemännen har fått i uppdrag att arbeta integrerat och sektorsövergripande. Det finns också politiska strategigrupper för nästan varje område: en strategigrupp för integration, en för demokrati och det civila samhället, en för folkhälsa, en för jämställdhet samt en för klimat- och miljöfrågor. De leds av kommunalråd. Folkhälsostrategen är sekreterare i strategigruppen för folkhälsa och har därmed möjlighet att förankra idéer och kunskaper i gruppen. Varje programnämnd (kommunen har både programnämnder och driftsnämnder) har ett uttalat ansvar att integrera folkhälsofrågor i sin verksamhet. Av styrdokumentet framgår det vad varje programnämnd ska redovisa i sin årsredovisning. All verksamhet i kommunen redovisas utifrån begreppen jämställdhet, barns rättigheter, integration, demokrati och så vidare. Det är ett sätt att skapa ett integrerat och sektorsövergripande synsätt.

Falun

Falun kommun har sedan ett år tillbaka ett folkhälsoråd med både politiker och tjänstemän. Politikerna är beslutande och består av kommunstyrelsens ordförande, en oppositionspolitiker, en övrig majoritetspolitiker och två politiker från hälso- och sjukvårdsnämnden. Tjänstemännen är kommundirektören, nio förvaltningschefer och en chef för närsjukvården. Kommunens folkhälsostrateg är föredragande i Folkhälsorådet. Strategen samordnar även den övergripande verksamheten. De som arbetar med exempelvis handikappfrågor och lika behandling, flyktingfrågor, äldres hälsa, brottsförebyggande, olycksfallförebyggande och barns hälsa finns representerade i rådet. Folkhälsostrategerna för dalakommunerna och en representant från landstinget träffas 4–5 gånger per år för att bland annat diskutera frågor som bör tas upp i respektive kommuns folkhälsoråd. För närvarande pågår diskussioner om ansvarsfördelning i fråga

om konkreta insatser och uppföljning inom de olika delområdena. Organisationen har ännu inte till fullo etablerats.

Umeå

I Umeå finns det ett hälsoråd där presidierna och chefstjänstemännen från de flesta nämnderna finns representerade. Socialnämndens ordförande är ordförande i Hälsorådet. Strategen för hållbar utveckling samordnar de aktiviteter som Hälsorådet fattar beslut om.

Sammanfattande resultat: Samordning av det kommunövergripande arbetet

Folkhälsofrågan finns högt med på den politiska dagordningen i samtliga kommuner. Modellerna för styrning och samordning varierar inom ramen för tre styrningsnivåer: styrning genom politiker i form av kommunstyrelsen och särskilt utsedda politiker, styrning av tjänstemän från kommunens olika verksamheter samt styrning inom respektive verksamhet via chefstjänstemän som har tilldelats ett folkhälsoansvar. I samtliga kommuner finns det en eller flera tjänstemän som har rollen som folkhälsostrateg eller motsvarande. Vidare har alla kommuner utom Växjö och Nynäshamn någon form ett folkhälsoråd. I detta ingår enbart politiker alternativt såväl politiker som tjänstemän. Folkhälsorådet i Kristianstad omfattar även företrädare för externa myndigheter och organisationer.

Frågor om ekonomiska styrmedel har inte ställts till intervjupersonerna.

Verksamheter och insatser

Malmö

I Malmö stad bedöms alla verksamheter i de tio centrala fackförvaltningarna och de tio stadsdelsförvaltningarna ha betydelse för människors hälsa. Stadsdelarna har ansvar för skola, individ- och familjeomsorg, vård och omsorg, fritid och fritidsgårdar, kultur, grundskole- och gymnasieutbildning. Folkhälsosamordnarna och övriga samordnare medverkar till att strategi- och handlingsplanerna förverkligas. Det gäller områdena tobak, alkohol och droger, fysisk aktivitet och goda matvanor bland barn och unga, sexuell hälsa och ungdomars delaktighet. Arbetet sker även när det gäller personalhälsa och arbetsmiljö. Initiativ tas på stadsdelsnivå och i fackförvaltningarna.

Kristianstad

I Kristianstads kommun är ett stort antal kommunala förvaltningar knutna till Folkhälsorådet. Det gäller förvaltningar för kommunledning, räddningstjänst, stadsbyggnad, C4 Teknik, socialtjänst, barn- och ungdom, omsorg, miljö- och hälsoskydd samt kultur och fritid. Under 2008 genomfördes verksamheter inom områdena bostadsområdet som hälsofrämjande arena, hälsosam samhällsplanering, barn och ungas uppväxtvillkor, hälsa i arbetslivet, bra miljöer och produkter, bra matvanor och livsmedel samt hälsosamt åldrande för äldre och blivande äldre. Arbetet inom dessa områden pågår också under 2009. Kommunen arbetar sedan några år tillbaka även mycket med personalens hälsa. Som underlag görs en personalenkät till all personal vartannat år.

Växjö

I Växjö kommun är flera förvaltningar engagerade, bland annat förvaltningarna för kommunledning, teknik, gymnasieskola, skol- och barnomsorg, omsorg, kultur och fritid, miljö och hälsa, arbete och välfärd, stadsbyggnad och kommunala fastigheter. Verksamheterna handlar om fysisk aktivitet bland kommunens personal, utbyggnad av nya cykelstråk, gångvägar, skridskobanor och skateboardbanor, dialog med medborgarna via direktmöten, samt samarbete kring alkohol och droger med landstinget, polisen, länsstyrelsen och Systembolaget. I verksamheterna ingår också samarbete med IOGT-NTO och idrottsrörelsen, engagemang för unga människor när det gäller utbildning och arbete, arbete för att bostadsområdena ska vara bra och attraktiva och att befolkningens hälsa ska utvecklas positivt. Kommunen satsar stort på insatser riktade till personalen. En regelbunden medarbetarenkät används.

Nynäshamns

Aktiva förvaltningar i folkhälsoarbetet i Nynäshamns kommun är bland annat miljö- och samhällsbyggnadsförvaltningen, barn- och utbildningsförvaltningen och socialförvaltningen. Folkhälsosatsningarna har gällt förbättring av tillgängligheten för cykel- och gångtrafikanter, satsning på motionsrundor, satsning på fysisk aktivitet och hälsofrämjande skolgårdar samt föräldrautbildningar som dels tar upp psykologiska frågor, dels informerar om hälsofrämjande levnadsvanor. Andra satsningar har gällt erbjudande om sommarjobb till alla ungdomar från 16 år till gymnasiets årskurs 3 under 2008, genomförande av ett alkohol- och drogpolitiskt program inklusive sluta-rökarkurser samt satsning på minskad övervikt bland barn och ungdomar genom bland annat en kostpolicy och en höjd budget för skolluncher. Det har även gällt kompetensutveckling av äldreomsorgspersonal i kost och hälsa, fixartjänst för äldre samt hälsosamtal för att förebygga och upptäcka problem som funktionsnedsättningar, sjukdomar och otrygghet. Även bidrag till föreningar för folkhälsoarbete, bland annat föreningar som tar ut äldre på promenader och bussutflykter, har ingått i folkhälsosatsningarna.

Botkyrka

Botkyrka kommuns folkhälsoarbete är inriktat på delaktighet och inflytande, social och ekonomisk trygghet, trygga och goda uppväxtvillkor, fysisk aktivitet och kostvanor, tobak, alkohol, narkotika och spel, samt säkra och sunda miljöer och produkter. Arbete med frågor om delaktighet och inflytande finns i större eller mindre utsträckning i alla förvaltningar. När det gäller området trygga och säkra uppväxtvillkor, så är förvaltningarna för kultur och fritid, barn och ungdom samt utbildning och arbetsmarknad mer involverade än andra förvaltningar. Det positiva är att arbetet sker tvärsektorielt, exempelvis i strategigruppen där alla är involverade. Ett konkret exempel på arbete för att minska ojämlikhet i hälsa är att man i Botkyrka har arbetat mycket med stödjande insatser i utsatta områden. I Hallunda har man motiverat och jobbat väldigt medvetet för att få gymnasieeleverna att gå vidare till högre studier. Ekonomiskt sker också en tilldelning av resurser baserat på områdenas olika behov inom barn och ungdom, förskolor, skolor och så vidare. Förskolor och skolor i områden med svagare socioekonomiskt utgångsläge får mer resurser, samtidigt som man ser till kommunens situation i sin helhet.

Örebro

Folkhälsoarbetet i Örebro kommun har sedan starten uppmärksammat och haft sin utgångspunkt i skillnaderna i hälsa i olika bostadsområden. Sju stora bostadsområden är i fokus med insatser som förstärkning av skolhälsovården, gratis lokaler till dem som ordnar aktiviteter där, resurser för att främja barns utveckling och så vidare. Det görs även ett mer generellt arbete. Kommunen har en folkhälso pedagog som jobbar särskilt med barn och unga mot skolor och folkhälso centraler, oavsett område. Det finns även två hälsoutvecklare, en som arbetar med föräldrastöd tillsammans med programområdet barn och utbildning samt en hälsoutvecklare som arbetar särskilt med det bostadsrelaterade folkhälsoarbetet och som ska börja arbeta med äldres hälsa. Hälsoutvecklaren som arbetar med föräldrastöd arbetar bland annat med att stärka lärare och skolhälsovårdens personal. Uppbyggnaden av ett folkhälso center blir en typ av pilotprojekt. I övrigt arbetar kommunen sällan i enskilda projekt, utan större delen av folkhälsoarbetet är integrerat i den ordinarie verksamheten.

Falun

Alla nämnder och styrelser utför aktiviteter i sina grunduppdrag inom kommunen som är kopplade till de lokala folkhälsomålen. Här är några exempel: Falu kommun har en lång tradition av skadeförebyggande arbete. Det resulterade i att Falun 1995 blev utnämnd till "Säker och trygg kommun" samt att de återcertifierades 2008. Man har valt att fokusera på de områden där flest olyckor sker, till exempel bostäder, idrott och trafik. Det skadeförebyggande arbetet är systematiskt och sker i bred samverkan med exempelvis landstinget, forskare, andra kommuner och frivilligorganisationer. Riktade hälsofrämjande insatser finns också där man exempelvis arbetar specifikt med frågor som rör funktionshindrades hälsa eller med integrationsfrågorna. Under 2009 fanns det 88 särskilda folkhälsoåtgärder i handlingsplanen utöver de åtgärder i den löpande verksamheten som var kopplade till folkhälsa. Med inriktning på personalen finns det ett aktivt arbete med utveckling av formerna för friskvårdsarbete samt ett systematiskt arbetsmiljöarbete, bland annat genom integrering av jämställdhetsperspektivet.

Umeå

I stort sett all kommunal verksamhet som socialtjänsten, skolan, fritid, miljö- och hälsa, med flera skapar förutsättningar för en god hälsa för kommunmedborgarna. TILDA-satsningen (Tidiga Insatser och Långsiktiga verksamheter Där man bor och på ett Annorlunda sätt) är ett exempel på verksamhet. TILDA är ett samarbete mellan åtta förvaltningar: social-, kultur-, fritids- och de båda skolförvaltningarna, samt de tre kommundelarna tillsammans med föreningslivet och kyrkan. Syftet är att kraftsamla det förebyggande arbetet kring barn och unga för att fånga upp ungdomar innan de får problem. Ett annat exempel är landstingets projekt SALUT som är en hälsosatsning för barn och ungdomar i Västerbotten. Ersboda i Umeå är ett pilotområde i denna hälsosatsning. Målet är att stödja barnet och dess föräldrar under hela uppväxten med början redan under graviditeten. Umeå kommun arbetar också för en tobaksfri arbetstid. Informationen har skötts av sakkunniga från yrkes- och miljömedicin vid Umeå universitet tillsammans med kommunens hälsosamordnare. Hälsorådet beslutade att under 2009 skulle det satsas på kompetensutveckling inom tre av kommunens sex prioriterade folkhälsoområden: goda matvanor och säkra livsmedel, fysisk aktivitet samt trygga och goda uppväxtvillkor. För 2010 planeras seminarier inom målområdena delaktighet och inflytande, samt ekonomisk och social trygghet. För kommunens anställda har det skett regelbundna friskvårdssatsningar.

Sammanfattande resultat: Verksamheter och insatser

Kommunernas svar visar att flera sektorer och verksamheter är engagerade i folkhälsoarbetet. Det gäller både sociala förvaltningar som skola, vård, omsorg, kultur och fritid, samt tekniska förvaltningar som räddningstjänst, stadsbyggnad, miljö och hälsoskydd. Verksamheterna är, med en hög grad av variation mellan kommunerna, inriktade på barn och ungas uppväxtvillkor, förutsättningar för utbildning, sysselsättningsmöjligheter, hälsa i arbetslivet, miljöer och produkter, sexuell hälsa och ungdomars delaktighet, fysisk aktivitet, matvanor och livsmedel, tobak, alkohol och droger samt hälsosamt åldrande för äldre och blivande äldre. Merparten av dem som intervjuades konstaterar att en bred definition av folkhälsoarbete, som omfattar arbete med att förbättra de sociala bestämningsfaktorerna för hälsa, inkluderar i stort sett all kommunal verksamhet. Några intervjupersoner poängterar att det därmed är svårt att urskilja specifika verksamheter eller insatser för att förbättra folkhälsan, då dessa ses som en integrerad del av det kommunala välfärdsarbetet i stort. Falu kommun har en lång tradition av skadeförebyggande arbete och är certifierad som "Säker och trygg kommun".

En mycket viktig fråga i flera kommuner är personalens hälsa och arbetsmiljö. Två av kommunerna, Kristianstad och Växjö, uppger att de arbetar mycket medvetet med ett underifrånperspektiv när insatser planeras. De som berörs av insatser ska medverka. Detsamma gäller personalen på de förvaltningar som är engagerade.

Samverkan med andra aktörer

Malmö

Region Skåne håller på att revidera den regionala folkhälsostrategin. En dialog finns med Malmö stad och med övriga kommuner i länet. Malmö har ett begränsat samarbete med vissa av länets kommuner, i första hand Lund, Helsingborg och Kristianstad. Helsingborg och Kristianstad ingår i Healthy Cities nätverket, vilket ger utgångspunkt för dialog. För frågor om ungdomsinflytande har man kontakt med andra kommuner, bland andra Eslöv. Det är viktigt att komma ihåg, enligt intervjupersonerna, att Malmös tio stadsdelar är som mindre kommuner i sig och att arbetet med dem är omfattande. Det finns ett begränsat samarbete i vissa frågor, bland annat kring sexuell hälsa, med Skånes kommunförbund.

Kristianstad

Kristianstads kommun gick med i det nationella Healthy Cities nätverket våren 2008. Nätverket har två arbetsgrupper, en som arbetar med samhällsplaneringsfrågor och en som arbetar med fysisk aktivitet och goda matvanor. Kristianstad valde samhällsplaneringsnätverket. En person från samhällsplaneringsfunktionen i Kristianstads kommun sitter med i nätverket. Medverkan i Healthy Cities nätverket ska utvärderas. Samverkan finns med Region Skåne, där ordföranden för Kristianstads kommuns folkhälsoråd sitter i regionens folkhälsoberedning. En av de två intervjuade politikerna framhåller att kommunen egentligen har kommit längre än regionen när det gäller folkhälsofrågor och att regionens viktigaste fråga borde vara att få hela hälso- och sjukvården att ändra sjukvårdstänkandet till ett hälsotänkande. Kommunen jobbar också med den ideella sektorn väldigt mycket. Skånes idrottsförbund är en sådan organisation

som får pengar från Region Skåne och som har en representant i Kristianstads kommuns folkhälsoråd. Krav ställs på idrottsförbundet att det ska arbeta hälsofrämjande.

Växjö

Det finns ett stort kontaktnät av samverkande organisationer i kommunen. Det finns en stor idrottsrörelse, en körrörelse och en stor tredje sektor. De politiska partierna är medborgartillvända och utåtriktade i ganska hög grad. Många av kommunens förtroendevalda har också ett engagemang i föreningslivet och bidrar till nätverkande mellan kommunen, näringslivet och frivilligorganisationerna. Kultur- och fritidsförvaltningen har mycket kontakt med befolkningen. Växjö kommun samverkar med övriga kommuner i Region södra Småland. Kommunen samverkar även med landstinget, men kommunens syn är att folkhälsofrågorna har sin bas i kommunerna. En politiker framhåller vid intervjun att folkhälsan kopplad till sjukvårdsperspektivet naturligtvis har sin roll i landstinget, men att ”sjukvårdsperspektivet blir fel när det gäller hälsofrämjande arbete”.

Nynäshamn

Nynäshamn har samarbetat med landstinget i projektet Jämlikhet i hälsa under tre år, 2006–2009. Kommunen samverkar nu med landstinget kring deras folkhälsorapport, kring en familjecentral, kring en ungdomsmottagning samt en annan mottagning för unga i åldern 13–23 år som missbrukar alkohol eller droger. Kommunen har nyligen blivit medlem i landstingets Healthy Cities nätverk. Samverkan i övrigt med landstinget har minskat sedan sjukvården privatiserades och sedan en tjänst som folkhälsoplanerare inom primärvården har försvunnit. Kommunen samverkar även med ett stort antal föreningar för dans, ridning, golf, innebandy, friidrott, motion, foto, kampsport, äldre samt små företag inom hälsobranschen. Två projekt är politiskt initierade och berör föreningar, att bemanna den fasta motionsrundan i fyra av kommundelarna och att genomföra nattvandringar under lördagar.

Botkyrka

Samarbete sker med bland andra polisen, föreningar, ideella organisationer och landstinget. Karolinska Institutet har i uppdrag att utvärdera delar av det hälsofrämjande arbetet och det finns ett bra samarbete med vårdcentralerna när det gäller planering inför exempelvis influensavaccinationen. Kultur och fritid har utbildat ledare för idrottsföreningar, särskilt när det gäller policy för alkohol och droger. En diskussion pågår tillsammans med polisen och socialförvaltningen om hur samarbetet för barn och unga kan förbättras. Kommunen arbetar ofta så att den samlar flera aktörer via folkhälsogruppen och områdesgrupperna.

Örebro

Arbetet går för det mesta ut på att stimulera initiativ som ska genomföras tillsammans med andra eller av annan part. Örebro läns idrottsförbund och primärvården genomför till exempel aktiviteter. Två tydliga exempel på samverkan är arbetet som har påbörjats kring maten i förskolan och arbetet med uppbyggnaden av ett folkhälsocenter. Det är en kostexpert på samhällsmedicin, en representant från idrottsförbundet, hälsoutvecklaren och en person från kommunen som arbetar med mat, som samarbetar kring satsningen. Örebro läns landsting bidrar även finansiellt till folkhälsoarbetet i kommunen genom att finansiera delar av resurserna för en hälsopedagog och en hälsoutvecklare samt ger kommunen möjligheten att få stöd till olika initiativ i bostadsområdena. Liknande avtal

finns med alla kommuner i länet. Eftersom kommunerna har ett sådant avtal, träffas strategierna från varje kommun regelbundet och diskuterar olika samarbeten. Konkreta samarbeten har även hälsoutvecklarna, exempelvis när de arbetar tillsammans kring hälsofrämjande skola, drogprevention eller föräldrastöd.

Falun

Samarbete finns med landstinget, men även med frivilliga organisationer på områdesnivå. Externa samarbeten skulle kunna utvecklas till att omfatta bildningsförbunden, till exempel högskolan i större utsträckning, och kyrkan. Man skulle exempelvis kunna ha ett närmare samarbete med Forskningsrådet. Falun ingår i det nationella Healthy Cities nätverket.

Umeå

Umeå kommun samverkar med en rad olika aktörer på olika nivåer. Socialtjänsten har till exempel en forskargrupp knuten till Umeå universitet. Kommunen har projekt tillsammans med Sveriges Kommuner och Landsting, med Umeåregionen och med Union of the Baltic Cities (UBC). Kommunen har även olika EU-projekt på gång, till exempel ett inom åldringsvården, jämställdheten och hållbart resande. Samverkan finns med frivilligorganisationer, till exempel volontärverksamheten. I kommunens hälsoråd sitter representanter från landstinget. Inom Umeåregionen finns en samverkansgrupp mellan de sex kommunernas folkhälsoråd. Kommunen har också tillsammans med landstinget utvecklat familjecentraler.

Sammanfattande resultat: Samverkan med andra aktörer

Samtliga kommuner samverkar med både andra offentliga aktörer, främst landstingen regionerna och kommunerna, och med olika organisationer i civilsamhället. Nynäshamn har samverkat med landstinget i ett projekt om jämlik hälsa under tre år. Kristianstad och Växjö anser att landstingen och regionerna bör ändra sitt sjukvårdstänkande till ett hälsotänkande. I Örebro finansierar landstinget en hälsoutvecklartjänst. I vilken utsträckning en sådan finansiering även gäller för övriga kommuner som medverkar i undersökningen ger denna rapport inget svar på.

Det sker samverkan med organisationer i civilsamhället bland annat med idrottsförbunden, bildningsförbunden och andra föreningar.

Malmö, Kristianstad och Falun tillhör Nationella Healthy Cities nätverket. Nynäshamn har nyligen gått med i Stockholms läns landstings Healthy Cities nätverk.

Den viktigaste insatsen för att minska ojämlik hälsa

Malmö

Den största betydelsen har, enligt intervjupersonerna, de strukturella frågorna som arbete, delaktighet, boende och beslut som till exempel Öresundsbron, Västra Hamnen, högskolan, alltså sådant som har tillfört näringslivet utvecklingsmöjligheter. En annan fråga är den debatt som Malmöpolitikerna har fört med riksdagspolitikerna om att begränsa inflyttningen av flyktingar till Malmö och till andra kommuner i samma situation med en stor invandring, för att staden ska ha en möjlighet att ge dem som kommer en bra utbildning, arbete och bostad. Det är ett exempel på en aktiv diskussion för att även minska ojämlikhet i hälsa. Andra områden är till exempel att man har satsat

mycket på simkunnighet, att ta bort daghemsköer och att skapa mötesplatser för ungdomar. Malmö blev årets ungdomskommun för något år sedan och har fått många priser för sitt arbete.

Kristianstad

När arbetsmarknadsläget förändrades i och med den internationella finansiella krisen, så har den grupp personer som har svårast att få jobb – främst ungdomar och invandrare – fått känna av krisen först av alla. Kristianstads kommun har enligt de intervjuade politikerna inte lyckats att ta hand om denna problematik. Här har Kristianstad en utmaning, även om kommunen i övrigt har gjort en hel del för att minska sociala hälsoskillnader.

Växjö

Organisatoriskt handlar det, enligt politikerna som har intervjuats, om att kommunen har skapat en organisation för folkhälsofrågorna som medger en snabb verkställighet utifrån målen. Fokus på tre av de elva nationella målområdena innebär en kraftsamling. Kommunen var erbjuden att delta i en extern utbildningsinsats om folkhälsofrågor för politiker. Flera politiker från kommunen medverkade, men fler borde ha tagit del av utbildningen. På samma sätt som kommunen strävar efter att öka intresset bland medborgare och personal, så behöver kommunen även göra det i högre grad bland de förtroendevalda, enligt politikerna. Dessa bör engagera sig för folkhälsan i allmänhet och särskilt för begreppet jämlik hälsa därför att de förtroendevalda har uppdrag i nämnder och styrelser som är viktiga för folkhälsan, till exempel förskola och skola, socialtjänst, arbete och välfärd.

Nynäshamn

Den viktigaste insatsen är enligt intervjupersonen det så kallade SPRING-projektet, där det ingår ombyggnad av förskole- och skolgårdar. Ombyggnaden gör utemiljön mer attraktiv med ny växtlighet, kullfallna träd som barnen kan hoppa på, skuggade partier under sommaren med mera, vilket stimulerar barnen till att både vara ute och att röra sig mer. I projektet ingår även utbildning av personalen och information till föräldrarna. En annan viktig insats gäller skolluncherna, där en satsning har gjorts på mer fiberrik mat, fet fisk och grönsaker.

Botkyrka

Det är många insatser, enligt de intervjuade, men främst handlar det om målen som lyftes fram i kommunens ansökan till Svensk förening för folkhälsoarbete om att bli årets folkhälsokommun, som till exempel arbetet med lika rättigheter. Egentligen handlar det om ledningsfrågorna och att förankra folkhälsotänkandet i alla verksamheter. Detta är också ett utvecklingsområde för kommunen, där det finns behov av både stöd och verktyg.

Örebro

Viktigast är processer anser intervjupersonen. Genom områdesgrupper, områdesforum och processledare som ger stöd skapas i bostadsområdena förutsättningar för människor att bli mer delaktiga. Processledarna utvecklar samarbetet med samhällsplaneringen. När en översiktsplan görs är de boende delaktiga i den processen. Även arbetet med att utveckla familjecentralerna är viktigt, liksom det brottsförebyggande arbetet. Arbetet med kommunens struktur och med styrdokumentet är likaså viktigt. Som

folkhälsstrateg kan man inte göra mycket i frågor om utbildningspolitik och sysselsättningspolitik, men däremot i det underliggande, som till exempel att få individen att delta i arbetet med att ge synpunkter på den lokala bostadspolitiken. Det handlar följaktligen om förutsättningarna för att kunna ta till sig utbildning och bli sysselsatt.

Falun

Verksamhetens organisation kan skapa förutsättningar för en mer jämlik hälsa. Det viktigaste är därför processen med att förankra den nya organisationen och sprida budskapet om de övergripande målen ute i organisationen och i befolkningen, så att fler börjar tänka i samma bana och påverka hälsan. När det gäller bostadsområdena finns det inga direkta problemområden. Kommunen har en hög utbildningsnivå i ett dalaperspektiv samt ligger nära riksgenomsnittet i övrigt. Det är viktigt att slå vakt om detta.

Umeå

En viktig insats är TILDA-projektet som gäller barn och unga. Det är där man måste börja, genom att få in unga på rätt väg så att de inte faller in i missbruk och så vidare. Kommunen har också sökt pengar från Statens folkhälsoinstitut när det gäller föräldrastöd. Föräldrastöd och insatser för att tidigt fånga upp barn som far illa eller är på glid är det viktigaste.

Sammanfattande resultat: Den viktigaste insatsen för att minska ojämlik hälsa

Variationen mellan kommunerna är stor när det gäller intervjupersonernas uppfattningar om den viktigaste vidtagna insatsen under det senaste året för att minska sociala ojämlikheter i hälsa i kommunerna. I redovisningen ingår allt från strukturella frågor som arbete, boende och migration, till organisationen av folkhälsoarbetet, empowermentprocesser i bostadsområdena och satsningar på barn och unga.

Malmö lyfter fram de strukturella frågorna. Växjö framhåller att verkställigheten av beslut inom folkhälsoområdet har förbättrats genom en ny organisation. Nynäshamn redovisar SPRING-projektet, en ombyggnad av förskole- och skolgårdar. Botkyrka pekar på utvecklingen av ledningsfrågorna och att förankra folkhälsotänkandet. Örebro lyfter fram processer som gör människor delaktiga i folkhälsoarbetet. Falun pekar på processen med att skapa en ny organisation för folkhälsoarbetet och att sprida folkhälsobudskapet inom organisationen. Umeå redovisar TILDA-projektet med inriktning på barn och unga. Kristianstad anför att ungdomar och invandrare är kommunens utmaningar, men redovisar inget exempel på en insats.

3.5 Verksamhetsuppföljning och utvecklingsfrågor

Utvecklingsidéer för en bättre och mer jämlik hälsa

Malmö

Strategier och program som har antagits av fullmäktige följs upp via Malmö stads folkhälsoenhet. Folkhälsoenheten tar i sin tur hjälp av externa experter när kvalificerade utvärderingar behöver göras. När det gäller utvecklingsfrågor har folkhälsoenheten gjort en kartläggning av alla strategier och handlingsplaner som fullmäktige har antagit vid

olika tidpunkter och som berör viktiga bestämningsfaktorer för befolkningens hälsa. Med det som bas ska en ny strategi för folkhälsoarbetet tas fram. Tanken är att förslaget ska vara tydligt även när det gäller människors livsvillkor, inte bara levnadsvanor, eftersom det är olika livsvillkor som i första hand skapar ojämlik hälsa. En annan viktig fråga är en vidareutveckling av index för välfärdsundersökningarna, så att det blir möjligt att på ett bättre sätt än i dag mäta variationer i hälsa och bestämningsfaktorer för hälsa.

Kristianstad

Uppföljningar sker genom en årlig verksamhetsberättelse för folkhälsoverksamheten i kommunen. En förhoppning är att kommunens nya analysgrupp ska komma fram till mätbara indikatorer så att det sociala området kan följas upp på samma sätt som miljöfrågorna. Den politiska styrningen kan också bli tydligare genom en prioritering av folkhälsan på samma sätt som till exempel jämställdheten och genom att ställa konkreta krav på vad som ska göras i de olika verksamheterna. En nedbrytning av Region Skånes material från folkhälsoenkäten på kommunens delområden förutsätts kunna ge nya infallsvinklar på arbetet. Det är i det sammanhanget viktigt att beakta den åldersmässiga klyftan där framför allt unga har det besvärligt, och att orka prioritera resurser för de kommuninvånare som är mest utsatta.

Växjö

Utvecklingen inom folkhälsoområdet följs via ett stort antal enkäter. Ett problem är att kommunens olika uppföljningsverktyg är dåligt synkroniserade. Folkhälsoarbetets uppföljning bör synkroniseras med annan uppföljning inom kommunens förvaltningar, till exempel utbildning och sysselsättning. En annan aspekt är att gå vidare i lagom takt för att kunna behålla underifrånsperspektivet. Arbetet måste bygga på människors känsla, delaktighet, ansvar och kreativitet. Ambitionen är att hela den kommunala apparaten ska engagera sig i folkhälsofrågorna som ska integreras i ett kommunalt mångfaldsprogram.

Nynäshamn

Årligen redovisas till kommunstyrelsen vad förvaltningarna har uträttat och i det sammanhanget förs också diskussioner om framtida insatser. I folkhälsoarbetet använder kommunen ett jämlikhetsverktyg, en checklista för jämlikhet och en processutvärderingsmall som ledarna för projekten ska fylla i. Det ses som angeläget att ytterligare utveckla de ekonomiska beräkningarna vad gäller kostnader för ohälsa och vinster av insatser på kort och lång sikt. Det är också ett verktyg för att minska ojämlik hälsa. Ett annat viktigt utvecklingsområde gäller ledningssystem för folkhälsa i kommunens alla verksamheter. Samverkan behöver också stärkas, dels med hyresgästföreningen och det kommunala bostadsföretaget i bostadsområdena där den största ohälsan finns, dels mellan förvaltningarna så att problem med barn och unga uppmärksammas och åtgärdas så snabbt som möjligt.

Botkyrka

Uppföljningar av kommunens sex hållbarhetsutmaningar redovisas i det årliga hållbarhetsboksutslutet. För att få en fördjupad kunskap om folkhälsofrågorna granskas även respektive förvaltnings årsredovisning. För uppföljningar av konkreta insatser finns

det ett samarbete med FoU Södertörn inom socialtjänsten.¹¹ Flerårsplanen 2010–2013 omfattar ett område med fokus på barns uppväxtvillkor, lika rättigheter och möjligheter samt delaktighet. Vidare är en politikerutbildning om folkhälsopolitik planerad. Utvecklingsarbete sker även kring indikatorer för uppföljningar. Mycket inom folkhälsoområdet handlar om att fördjupa det som redan pågår och att försöka få spridning av det, exempelvis likabehandlingsplaner på skolorna och kunskapsbaserade metoder som en ny manual för fysisk aktivitet. Till utvecklingsfrågorna hör även att få förvaltningar att inse att folkhälsoarbetet kan vara ett medel för att uppnå respektive förvaltnings eller enhets egna mål.

Örebro

Uppföljningar av folkhälsofrågorna sker i ett välfärdsbokslut som även är underlag för kommunens årsredovisning och budgetuppföljning. En utvecklingsfråga är att förbättra analysdelen i välfärdsbokslutet. Äldres hälsa har blivit en aktuell fråga och arbete pågår för att hitta en bra strategi för äldrefrågorna. Kunskap behöver alltid fyllas på, vilket man också gör. I fem år har utbildningen ”Folkhälsoarbete i kommunen” genomförts tillsammans med universitetet och Statens folkhälsoinstitut. Utbildningen ger förståelse för faktorer som påverkar människors hälsa och för hur folkhälsoarbete kan implementeras. De största hindren i arbetet med att jämna ut hälsoskillnaderna är de samhällsekonomiska, framför allt den höga arbetslösheten. Här når folkhälsoarbetet inte ända fram, eftersom sysselsättning och utbildning handlar om nationell politik.

Falun

Åtgärderna i åtgärdsplanen följs upp två gånger per år. För närvarande sker en introduktion av ett nytt datasystem för styrning och utvärdering som heter Styret. I detta program kan åtgärder som har genomförts utvärderas på ett mer systematiskt sätt. Bland utvecklingsfrågorna håller familjecentraler på att utvecklas på bostadsområdesnivå. Det viktigaste är dock att få igång organisationen av verksamheten och samverkan. Ansvar för folkhälsofrågorna behöver tydliggöras, för i dag är det diffust. Det behövs en ökad medvetenhet i hela organisationen, också för att öka trovärdigheten. Det är viktigt att få med alla och att alla känner att de bidrar och har lust till att samverka. Det är komplexa frågor som inte lätt kan förenklas, vilket blir en broms för att komma framåt. Det är en pågående process som tar sin tid.

Umeå

Verksamheten följs upp regelbundet. Bokslut och verksamhetsberättelser upprättas av nämnderna vid årets slut, och redovisas till fullmäktige. Minst en gång per mandatperiod ska ett livsmiljöbokslut tas fram där folkhälsodata för kommunen redovisas. I livsmiljöbokslutet beskrivs även vilka satsningar som har gjorts på folkhälsan. För kommunen är det viktigt att kunna jämföra sig med andra kommuner, särskilt sådana med liknande storlek och samma struktur, till exempel med andra universitetsstäder. Om en kommun ligger bra till inom något område är det viktigt att se vad kommunen har

¹¹ FoU-Södertörn har funnits sedan 1997. Från och med 2010 ägs FoU-Södertörn av åtta kommuner söder om Stockholm: Botkyrka, Haninge, Huddinge, Nacka, Nynäshamn, Södertälje, Tyresö och Värmdö. Verksamhetsområdet omfattar individ- och familjeomsorgen, funktionshinder samt socialpsykiatri.

gjort och ta till sig goda exempel. Hälsorådets förslag för 2010 är att arbeta med psykisk hälsa, delaktighet och inflytande, ekonomisk och social trygghet samt tobak. Seminarier planeras liksom samverkan med Korpen. För att nå en bättre folkhälsa krävs ett engagemang av kommunens alla förvaltningar och arbete över kommungränser. Samverkan är viktig.

Sammanfattande resultat:**Verksamhetsuppföljning och utvecklingsidéer för en bättre och mer jämlik hälsa**

Samtliga kommuner följer upp folkhälsoarbetet och redovisar detta i hållbarhetsbokslut, välfärdsbokslut, livsmiljöbokslut, verksamhetsberättelser eller årsredovisningar.

Utvecklingsidéer för en bättre och mer jämlik hälsa varierar med situationen och behoven i respektive kommun. Malmö håller på att utarbeta en ny strategi för folkhälsoarbetet som tydligare lyfter fram människors livsvillkor. Kristianstad avser att tydligare än i dag prioritera folkhälsa med särskilt fokus på unga. Växjö önskar att synkronisera sin uppföljning av folkhälsoarbetet med annan kommunal uppföljning. Det betonas att folkhälsoarbetet som en process ska bygga på ett underifrånperspektiv.

Nynäshamn markerar vikten av att ytterligare utveckla de ekonomiska beräkningarna, vilket gynnar en satsning på en mer jämlik folkhälsa. Kommunen har även ett jämlikhetsverktyg med en checklista. Botkyrka har fokus på barns uppväxtvillkor och att fördjupa arbetet inom kommunens olika förvaltningar. Örebro ska förbättra analysdelen i kommunens välfärdsbokslut och arbeta fram en bra strategi för äldrefrågorna. Falun introducerar ett nytt datasystem för styrning och utvärdering och satsar på en ökad folkhälsokompetens i den kommunala organisationen. Idéer som Umeå avser att förverkliga under 2010 är inriktade på psykisk hälsa, delaktighet och inflytande, ekonomisk och social trygghet samt tobaksfrågor. Seminarier ska genomföras och samverkan med andra aktörer ska sättas igång.

4. Undersökningens resultat - metodik, slutsatser och bidrag till DETERMINE-konsortiet

4.1 Inledning

I det här kapitlet diskuteras metodologiska aspekter på studiens kvalitet utifrån begreppen trovärdighet, tillförlitlighet, överförbarhet och opartiskhet. Vidare redovisas slutsatser då det gäller de nyckelfrågor i studien som har presenterats i kapitel 3. Redovisningen görs mot bakgrund av den teoretiska modell som har redovisats i kapitel 2 och som har anknytning till WHO:s kommission för sociala bestämningsfaktorer och till den svenska folkhälsopolitiken. Slutligen redovisas undersökningens bidrag till DETERMINE-konsortiet.

4.2 Metodologiska aspekter

Undersökningen har en kvalitativ design med halvstrukturerade intervjuer som datainsamlingsmetod. I detta avsnitt diskuteras undersökningens trovärdighet (intern validitet), tillförlitlighet (reliabilitet), överförbarhet (extern validitet) och opartiskhet (objektivitet) (Malterud, 2009). Inledningsvis lyfts undersökningens trovärdighet, tillförlitlighet och opartiskhet fram under följande rubriker: Urval av kommuner, Förförståelse och intervjufrågor, Datainsamling, Tillförlitlighet när det gäller intervjuer och opartiskhet samt Beskrivning av analysprocessen. Därefter diskuteras frågan om överförbarhet, det vill säga möjligheten att funna resultat har relevans även för andra kommuner än de intervjuade.

Undersökningens trovärdighet, tillförlitlighet och opartiskhet

Urval av kommuner

Syftet med undersökningen är ”att identifiera och lyfta fram goda exempel på kommunalt folkhälsoarbete med fokus på mål, organisation och insatser för att påverka den ojämlika hälsans sociala bestämningsfaktorer. Det betyder att utöver att kommunerna ska ha tydliga mål och handlingsprogram, så bör de även ha en organisation som gör att folkhälsofrågorna får genomslag i de flesta av verksamheterna samt att de har aktiva åtgärder som kan förbättra människors hälsa och minska hälsoskillnader på kort eller lång sikt. Folkhälsoarbetet bör också följas upp och utvärderas.”

Med syftet som utgångspunkt har Statens folkhälsoinstitut valt ut och intervjuat företrädare för åtta svenska kommuner – Malmö, Kristianstad, Växjö, Nynäshamn, Botkyrka, Örebro, Falun och Umeå. Valet av kommuner har varit ändamålsenligt enligt studiens syfte och den tid och de resurser som har funnits avsatta för studien. Urvalet av

presumtiva kommuner har skett i två steg. I det första steget identifierade initierade personer inom Statens folkhälsoinstitut 19 kommuner som ansågs kunna vara goda exempel på kommunalt folkhälsoarbete med fokus på mål, organisation och insatser för att påverka den ojämlika hälsans sociala bestämningsfaktorer. I det andra steget gjordes därefter ett strategiskt urval av de åtta kommuner som kom att ingå i studien och som också hade en geografisk spridning i hela landet.

Av de åtta kommuner som ingår i det strategiska urvalet i studien är sex universitets- eller högskolekommuner och de tillhör de 25 största kommunerna i landet. Även den minsta kommunen i undersökningen är relativt stor och ingår bland Sveriges 100 största kommuner (SCB, 2010). Ett annat urvalsförfarande skulle ha kunnat innebära identifiering av andra kommuner som uppfyllde inkluderingskriterierna för att vara exempel på kommunalt folkhälsoarbete som är inriktat på att minska ojämlik hälsa. Möjligheten finns att studien därmed skulle ha kunnat tillföras ytterligare exempel på sådant arbete. Ett annat urvalsförfarande skulle dock troligen ha tagit längre tid än den som nu fanns för denna studies genomförande. Syftet med studien var inte heller att urvalet skulle vara representativt för alla Sverige kommuner, utan ändamålsenligt för studiens syfte. Den valda urvalsstrategin har i alla fall genererat ett flertal konkreta exempel, samtidigt som den visar på en stor variation i svaren från de intervjuade kommunerna.

Förförståelse och intervjufrågor

Som utgångspunkt för undersökningen har det funnits en förförståelse för de kommunala verksamheternas stora betydelse för att påverka människors hälsa. En förförståelse har också gällt vilka typer av frågor som är centrala när det gäller goda exempel på folkhälsoarbete som kan minska hälsoskillnader. Detsamma gäller även intervjuformen som instrument vid datainsamling.

Undersökningens inriktning på kommuner och goda exempel har sin utgångspunkt i att kommunernas verksamhet omfattar ett stort antal sektorer som är viktiga för människors hälsa och att de svenska kommunpolitikerna som Statens folkhälsoinstitut har intervjuat för rapporten "Voices from Other Fields" (se kapitel 1) har angett goda exempel som ett viktigt verktyg för arbetet med att minska hälsoskillnader. För att folkhälsoarbetet ska fungera behövs det enligt de intervjuade politikerna en klar politisk vilja, tydliga handlingsplaner, strategier för samverkan och att stuprörstänkandet i olika verksamheter bryts.

Dessa signaler från politikerna har varit en viktig källa till de frågor som ställs i undersökningen. De har även varit en utgångspunkt för den halvstrukturerade intervjun som form för undersökningen. Valet att använda intervjuer som metod för att inhämta information, och inte exempelvis en enkätundersökning eller enbart en litteratur- och webbgenomgång, är grundat i studiens syfte att få en så fördjupad och nyanserad bild som möjligt av kommunernas folkhälsoarbete, med utgångspunkt från erfarenheter av företrädare från kommunerna som arbetar nära dessa frågor. Styrkan med intervjuer är att de ger mer varierande och djupare information än vad svar i enkäter kan tillföra en

studie. Halvstrukturerade intervjuer ger även en möjlighet att utveckla svaren på huvudfrågorna under intervjuens gång.

I ett e-postmeddelande till representanterna för de åtta kommunerna under juni 2009, redovisades initiativet att under perioden augusti–oktober 2009 göra intervjuer. Texten var följande:

”Vi planerar att under augusti-oktober intervju 5–10 kommuner som har en tydlig policy och handlingsprogram för att minska ojämlik hälsa. Vi vill försöka undvika sådana kommuner där minskad ojämlik hälsa mest är retorik till förmån för sådana som gör konkreta ansträngningar för att minska klyftorna. Det betyder att utöver att kommunerna bör ha tydliga mål och handlingsprogram, så bör de även ha en organisation som gör att folkhälsofrågorna får genomslag i flesta av verksamheterna samt att de har aktiva åtgärder som kan förbättra människors hälsa och minska hälsoskillnader på kort eller lång sikt. Har insatser utvärderats så är det naturligtvis ett plus. Finns det också särskilt budgeterade pengar för folkhälsosatsningar så är det ytterligare ett plus. Jag uppfattar att ... (kommunens namn) skulle kunna vara en av dessa kommuner. Delar du/ni min åsikt? Kan jag i så fall besöka er i augusti för en intervju på två timmar”

Samtliga åtta kommuner tackade ja till att medverka i undersökningen, vilket är intressant med tanke på det mycket tydliga budskapet i e-postmeddelandet. Svaret kan, menar vi, tolkas så att de kontaktade personerna i de åtta kommunerna har en förförståelse att kommunerna är, eller kan tänkas vara, goda exempel i nämnda avseenden. Det är inte orimligt att tänka sig att denna förförståelse i sin tur har varit en positiv utgångspunkt inför intervjuerna.

I samma e-postmeddelande redovisades även hur intervjun skulle gå till och vilka frågor som var huvudfrågor samt att ytterligare detaljerade frågor skulle komma att användas vid intervjun. Huvudfrågorna, som har redovisats i kapitel 2, centrerades kring frågor under följande rubriker: Hälsa och bestämningsfaktorer för hälsa, Mål och handlingsprogram, Organisation och verksamhet samt Verksamhetsuppföljning och utvecklingsfrågor. Här kan påpekas att initiala frågor om hälsa och bestämningsfaktorer har sin utgångspunkt i intervjuarnas behov att få en tydlig bild av hur de hälsovillkor som avses påverkas via kommunens organisation och verksamhet. Av det följer i sin tur frågor om huruvida organisationen och verksamheterna är adekvata för att minska de sociala skillnaderna i hälsa.

Datainsamling

Intervjuerna genomfördes som tvåtimmarsintervjuer i respektive kommun, dock med ett mindre tidsöverdrag i några fall där antalet medverkande var fler än en person. Antalet medverkande från kommunerna varierade och var till antalet tre i Malmö, tre i Kristianstad, tre i Växjö, en i Nynäshamn, två i Botkyrka, en i Örebro, två i Falun och en i Umeå. Av nämnda antal personer medverkade i Kristianstad och Växjö två politiker från vardera kommun. Övriga medverkande från kommunerna var tjänstemän med befattning som folkhälsostrateg eller motsvarande, till exempel folkhälsoplanerare, strateg för hållbar utveckling och hälsoutvecklare. De olika intervjusituationerna med politiker respektive tjänstemän kan ha bidragit till att intervjuvaren kan ha fått olika

karaktär, men den sammantagna bilden är att samtliga intervjuer ger en fördjupad och nyanserad bild av kommunernas folkhälsoarbete, med utgångspunkt från erfarenheter av personer som arbetar nära dessa frågor.

Intervjuerna dokumenterades genom att intervjuerna spelades in på ljudmedia. Varje intervju skrevs sedan ut in extenso. Från detta fullständiga material gjordes senare de sammanfattningar av texterna som redovisas i bilagorna 2–9. Vid dessa sammanfattningar har vissa frågor genomgående lyfts fram i samtliga redovisningar. Därutöver har en del tilläggsfrågor som har kommit fram i dialogen med respektive enskild kommun också fått ingå i sammanfattningarna (se respektive sammanfattning). Sammanfattningarna har godkänts för publicering av dem som har deltagit i intervjuerna, vilket innebär att trovärdighetskravet i form av deltagarkontroll kan anses vara uppfyllt.

Tillförlitlighet när det gäller intervjuer och opartiskhet

Förutsättningarna för intervjuerna har varit goda i den meningen att intervjupersonerna har haft förhandsinformation om intervjufrågorna och intresse av att lyfta fram respektive kommuns folkhälsoarbete med inriktning på befolkningen och den egna personalen. Det har även funnits möjlighet för de intervjuade att vid behov komplettera den muntliga framställningen med statistikunderlag från egna, regionala och nationella källor. Detta har bidragit till att stärka kvaliteten i de lämnade svaren. I de två kommuner där politiker har intervjuats har det också funnits tjänstemän med som bisittare och som har haft tillgång till statistik. Kvaliteten på utskriften från intervjuerna har också varit hög, då ljudupptagningen och den tekniska inspelningsapparaturen har fungerat väl.

Det finns alltid en risk när företrädare för en nationell myndighet intervjuar representanter för kommuner att relationen blir asymmetrisk i den bemärkelsen att myndighetspersonerna kan uppfattas som kontrollörer i samband med frågeställandet. Deltagarkontroll i form av reella förutsättningar att godkänna texter före publicering minskar dock sannolikt denna risk. En annan risk som möjligtvis är större är att intervjuerna ställer sig in hos intervjupersonerna genom att undvika att ställa kritiska frågor. Den risken är förmodligen större än den först nämnda, men har kunnat hanteras via stegen i bearbetning av resultatet och vid redovisningen av slutsatser och kommentarer. Därtill finns det tidigare erfarenheter av att kommuner är intresserade av att få dela med sig av sina erfarenheter till myndigheter, men också till forskning.

Beskrivning av analysprocessen

De av intervjupersonerna godkända sammanfattningarna av intervjuerna har utgjort underlag för analysen som har genomförts i tre steg. Först gjordes en genomgång av sammanfattningarna och urval av frågor för analys. Rubriker för frågeurvalet redovisas i inledningen till kapitel 3. I det andra steget gjordes en kondensering av sammanfattningarnas texter utifrån de frågor som låg till grund för studien. I det tredje steget redovisas en beskrivning av de åtta kommunernas svar på frågan för fråga.

En kommentar till steg 1 är att urvalet av frågor har styrts av studiens syfte att identifiera och lyfta fram goda exempel på kommunalt folkhälsoarbete med fokus på mål,

organisation och insatser för att påverka den ojämlika hälsans sociala bestämningsfaktorer. De mest centrala frågorna när det gäller detta, och som samtidigt har besvarats av alla kommunrepresentanter, har lyfts fram.

I steg 2 har frågeurvalet gjort det möjligt att minska textmassan jämfört med sammanfattningarna i bilagorna. Denna kondensering av texten har även gjorts för läsbarhetens skull, även om vissa nyanser därmed har gått förlorade.

Steg 3 innehåller en beskrivning fråga för fråga. Denna form har valts för att läsare snabbt ska kunna få en inblick i varje kommuns förhållanden och vilka kännetecken dessa har jämfört med motsvarande förhållande för de övriga kommunerna.

Undersökningens överförbarhet

I en kvantitativ analys anger författaren i vilken utsträckning ett resultat är generaliserbart. I en kvalitativ undersökning, som den nu aktuella, saknas generaliserbarhet i samma bemärkelse som gäller för en kvantitativ studie. Genom en så kallad analytisk generalisering kan dock en bedömning göras av i vilken mån resultatet av undersökningen kan ge vägledning för vad som ska hända i en annan situation, enligt Kvale (1997). Kvale framhåller att det även kan vara upp till läsaren eller forskaren att göra denna bedömning, vilket förutsätter att forskaren i sin rapportering tillhandahåller tillräckligt med information och belägg från den genomförda studien. Möjligheten att överföra slutsatser från de undersökta kommunerna till andra kommuner kan med andra ord finnas, om det klargörs vad som kan överföras och under vilka förutsättningar det kan ske.

Att det är viktigt att göra ett försök att överföra resultat i den nu aktuella undersökningen hänger samman med bakgrunden till att undersökningen genomfördes. Utgångspunkten är uttalanden av kommunpolitiker i tidigare intervjuer om att goda exempel är ett viktigt verktyg i arbetet med att minska hälsoskillnader. För att folkhälsoarbetet ska fungera behövs det enligt dessa politiker en klar politisk vilja, tydliga handlingsplaner, strategier för samverkan och att stuprörstänkandet i olika verksamheter bryts. Vad av detta som kan överföras diskuteras under nästa rubrik.

4.3 Undersökningens slutsatser

Syftet med den nu aktuella undersökningen är ”att identifiera och lyfta fram goda exempel på kommunalt folkhälsoarbete med fokus på mål, organisation och insatser för att påverka den ojämlika hälsans sociala bestämningsfaktorer. Det betyder att utöver att kommunerna ska ha tydliga mål och handlingsprogram, så bör de även ha en organisation som gör att folkhälsofrågorna får genomslag i de flesta av verksamheterna samt att de har aktiva åtgärder som kan förbättra människors hälsa och minska hälsoskillnader på kort eller lång sikt. Folkhälsoarbetet bör också följas upp och utvärderas.”

Frågan när det gäller undersökningens slutsatser är naturligtvis om de åtta kommunerna som har undersökts uppfyller kriterierna för goda exempel så som dessa har definierats med anknytning till utredningens syfte. För att få referens till det knyts svaren på

nyckelfrågorna i undersökningens kapitel 3 till den teoretiska modell som har redovisats i kapitel 2 och som har anknytning till WHO:s kommission för sociala bestämningsfaktorer och till den svenska folkhälsopolitiken. Modellen har fokus på social stratifiering, exponering för hälsorisker, sårbarhet hos individen, konsekvenser av ohälsa för individen samt den samhälleliga kontexten för insatser. Slutsatserna som lämnas avgränsas till områdena social stratifiering, exponering för hälsorisker och den samhälleliga kontexten.

Inledningsvis redovisas vad kommunerna anför om hälsa och bestämningsfaktorer för hälsa för olika grupper för att därefter beröra betydelsen av en god och jämlik hälsa i ett kommunalt utvecklingsperspektiv. Efter detta behandlas kärnfrågorna om mål, strategidokument och handlingsplaner, samordning av det kommunövergripande arbetet, verksamheter, insatser och samverkan, den viktigaste insatsen för att minska ojämlik hälsa samt utvecklingsidéer för en bättre och mer jämlik hälsa.

Befolkningens och olika gruppers hälsa och bestämningsfaktorer

Bakgrundsmaterialet visar att de åtta kommunerna har olika utgångsläge när det gäller kommuninvånarnas hälsa mätt som medellivslängd. En del kommuner ligger över riksgenomsnittet för medellivslängd, medan andra har genomsnittsvärden eller ligger under. Vid intervjun redovisar några kommuner mått på både hälsa och bestämningsfaktorer för hälsa, medan andra enbart noterar utvecklingen för bestämningsfaktorer. Vanliga hälsomått är medellivslängd och självskattad hälsa, medan bestämningsfaktorerna gäller hälsorelaterade beteenden som till exempel fysisk aktivitet, matvanor, rökning och riskkonsumtion av alkohol, men även livsvillkor som till exempel utbildning och arbete. Skillnader i hälsa finns i samtliga kommuner. Om skillnaderna ökar, minskar eller är konstanta är dock oklart i samtliga fall utom när det gäller Malmö. I Malmö ökar skillnaderna i medellivslängd mellan stadens stadsdelar.

När det gäller skillnader i hälsa och bestämningsfaktorer för hälsa så redovisar merparten av kommunerna en skillnad mellan könen där till exempel kvinnornas ohälsotal är högre än männens. Vidare redovisas en generationsskillnad i hälsa. Barn och unga har ett utsatt läge som merparten av kommunerna uppmärksammar och vill förändra. För barn och unga befaras även en möjlig försämrad situation framåt i tiden. Andra grupper som lyfts fram är bland andra lågutbildade och lågavlönade vuxna, personer som bor i segregerade bostadsområden samt personer med funktionsnedsättning.

En slutsats från intervjumaterialet är att det finns skillnader i hälsa och i bestämningsfaktorer för hälsa i samtliga åtta kommuner, men att det är oklart utom i ett fall i vilken riktning skillnaderna utvecklas, om de ökar, minskar eller är konstanta. En annan slutsats, som följer av den första slutsatsen, är att flertalet kommuner visserligen har tillgång till indikatorer och data som i någon eller flera avseenden kan mäta ojämlikhet i hälsa, men att det ändå förefaller finnas ett behov i flera fall att utveckla mätningarna så att de på ett systematiskt sätt kan spegla utvecklingen av hälsa och bestämningsfaktorer för hälsa då det gäller ålder, kön, etnicitet/utländsk bakgrund, socioekonomi, funktionsnedsättning och sexuell identitet.

Betydelsen av en god och jämlik hälsa i ett kommunalt utvecklingsperspektiv

Hälsa ses allmänt av de intervjuade personerna, och särskilt av politikerna, som en viktig fråga i ett kommunalt utvecklingsperspektiv. Med bättre hälsa förutsätts kommunala kostnader att minska och kommunens utvecklingspotential att förbättras. Intervjuade från två kommuner berör ämnet hälsa och ekonomi i perspektiv av den ojämlika hälsan med fokus på kostnader när unga hamnar i utanförskap och att en jämlik hälsa är en resurs för kommunens utveckling. Representanter från två andra kommuner redovisar en bred syn på begreppet utveckling där detta omfattar dimensioner som ligger utanför de enbart ekonomiska. Folkhälsa, tillsammans med miljö och ekonomi, utgör viktiga komponenter i den hållbara utvecklingen. En av de svarande poängterar att den rådande politiska majoritetens ideologi är av stor betydelse för hur hälsa bedöms i ett utvecklingsframmanhang och detta på grund av folkhälsofrågans värdegrundskaraktär.

En slutsats av intervjusvaren är att hälsa uppfattas som en viktig fråga i de undersökta kommunerna, inte bara som ett mål i sig, utan även som ett medel i ett kommunalt utvecklingsperspektiv. Detta gäller oavsett om hälsa knyts till ekonomisk utveckling eller till ett bredare perspektiv av hållbar utveckling. Hälsa som medel lyfts fram tydligast av de intervjuade politikerna.

Mål, strategidokument och handlingsplaner

Alla kommuner som ingår i undersökningen har ett övergripande mål om en god och jämlik hälsa hos befolkningen i en av kommunfullmäktige antagen folkhälsostrategi eller motsvarande policydokument. För flertalet av kommunerna är det övergripande målet liktydigt med det nationella folkhälsomålet. Samtliga kommuner har en plan för folkhälsoarbetets inriktning och för hur folkhälsoarbetet ska bedrivas. Denna plan är regelmässigt anpassad till lokala förhållanden, och har i kommunerna de nationella målområdena som utgångspunkt. Alla kommuner har en utgångspunkt i målområdena om fysisk aktivitet och matvanor samt tobak, alkohol, narkotika och spel, medan färre lyfter fram övriga målområden.

Att ta fram mål och handlingsprogram för folkhälsoarbetet ses som en process där det är viktigt att involvera flera aktörer och att integrera arbetet med annat pågående utvecklingsarbete inom kommunen. Kommunerna har dock kommit olika långt i denna process. I vissa fall har mål, strategier och planer antagits på alla nivåer och i merparten av de kommunala verksamheterna, medan i andra fall pågår arbetet med en konkretisering av mål, strategier och planer då det gäller verksamheterna. Ett underifrånperspektiv på processen redovisas av representanter för ett par kommuner.

En slutsats är att samtliga åtta kommuner har ett övergripande mål om en god och jämlik hälsa hos befolkningen som utgångspunkt för sitt arbete. Vidare finns en anknytning till de nationella målområdena i alla kommuner. Av målområdena anknyter alla kommuner till dem om fysisk aktivitet och matvanor samt tobak, alkohol, narkotika och spel som utgångspunkt, medan färre lyfter fram övriga målområden. Hur kommunerna har resonerat när det gäller prioritering av målområden och val av egna konkreta mål i relation till det övergripande målet om en god och jämlik hälsa framgår inte av undersökningen. En hypotes är att innebörden av jämlik hälsa är oklar i brist på en kvantifiering av målet och i viss utsträckning avsaknad av data för att på kommunal nivå följa utvecklingen av jämlik hälsa och bestämningsfaktorer för hälsa. En annan slutsats

är att kommunerna har kommit olika långt i sitt arbete med att konkretisera mål, strategier och planer ner på verksamhetsnivån. En process pågår som involverar allt fler verksamheter.

Samordning av det kommunövergripande arbetet

Modellerna för styrning och samordning varierar bland kommunerna inom ramen för tre styrningsnivåer: styrning genom kommunstyrelsen och särskilt utsedda politiker, samordnad styrning av tjänstemän från kommunens olika verksamheter samt styrning inom respektive verksamhet via chefstjänstemän som har tilldelats ett folkhälsoansvar. I de flesta kommuner överlåter man till den genomförande förvaltningen att anpassa kommunens strategiska mål till sin egen verksamhet för att sedan kunna koppla dessa till verksamhetsuppföljningen.

En slutsats är att kommunernas styrning och samordning är väl utvecklad både vertikalt och horisontellt. Politikerna har en tydlig viljeinriktning och styr folkhälsofrågorna understödda av en samordnad tjänstemannastyrning på tvärs över verksamheterna och med chefer inom respektive verksamhet som är ansvariga för anpassning av strategiska mål inom den egna verksamheten. I samtliga kommuner finns det en eller flera tjänstemän som har rollen som folkhälsostrateg eller motsvarande. Folkhälsostrategen har en viktig funktion i den samordnade styrningen över verksamheterna, men ger även stöd till enskilda verksamheter. Slutsatsen kan exemplifieras med Växjö där folkhälsofrågorna ligger under kommunstyrelsens organisations- och personalutskott med två politiker som särskilt ansvariga. Denna ansvarsfördelning gör enligt intervjuade politiker att det är lätt att klargöra sambanden mellan insatser för personalen och befolkningen, att styra utvecklingen och att rapportera till utskott och till kommunstyrelsen. Folkhälsosamordnaren träffar regelbundet kommunchefen och förvaltningscheferna och vet vad som händer överallt i organisationen. Kontakterna mellan folkhälsosamordnaren och politikerna i KSOP är täta, ibland med träffar en gång i veckan där frågor diskuteras om vad som händer och vad som ska hända. Växjö kommun är dock inte unik i nämnda avseenden, ett snarlikt sätt att styra och samordna finns i flertalet av de intervjuade kommunerna. En annan slutsats är att alla kommuner utom två har någon form av folkhälsoråd. I detta ingår enbart politiker alternativt såväl politiker som tjänstemän, förutom i en av kommunerna där det även finns företrädare för externa myndigheter och organisationer.

Verksamheter, insatser och samverkan

En stor mängd sektorer och verksamheter är engagerade i folkhälsoarbetet, både sociala och tekniska förvaltningar. Verksamheterna är, med variation mellan kommunerna, inriktade på barn och ungas uppväxtvillkor, förutsättningar för utbildning, arbetsmöjligheter, hälsa i arbetslivet, miljöer och produkter, sexuell hälsa, ungdomars delaktighet, fysisk aktivitet, matvanor och livsmedel, tobak, alkohol och droger samt hälsosamt åldrande för äldre och blivande äldre. En mycket viktig fråga i flera kommuner är personalens hälsa och arbetsmiljö. Ett bra personalarbete ger positiva spridningseffekter även till befolkningen i kommunen. Samtliga kommuner samverkar med både andra offentliga aktörer – främst landsting och kommuner – och med olika organisationer. Det gäller bland andra idrottsförbunden, bildningsförbunden och andra

föreningar. Tre av kommunerna är även medlemmar i Nationella Healthy Cities nätverket. En kommun är vidare ansluten till ett landstings Healthy Cities nätverk.

En slutsats är att de intervjuade kommunerna karaktäriseras av ett stort engagemang för folkhälsofrågorna i många sektorer och verksamheter. Därtill finns det en pågående process för att förbättra verksamheter, insatser och samverkan. Det breda folkhälsoengagemanget överensstämmer i hög grad med de önskemål som framgår av den teoretiska modellen i avsnitt 2.2. Kommunföreträdarna är väl medvetna om betydelsen av befolkningens hälsa då det till exempel gäller utbildning, sysselsättning och ekonomiska resurser, även om denna kunskap mer sällan har en formell plats i mål, strategier och handlingsplaner. Exponeringar för riskfaktorer i miljön ingår däremot ofta i policyn med särskilt fokus på boendemiljöer och barns uppväxtvillkor.

Det finns flera goda exempel på hur kommunerna arbetar konkret inom olika sektorer och verksamheter och vilken viktig roll folkhälsosamordnaren har som stöd till arbetet. Ett sådant exempel som omfattar samhällsplaneringsinsatser och bygger på deltagande av berörda äldre personer finns i Kristianstads kommun. Där sägs i intervjun:

Vi har arbetat, och arbetar mycket, med empowerment, dvs. att människor ska vara med, att de ska vara delaktiga. Det gäller t.ex. ett område här på söder i ett projekt som heter Kom så går vi. Det handlar om äldres utemiljö. Äldre var med och tog fram de åtgärder som sedan genomfördes i utemiljön. Den delaktighet som de kände där, det går nästan inte att beskriva med ord hur värdefullt det var. Det var så att våra tekniker från kommunen och Vägverket till en början inte förstod, saknade begrepp för, betydelsen av vardagsnära saker när det gäller utformningen av bostadsområdet. Men det lärde de sig så småningom. Det var till och med så att kommunens tekniske chef yttrade: `Tänk att det är sådana här små vardagssaker som det handlar om. Om vi hade fått de här pengarna direkt då hade vi gjort trafiktekniska lösningar och missat det som var särskilt betydelsefullt för de äldre. Så det här att bjuda in de äldre och att lyssna till dem det tror jag har haft en väldigt stor betydelse, och det påverkar också den ojämlika hälsan. Man måste ingjuta mod och hopp, att det faktiskt är möjligt att påverka i vårt samhälle.

Den viktigaste insatsen för att minska ojämlik hälsa

I redovisningen ingår allt från strukturella frågor som arbete, boende och migration till organisationen av folkhälsoarbetet, empowermentprocesser i bostadsområdena och satsning på barn och unga. En slutsats är att variationen mellan kommunerna är stor när det gäller den viktigaste vidtagna insatsen under det senaste året för att minska sociala ojämlikheter i hälsa i kommunerna. En annan slutsats är att det i samtliga fall är oklart om redovisade insatser verkligen har effekten att minska hälsoskillnader. För detta förutsätts det att uppföljningar av insatser verkligen beaktar denna aspekt. Detta i sin tur kräver, som har framhållits i en tidigare slutsats, bland annat att det finns och används indikatorer och data på kommunal nivå som på ett systematiskt sätt och med flera mått mäter skillnader i hälsa och bestämningsfaktorer för hälsa då det gäller socioekonomi, kön, ålder (generation), ursprung och plats. När det gäller den nämnda teoretiska modellen i avsnitt 2.2, är det angeläget att uppmärksamma möjligheten att modifiera social stratifiering till låga sociala positioner genom insatser som gäller utbildning, sysselsättning och inkomster. Människors livsvillkor i nämnda avseenden har en direkt effekt på deras hälsa, men har även en stor påverkan på hälsorelaterade levnadsvanor som exempelvis fysisk aktivitet, mathållning, tobaks- och alkoholanvändning, som i sin tur påverkar hälsan.

Utvecklingsidéer för en bättre och mer jämlik hälsa

Samtliga kommuner i undersökningen följer upp folkhälsoarbetet och redovisar detta i bokslut eller verksamhetsberättelser. Utvecklingsidéer för bättre och mer jämlik hälsa varierar med situationen och behoven i respektive kommun. Bland idéerna ingår bättre fokus på människors livsvillkor i kommunens folkhälsostراتيجية, kostnadsbedömningar av ojämlik hälsa, användning av ett jämlikhetsverktyg med checklista, underifrånperspektiv i alla processer, ledningssystem för styrning och utvärdering samt utbildning i folkhälsofrågor för att nå en god kompetens i hela den kommunala organisationen.

En slutsats är att variationen när det gäller utvecklingsidéer är naturlig och självklar. Varje kommun har att utveckla sitt arbete med utgångspunkt från den situation som kommunen befinner sig i. Bland exemplen med anknytning till uppföljning av folkhälsoarbetet finns till exempel Nynäshamns inriktning att ytterligare utveckla de ekonomiska beräkningarna vad gäller kostnader för ohälsa och vinster av insatser på kort och lång sikt. Ett annat område som är angeläget att arbeta med för Nynäshamn är ett ledningssystem för folkhälsa i kommunens alla verksamheter. I dag finns det utvecklade ledningssystem för miljö kvalitet med mera, men inte någon modul för folkhälsa. Falu kommun framhåller att styrningen av folkhälsoarbetet utgår från uppföljningssystemet där åtgärderna i åtgärdsplanen följs upp två gånger per år. Just nu håller kommunen på att implementera ett nytt datasystem för styrning och utvärdering. I detta program kan åtgärder som har genomförts utvärderas på ett mer systematiskt sätt. Nämda idéer, men även andra som redovisas, förefaller möjliga att använda som goda exempel i kommuner utanför de intervjuade.

Slutsatser av slutsatserna

Frågan när det gäller undersökningens slutsatser är om de åtta kommunerna som har undersökts uppfyller kriterierna för goda exempel så som dessa har definierats med anknytning till utredningens syfte.

Ett generellt svar är att kommunerna uppfyller kriterierna väl när det gäller viktiga faktorer som samordning och styrning av folkhälsoarbetet samt utveckling av folkhälsoarbetet inom kommunens sociala och tekniska verksamheter. Vidare finns en god samverkan med andra offentliga aktörer, med idrottsförbund och andra organisationer. Uppföljningen är väl utvecklad och samtliga kommuner har en idéutveckling som har sin bas i varierande behov av att utveckla folkhälsoarbetet.

Tre förhållanden har uppmärksamats som behöver problematiseras. Det första är att innebörden av kommunernas mål om en jämlik hälsa förefaller oklar. Det andra gäller att kommunerna främst lyfter fram hälsorelaterade levnadsvanor för insatser i sin policy och i lägre grad människors livsvillkor. Det tredje är att flertalet kommuner visserligen har tillgång till indikatorer och data för uppföljningar som i någon eller flera avseenden kan mäta ojämlikhet i hälsa och bestämningsfaktorer för hälsa, men att det ändå förefaller att finnas ett behov i flera fall av att utveckla mätningarna så att de på ett systematiskt sätt kan avspegla utvecklingen av hälsa och bestämningsfaktorer för hälsa då det gäller ålder, kön, etnicitet/utländsk bakgrund, socioekonomi, funktionsnedsättning och sexuell identitet.

Ytterligare en slutsats är att kommunernas erfarenheter och idéutveckling bedöms som möjliga att överföra även till andra kommuner i den meningen att de som goda exempel på ett folkhälsoarbete som kan minska hälsoskillnader kan fungera som idégivare även till andra kommuner i deras arbete med att utveckla den lokala folkhälsopolitiken. Att flertalet av de åtta intervjuade kommunerna befolkningsmässigt är stora hindrar inte att deras erfarenhet av att arbeta för att minska ojämlikhet i hälsa även kan fungera som idégivare till andra kommuner i Sverige, oberoende av kommunstorlek.

4.4 Undersökningens bidrag till DETERMINE-konsortiet

Den aktuella undersökningen har avrapporterats till DETERMINE:s sekretariat i december 2009. I avslutningen av redovisningen anges bland annat följande som undersökningens bidrag till DETERMINE-konsortiet:

Sverige anses vara ett avancerat land när det gäller jämlikhet i hälsa jämfört med många andra EU-länder. Detta beror på att Sverige har ett generellt välfärdssystem med åtaganden om full sysselsättning, universalism som ett politiskt mål, komprimerad inkomstfördelning, högkvalitativa offentliga tjänster samt en nationell folkhälsopolitik som kännetecknas av både integrering av hälsa över politikområden (Hälsa i Alla Politikområden¹²) och genom att ha en sektorspolitik för hälsorelaterade levnadsvanor.

Icke desto mindre existerar skillnader i hälsa i Sverige, och systematiska åtgärder för att angripa dessa är inte en självklarhet. Därför är det värdefullt att lyfta fram exempel på goda strategier där sådana finns. Förhoppningen är att Statens folkhälsoinstituts kommunintervjuer och resultaten från dessa ska kunna bidra till DETERMINE-projektets mål att öka kunskapen och kapaciteten hos beslutsfattare inom alla politikområden, så att de tar hänsyn till hälsa och jämlikhet i hälsa vid policyutveckling. Folkhälsoinstitutet bidrar till detta genom att identifiera goda exempel på kommunal folkhälsopolitik, infrastrukturer och åtgärder som är inriktade på att påverka den ojämlika hälsans sociala bestämningsfaktorer. Om vi har lyckats med uppdraget så kan förhoppningsvis exemplen spridas till konsortiets medlemmar och samlas i EuroHealthNet:s databas för goda exempel och därmed även användas av andra organisationer.

Fortsatt arbete när det gäller kapacitetsuppbyggnad

Kommunerna betraktas i Sverige som en av de viktigaste aktörerna på folkhälsoområdet. Detta beror på att kommunerna ansvarar för många områden med stor påverkan på människors hälsa, såsom förskoleverksamhet och skolbarnsomsorg, grundskola, gymnasieskola och särskola, kommunal vuxenutbildning, socialtjänst, omsorg om äldre och funktionsnedsatta, hälso- och (viss) sjukvård, stadsplanering och byggfrågor, hälso- och miljöskydd, renhållning och avfallshantering, räddningstjänst, vatten och avlopp, bibliotek, kollektivtrafik och bostadsförsörjning. Utöver detta finns frivilliga åtaganden som öppen förskola, fritidsverksamhet, byggande av bostäder, energi, sysselsättning, näringslivsutveckling och kultur.

¹² Detta begrepp för en sektorsövergripande politik myntades av den finska regeringen under regeringens EU-ordförandeskap 2006. Se: Ståhl, Wismar, Olilla, Lahtinen & Leppo, 2006.

Mot bakgrund av detta och med tanke på att det fortfarande finns ett stuprörsfenomen inom de flesta sektorer, så är det mycket viktigt att stärka inriktningen på Hälsa i Alla Politikområden och att försöka institutionalisera politik, infrastruktur, åtgärder och samverkan som kan bidra till att förbättra människors hälsa och minska den ojämlika hälsan. Goda exempel tillsammans med en ändamålsenlig lagstiftning är, anser vi, det snabbaste och bästa sättet att uppnå detta. Goda exempel har också betydelse vid genomförandet av perspektivet om Hälsa i Alla Politikområden även inom och mellan andra organisationer än kommunerna.

Referenser

- Christopoulos, A, McVey, D. & Crosier, A. (2008). *A Rapid Review of Innovation in the Context of Social Determinants. Lessons from Europe*. DETERMINE Working Document No. 2. Brussels: National Social Marketing Centre, EuroHealthNet.
- CSDH. (2008). *Closing the gap in a generation: health equity through action on the social determinants of health. Final Report of the Commission on Social Determinants of Health*. Geneva: World Health Organization.
 Länk: http://whqlibdoc.who.int/publications/2008/9789241563703_eng.pdf
 Länk till svensk sammanfattning: <http://www.fhi.se/sv/Aktuellt/Nyheter/Utjamna-halsoskillnaderna-inom-en-generation/>
- Dahlgren, G. & Whitehead, M. (2006). *European strategies for tackling social inequities in health: Levelling up Part 2*. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe.
- DETERMINE Consortium. (2008). *Action Summary: Improving Health Equity via the Social Determinants of Health in the EU. Update on the first year of work by the DETERMINE Consortium*. Brussels: EuroHealthNet.
- DETERMINE Consortium. (2009). *Menu of Awareness Raising and Capacity Building Actions to address the social determinants of health and to improve health equity*. Brussels: EuroHealthNet, IUHPE.
- DETERMINE Consortium. (2010). *The story of DETERMINE: Mobilising Action for Health Equity in the EU*. Brussels: EuroHealthNet.
- DETERMINE-konsortiet. (2008). *Aktion för jämlik hälsa. Sammanfattning. Uppdatering av det första årets arbete med DETERMINE-konsortiet*. Bryssel: EuroHealthNet.
 Länk: <http://www.fhi.se/sv/Om-oss/Internationellt-arbete/EU-projektet-DETERMINE>
- Diderichsen, F., Evans, T. & Whitehead, M. (2001). The social basis of disparities in health. In: Evans T., Whitehead M., Diderichsen F., Bhuiya A., & Wirth M. *From challenging inequities in health: From ethics to action*. New York: Oxford University Press.
- Fasso, S. (2009). *Voices from other Fields: an account of 40 consultations with non health policy makers and politicians across Europe on tackling the socio-economic determinants of HI*. DETERMINE Working Document No 3. Brussels: EuroHealthNet.
 Länk: <http://www.fhi.se/Documents/Om-oss/internationellt/DETERMINE-Policy-Maker-Consultations-Report-Final-2010-01.pdf>
- Forsberg, C. & Wengström, Y. (2008). *Att göra systematiska litteraturstudier*. Falun: Natur och Kultur.
- Janlert, U. (2000). *Folkhälsovetenskapligt lexikon*. Stockholm: Natur och Kultur.

- Kvale, S. (1997). *Den kvalitativa forskningsintervjun*. Lund: Studentlitteratur.
- Lavin, T. & Metcalf, O. (2008). *Policies and Actions Addressing the Social Determinants of Health Inequalities. Examples of Activity in Europe*. DETERMINE Working Document No. 1. Brussels: Institute of Public Health In Ireland, EuroHealthNet.
- Lavin, T. & Metcalfe, O. (2009). *Economic arguments for addressing social determinants of health inequalities*. DETERMINE Working Document No 4. Brussels: Institute of Public Health in Ireland, EuroHealthNet.
- Lundberg, O., Åberg Yngwe, M., Kölegård Stjärne, M., Björk, L. & Fritzell, J. (2008). *NEWS. The experience Welfare States and Public Health*. Health Equity Studies No 12. Stockholm: Centre for Health Equity Studies.
- Malterud, K. (2009). *Kvalitativa metoder i medicinsk forskning: en introduktion*. Lund: Studentlitteratur.
- Nilsson, I. & Wadeskog, A. (2008). *Individen i centrum. Det är bättre att stämma i bäcken än i ån*. Sammanfattning. Stockholm: Skandia Försäkringsaktiebolag.
- Pettersson, O. (2007). *Den offentliga makten*. Stockholm: SNS förlag.
- Regeringens proposition 2002/03:35. *Mål för folkhälsan*. Stockholm: Regeringen.
- Regeringens proposition 2007/08:110. *En förnyad folkhälsopolitik*. Stockholm: Regeringen.
- SOU 1999:137. *Hälsa på lika villkor – andra steget mot nationella folkhälsomål*. Delbetänkande av Nationella folkhälsokommittén. Stockholm: Fakta Info Direkt.
- SOU 2000:91. *Hälsa på lika villkor – nationella mål för folkhälsan*. Slutbetänkande av Nationella folkhälsokommittén. Stockholm: Fritzes.
- Statistiska Centralbyrån. (2010). *Statistisk årsbok för Sverige 2010*. Stockholm: Statistiska Centralbyrån.
- Ståhl, T., Wismar, M., Olilla, E., Lahtinen, E. & Leppo, K. (eds.) (2006). *Health in All Policies. Prospects and potentials*. Helsinki: Finnish Ministry of Social Affairs and Health and European Observatory on Health Systems and Policies.
- Tillgren, P. (2009). Politik: folkhälsa som politikområde. I: Andersson, I. & Ejlertsson, G. (red.). *Folkhälsa som tvärvetenskap – möten mellan ämnen*. Lund: Studentlitteratur.
- Vedung, E. (1998). *Utvärdering i politik och förvaltning*. Lund: Studentlitteratur.
- World Health Organization. (2009). Sixty-second World Health Assembly, Geneva, 18–22 May 2009, Resolutions and decisions annexes. Geneva: World Health Organization.
Länk:http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA62-REC1/WHA62_REC1-en.pdf

Bilagor

Bilaga 1: Utvidgad intervjuguide

Utvidgad intervjuguide vid intervjuer hösten 2009 av åtta utvalda kommuner för DETERMINE-projektet – Malmö, Kristianstad, Växjö, Nynäshamn, Botkyrka, Örebro, Falun och Umeå.

Inför intervjumötena med representanterna för de åtta kommunerna skickades under perioden augusti–september 2009 ett e-postmeddelande till varje kommun med information om de områden, och några huvudfrågor, som avsågs ingå i intervjun. Följande text redovisades:

”Efter en inledande presentation av närvarande personer, deras roller och ansvar, avses sex områden tas upp. Här redovisas områdena plus en övergripande fråga för vart och ett av områdena. Vid intervjun blir det även mer detaljerade frågor.

- *Hälsan i kommunen:* Hur är hälsans nivå och fördelning i befolkningen?
- *Bestämningsfaktorer för hälsa:* Hur utvecklas människors livsvillkor (utbildning, arbete, ekonomi m.m.) och levnadsvanor (fysisk aktivitet, användning av tobak, alkohol och droger m.m.)?
- *Mål och handlingsprogram:* Vilka mål och handlingsprogram har kommunen för en god och jämlik hälsa?
- *Organisation och verksamheter:* Hur samordnas folkhälsoarbetet och vilka insatser görs i de olika verksamheterna? Vilka insatser bygger på samverkan med externa aktörer?
- *Uppföljning:* Hur sker uppföljning och utvärdering av mål, insatser och processer?
- *Utvecklingsfrågor:* Vilka idéer diskuteras för närvarande för att förbättra förutsättningarna för en bättre och mer jämlik hälsa i kommunen?”

De mer detaljerade frågorna framgår av nedanstående utvidgade intervjuguide.

Hälsan i kommunen

1. Vad innebär hälsa för dig?
2. Vad är din uppfattning om kommunmedborgarnas hälsa (mycket bra, bra, dålig, mycket dålig)?
3. På vilken information grundar du din uppfattning (mått och statistik)?

Hur är hälsan i olika grupper (mycket bra, bra, dålig, mycket dålig: mycket stora skillnader, stora skillnader, små skillnader)?

4. ... hälsan hos barn/unga?
5. ... hälsan hos vuxna?
6. ... hälsan hos äldre?
7. ... hälsan i ett socioekonomiskt perspektiv? (utbildning, yrke, ekonomi)

8. ... hälsan i ett genusperspektiv?
9. ... hälsan i ett etniskt perspektiv?
10. ... hälsan i ett geografiskt perspektiv?
11. ... hälsan hos personer med funktionsnedsättning?
12. ... hälsan hos hbt-personer?

Bestämningsfaktorer för hälsa

Människors hälsa bestäms enligt forskning av deras livsvillkor och levnadsvanor, (dvs. tillgång till resurser som t.ex. utbildning, arbete, boende, ekonomi, sociala relationer, trygghet och säkerhet) och exponering för risker för ohälsa i yttre miljö och levnadsvanor som t.ex. rökning och alkohol?

1. Vad är din uppfattning om kommunmedborgarnas tillgång till resurser för en god hälsa och exponering för risker för ohälsa?
2. Vilka grupper har små resurser för en god hälsa och hög exponering för olika hälsorisker?
3. På vilken information grundar du din uppfattning (mått och statistik)?

Mål och handlingsprogram

1. Vilken betydelse anser du (alt. ledande politiker) att en god och jämlik folkhälsa har i ett kommunalt utvecklingsperspektiv?
2. Finns det explicita mål och handlingsprogram i kommunen för en bättre och mer jämlik hälsa bland kommunmedborgarna?
3. Vad är skälet till att kommunen har antagit mål och handlingsprogram för folkhälsan?
4. Vilken instans har antagit mål/handlingsprogram? När har det skett? Är någon revision aktuell snart?
5. Hur lyder målet/målen och vad fokuseras? (hälsa, resurser för god hälsa, risker för ogynnsam hälsa, befolkningsgrupper, arenor, samverkan med andra aktörer)
6. Är handlingsprogrammet enbart ett måldokument eller innehåller det även definierade insatser? Hur detaljerade är i så fall dessa?
7. Finns det någon koppling mellan folkhälsomål/handlingsprogram och andra mål/handlingsprogram som kommunen har antagit?
8. Finns det någon koppling mellan folkhälsomål/handlingsprogram och folkhälso-mål/handlingsprogram som har antagits av externa aktörer/organisationer (frivilligorganisationer, kommuner, kommunalförbund, landsting/regioner, stat)?

Organisation och verksamheter

1. Hur samordnas det kommunövergripande folkhälsoarbetet? (tjänstemannaorganisation, politikerorganisation)
2. I vilka verksamheter genomförs folkhälsoinsatser?
3. Hur styrs folkhälsoarbetet i verksamheterna? (tjänstemannastyrning, politikerstyrning)

4. Vilka konkreta insatser genomförs i verksamheterna: fysiska (stadsplanering, bostadsplanering, miljöåtgärder), sociala (sysselsättning, integration, omsorg), ekonomiska (löner, ersättningar, priser, skatter, avgifter), ideologiska (normförmedling), pedagogiska (kunskapsförmedling), psykologiska (terapi, beteendepåverkan) och biologiska (vaccination, screening, läkemedel)?
5. Vilka insatser görs i det ordinarie arbetet och vilka genomförs i projekt med särskilda budgetmedel?
6. Vilka insatser bygger på samverkan med externa aktörer/organisationer?
7. Vilken är enligt din bedömning den viktigaste insatsen som har vidtagits under det senaste året för att minska den sociala ojämlikheten i hälsa?

Uppföljning

1. Hur sker uppföljning och utvärdering av mål, insatser och processer?
2. Vilka är resultaten (mål, insatser och processer)?

Utvecklingsfrågor

1. Vilka idéer diskuteras för närvarande för att förbättra förutsättningarna för en bättre och mer jämlik hälsa i kommunen?
2. Vad behövs för att förverkliga idéerna – ekonomiska resurser, ny kunskap, organisatoriska ändringar, samverkan med externa aktörer, externt stöd etcetera?

Bilaga 2: Malmö stad

Sammanfattning av intervju 2009-08-18 för DETERMINE-projektet, accepterad 2009-11-24.

Medverkande vid intervjun

Frågeställare från Statens folkhälsoinstitut:

Bernt Lundgren, folkhälsopolitisk expert

Jenny Telander, utredare

Intervjuade i Malmö stad:

Eva Renhammar, enhetschef, Folkhälsoenheten

Anna Balkfors, utvecklingsstrateg

Mats Sundbeck, folkhälsoplanerare

Hälsa och bestämningsfaktorer för hälsa

Fråga: Vad är er uppfattning om kommunmedborgarnas hälsa och hälsan i olika grupper?

Medborgarnas hälsa och bestämningsfaktorer för hälsa redovisas sedan 2002 i Malmö stads årliga välfärdsredovisning. Redovisningen av bestämningsfaktorer bygger på 40 nyckeltal/indikatorer som sammanställs till ett index för stadens tio stadsdelar: Limhamn-Bunkeflo, Västra Innerstaden, Husie, Oxie, Centrum, Hyllie, Kirseberg, Södra Innerstaden, Fosie och Rosengård. Indikatorerna anknyter i sin tur till den nationella folkhälsopolitikens elva målområden.

Av välfärdsredovisningen 2008 framgår att kvinnor lever längre än män även i Malmö. Medellivslängden för kvinnor i Malmö ligger ungefär ett halvt år under riksgenomsnittet medan medellivslängden bland män ligger ett år under riksgenomsnittet. Variationen mellan de olika stadsdelarna är stor. För män varierar medellivslängden från 80,9 år i Oxie till 70,6 år i Husie. För kvinnor är den högsta medellivslängden 85,7 år i Husie och den lägsta 77,7 år i Södra innerstaden. Skillnaden mellan de olika stadsdelarnas medellivslängd har ökat från 3,5 år till 8 år för kvinnor och från 6,7 år till 10,3 år för män mellan åren 2006 och 2007. Andra hälsomått än medellivslängd finns genom Region Skånes undersökning "Hälsförhållanden i Skåne, Folkhälsoenkät Skåne 2008". Dessa mått har dock inte analyserats för Malmö ännu.

På motsvarande sätt som för medellivslängden ökar skillnaden när det gäller index för de tio stadsdelarna. Högsta och lägsta index var 7,8 för Limhamn-Bunkeflo och 3,6 för Rosengård år 2006, vilket kan jämföras med 7,9 för Limhamn-Bunkeflo och 3,1 för Rosengård år 2008. Det är ett observandum att skillnaderna i index - som summerar bestämningsfaktorer för hälsa - ökar.

När det gäller enskilda indikatorer så visar välfärdsredovisningen 2008 både positiva och negativa resultat. Antalet hushåll som är beroende av ekonomiskt bistånd fortsätter att minska. Positivt är också att förvärvsfrekvensen och utbildningsnivån fortsätter att öka och att tandhälsan bland unga förbättras. Klamydia och skadeincidenter minskar också. Negativt är att hemlösheten ökar bland vuxna och barn, att det finns stora skillnader i simkunnighet bland elever i skolår 5, att övervikt ökar i vissa grupper och att andelen av befolkningen med låg inkomst ökar. Det är tydligt att välfärdsresurserna är

ojämlikt fördelade mellan olika grupper av befolkningen, både med avseende på etnicitet, kön och ekonomisk situation.

För att åskådliggöra välfärdsredovisningens indikatorer på stadsdelsnivå utarbetar Malmö stads folkhälsoenhet årliga spindeldiagram. I dessa, som är enkla att avläsa, visas situationen för kvinnor/flickor som män/pojkar. Ett problem när det gäller stadsdelsnivån är dock att stadsdelarna är stora vilket innebär att varje stadsdel har olika bostadsområden med olika problem och förutsättningar som inte avspeglas i den övergripande stadsdelsstatistiken. Detta statistikproblem kompenseras delvis genom att varje stadsdel tar fram en lokal välfärdsredovisning där man kommenterar situationen. Stadsdelarnas redovisning och kommentarer behandlas i stadsdelsnämnden och redovisas till kommunstyrelsen.

En annan aspekt som gäller både stadsdelsnivån och bostadsområden är att livsvillkor som utbildning, arbete och ekonomi inte alltid avspeglas i levnadsvanor. Användning av alkohol är t.ex. större i välmående stadsdelar och bostadsområden än i fattigare. Detta gäller också för rökning i vissa stadsdelar. Detta gör att man måste vara försiktig med index som samlar ihop ett stort antal indikatorer som kan ha olika tendens.

Fråga: Hur är situationen för barn och unga?

En grupp som särskilt uppmärksammas i välfärdsredovisning 2008 är barn och unga. Enligt Rädda barnens senaste årsrapport lever cirka hälften av barnen i Malmö med utländsk bakgrund i hushåll med låg inkomst eller med ekonomiskt bistånd, vilket kan jämföras med elva procent av barnen med svensk bakgrund. Ekonomisk fattigdom diskuteras i rapporten som en av fattigdomens dimensioner. En annan är social fattigdom med fokus på bristande sociala resurser hos föräldrarna, arbetslöshet, fysisk och psykisk sjukdom, missbruk, kriminalitet eller brist på sociala nätverk. Ytterligare en dimension av barnfattigdom är kunskapsfattigdom som kan handla om avbruten skolgång eller bristande språkkunskaper. Att inte känna till sina rättigheter eller att vara utsatt för diskriminering på grund av kön, etnisk tillhörighet eller funktionsnedsättning är exempel på demokratisk fattigdom. Avsikten med välfärdsredovisningen om barn och unga är att lyfta fram att insatser behöver göras i tidiga år. Med förbättrade livsvillkor kan även ojämlik hälsa bland barn och unga minska.

En tydlig ojämlikhet finns när det gäller betyg från årskurs 9. Malmö stad har alltid legat under riket med ett par procent i andel unga som har fullständiga betyg från 9:an. Tittar man istället på stadsdelar så finns det stora skillnader. På en ändå lägre nivå, enskilda skolor, så är skillnaderna mycket stora. Det finns skolor där mer än 50 % saknar fullständiga grundskolebetyg. Att inte komma in på en skola på grund av för låga betyg är en starkt negativ framtidsindikator.

Mål och handlingsprogram

Fråga: Vilken betydelse har en god och jämlik hälsa i ett kommunalt utvecklingsperspektiv?

Hälsa och ekonomisk utveckling är en fråga som intresserar kommunalrådet Katrin Stjernfeldt Jammeh som är ordförande i Folkhälsorådet och har ansvar för folkhälsofrågorna. Ett tidigare initiativ som ligger i linje med detta perspektiv är "Välfärd för alla – det dubbla åtagandet" som lanserades av kommunstyrelsens ordförande Ilmar Reepalu 2003 och antogs som en handlingsplan för åren 2004-2009. Arbetet med välfärd för alla organiserades i fem insatsområden: arbete, utbildning, trygghet, bostäder/mötesplatser och tillväxt.

Projektet var mycket omfattande och låg över alla andra planer och allt annat vi höll på med. Det var politisk enighet när det antogs och alla chefer från förvaltningschefer och ner hade detta som sitt huvuddokument. Det bildades arbetsgrupper kring vart och ett av insatsområdena med förvaltningscheferna som ansvariga. Jag själv satt med i insatsområdet trygghet som hade gatudirektören som ordförande. Inom området trygghet fick vi med frågor som droger och diskriminering. I utbildningsgruppen har man haft en särskild grupp om barn och unga. Där har vi också blivit involverade.

I slutredovisningen från projektet konstateras att målen har förverkligats när det gäller bostadsbyggandet men inte i övrigt. Positiva resultat finns ändå i form av ökad befolkning, expanderande näringsliv, minskad arbetslöshet, minskade vardagsbrott, ökad trygghet för elever och minskat skolk. Den stora vinsten med projektet är att det har utvecklats ett samarbete över förvaltningsgränserna. För närvarande diskuteras en fortsättning, men det kommer att visa sig först efter valet 2010 vad det blir.

Fråga: Vad har kommunen för mål och handlingsprogram för en bättre och mer jämlik hälsa när det gäller kommunmedborgarna?

Malmö folkhälsoarbete har den nationella folkhälsopolitiken som utgångspunkt. Målet är att alla ska ha lika samhällliga förutsättningar för en god hälsa. Insatser ska göras inom de elva målområden som anknyter till målet. Målområdena fokuserar i sin på strukturella förhållanden, livsvillkor och levnadsvanor.

Malmö har treåriga handlingsplaner och strategier antagna av fullmäktige inom bl.a. följande områden: tobak, alkohol och droger, fysisk aktivitet och matvanor bland barn och unga, och ungdomars delaktighet. En plan och strategi för sexuell hälsa är under utarbetande.

Tobak, alkohol och droger 2002-2010: Sju samverkansaktörer har processat fram det här dokumentet: länsstyrelsen, polisen, Svensk handel, Sveriges hotell- och restaurangföretagare, tullen, Region Skåne och Malmö stad. Programmet är indelat i åtgärder för faktainsamling och analys, åtgärder för att stödja folkhälsoarbete, åtgärder för att påverka tillgänglighet och utbud samt åtgärder för att påverka efterfrågan och stödjande miljöer. Det framgår också, vilka som är ansvariga samt konkreta åtgärder, mål för dessa och målgrupp. Arbetet följs upp av folkhälsoenheten med en verksamhetsrapport årligen. Denna uppföljning och utvärdering används som bas för utveckling av arbetet.

Fysisk aktivitet och goda matvanor bland barn och unga 2009-2012: Vi valde att ta in frågor om BMI på barn och unga rätt så tidigt med bas i fakta från välfärdsredovisningen. Det blev väldigt tydligt för oss att det saknades en politisk viljeinriktning när det gäller de här viktiga frågorna. Politikerna nappade och vi fick i uppdrag att ta fram en strategi och handlingsplan. Vi bjöd in förvaltningar och föreningar brett och ordnade en framtidsverkstad. Där bildade vi fem arbetsgrupper och vaskade fram vad som var viktigt. Eftersom mycket handlar om skolans värld har vi presenterat åtgärder som erbjudanden. Även andra verksamheter ingår. Bl.a. har ett kunskapsunderlag om evidens för att arbeta för ökad fysisk aktivitet och goda matvanor bland barn och unga tagits fram. Folkhälsoenheten ska följa upp arbetet. Högskolan ska också kopplas in för en utvärdering om det visar sig att vi har ett ekonomiskt utrymme för det.

Sexuell hälsa: Vi arbetar med en strategi och en handlingsplan för sexuell hälsa 2010-2017. Vi har gjort en kartläggning av hur man bedriver sex- och samlevnadsundervisning och drogförebyggande arbete i skolan. Den är nedbruten på

varje stadsdel så att man kan se hur det ser ut och eventuellt bryta ner det ändå mer. Arbetet nu går ut på att sammanställa hur det ser ut i Malmö, att involvera aktörer och precisera åtgärder. Det färdiga förslaget ska presenteras för Folkhälsorådet och därefter gå ut på remiss. Efter remissrundan tar kommunstyrelsen och därefter fullmäktige ställning till det. På motsvarande sätt som övriga program ska även detta följas upp och utvärderas.

Delaktiga unga: Strategin för ungdomsdelaktighet 2005-2008 håller på att revideras med inriktning på att ta fram en handlingsplan kring arbetet. Det är en upptaktskonferens snart där alla förvaltningar har utsett en representant för att arbeta med sina organisationer.

Fråga: De planer ni har nämnt gäller levnadsvanor. Är även människors livsvillkor lyfta i mål- och handlingsplaner, där hälsoskäl uppmärksammas?

Livsvillkor finns med i budgeten. I budget 2009 t.ex. har man tagit in ett antal områden och satt upp inriktningsmål och hur man ska utvärdera arbetet. Här kan man finna frågor som har med hälsa att göra, men i ganska liten utsträckning. Under delaktighet och demokrati i budgeten sägs t.ex. med text från välfärdsredovisningen att "Ett framgångsrikt folkhälsoarbete är ett av de viktigaste verktygen för att jämna ut skillnaderna och skapa hållbara ekonomiska och sociala förbättringar." Här nämns också den nya nationella folkhälsostrategin, som har antagits av riksdagen 2008, och att denna ska tydliggöra vad som ska göras. Vidare nämns Malmös folkhälsoråd som har ansvar för Malmös folkhälsostrategi. I ett annat dokument, Malmös årsredovisning, finns även ett par sidor om välfärd och folkhälsa. Det är en bra början men inte tillräckligt.

Det finns mycket att göra när det gäller att lyfta fram folkhälsofrågorna kopplade till livsvillkor i politiken. Hälsa är enkelt, det begriper alla. Folkhälsopolitik som bygger på sektorsövergripande arbete har dock sina svårigheter. Många känner att vi är inne och trampar på deras områden. "Vi är skolan, vi jobbar med detta. Folkhälsa är något annat."

Fråga: Hur ska ni gå tillväga för att överbrygga detta, samla allt i ett dokument?

Vi har i uppdrag av politikerna att ta fram en folkhälsopolicy för Malmö. Det handlar om en policy och en strategiplan för det övergripande folkhälsoarbetet som även omfattar livsvillkor enligt vår tolkning. Det förutsätter arbete med kunskapsöverföring till beslutsfattare, politiker, tjänstemän, yrkesverksamma, men också att använda andra styrinstrument som kan främja en positiv hälsoutveckling. Sedan handlar det om att involvera folk i processerna.

Det skulle vara det ideala för Malmö att samla allt i ett dokument. Vi på folkhälsoenheten har gjort ett karläggningsarbete av alla strategier och handlingsplaner som fullmäktige har antagit vid olika tidpunkter och där strategier och planer innehåller mål som är relaterade till de elva nationella målområdena inom folkhälsopolitiken. Vi har gått igenom mål, målgrupp, ansvarig förvaltning och uppföljningsmekanism. Vi har också redogjort för synpunkter i regeringens proposition för respektive målområde och -slutligen - kompletterat med vad Malmö stads egen välfärdsredovisning säger om målområdena. Vi har på det här sättet gått igenom alla kommunala strategier och handlingsprogram. Vi har också presenterat det för politikerna som ett arbetsmaterial. Genomgången visar att det finns en massa politiska mål antagna när det gäller människors livsvillkor, men när vi tittar på utfallen utifrån statistik och annat så är det inte till fyllnad. Väsentligt mer borde kunna göras. Frågorna måste lyftas fram som förbättringsområden att satsa på. Det måste naturligtvis diskuteras om detta ska samlas i ett dokument eller om det ska lyftas fram med fokus på t.ex. stadsdelar eller målgrupper. Genom att vi har en lista på de personer som har ansvar för olika handlingsprogram

genomförande så kan vi ta kontakt och diskutera frågorna. Det ska vi fundera vidare på och prata med vårt kommunalråd om.

Fråga: Har ni mål och handlingsprogram för en god hälsa även när det gäller kommunens personal?

Det finns en personalpolicy. Enligt den ska arbetsgivaren bl.a. främja hälsa och säkerhet genom att säkerställa en god arbetsmiljö, uppmuntra till en sund livsstil genom att erbjuda friskvård och ge förutsättningar för chefer att utveckla ett gott ledarskap. Chefer ska också bedriva ett systematiskt arbetsmiljöarbete och kommunicera verksamhetens mål och resultat med sina medarbetare.

Initiativ när det gäller personalhälsa och arbetsmiljö tas på stadsdelsnivå och i fackförvaltningarna. Det är alltså andra aktörer än folkhälsoenheten som driver det interna personalhälsoarbetet. För närvarande pågår arbete med en tobaksfri arbetstid. Ett instrument i personalarbetet är en medarbetarenkät med frågor som ställs till medarbetarna vartannat år.

Organisation och verksamhet

Fråga: Hur samordnas det kommunövergripande folkhälsoarbetet?

Folkhälsoråd: Det finns ett politiskt tillsatt folkhälsoråd med sju politiker med ersättare som leder folkhälsoarbetet. Tre av politikerna är kommunalråd och tre har anknytning till sociala roteln, tekniska nämnden och kulturnämnden. En politiker är regionråd med ansvar för folkhälsofrågor inom Region Skåne. Folkhälsorådet är inrättat under 2009 och är således ett helt nytt organ.

Folkhälsorådets ansvar är att:

- Utarbeta och lämna förslag på folkhälsost strategi och mål för folkhälsoarbetet
- Kontinuerligt följa folkhälsoutvecklingen i Malmö och befolkningens levnadsvanor med hjälp av undersökningar som välfärdsredovisningen och kartläggningen av Malmöelevers levnads- och drogvänor
- Genomföra utvärderingar av insatser inom folkhälsoområdet
- Ansvara för omvärldsbevakning i folkhälsofrågor och kommunicera ny kunskap inom området
- Bevaka och stödja Malmös möjligheter att ansöka om medel inom folkhälsoområdet
- På strategisk nivå samverka med externa aktörer
- Informera om folkhälsoutvecklingen och på kommunstyrelsens uppdrag utreda folkhälsofrågor

Folkhälsoenheten: På tjänstemannaplanet sker samordning genom Folkhälsoenheten som organisatoriskt ligger direkt under stadsdirektören. Enheten består av tio tillsvidareanställda och en projektanställd. Uppdraget för enheten är att initiera och stödja utvecklingen av folkhälsoarbetet i Malmö. Det innebär att enheten:

- Bereder ärenden för politiska beslut till kommunstyrelsen
- Samlar fakta och kartlägger folkhälsoläget genom att årligen sammanställa en välfärdsredovisning och vart tredje år genomföra en elevundersökning om levnadsvanor
- Företräder kommunen i nationella sammanhang som berör folkhälsoområdet
- Stödjer och stimulerar det förebyggande och hälsofrämjande arbetet i kommunens verksamheter
- Tar initiativ till och samordnar kommunövergripande projekt och folkhälsoinsatser

Utöver personalen på folkhälsoenheten finns det brotts-, drog- och folkhälsosamordnare i stadsdelarna och ungdomsrådssamordnare samt förebyggande samordnare i flera övriga förvaltningar.

Fråga: Vilka insatser görs utöver de som redan har redovisats under mål och handlingsprogram?

Alla verksamheter i de tio centrala fackförvaltningarna och de tio stadsdelsförvaltningarna utgör arbete som har betydelse för människors hälsa. Stadsdelarna har tunga uppgifter som skola, individ- och familjeomsorg, vård och omsorg, fritid och fritidsgårdar, kultur, grundskole- och gymnasieutbildning. Folkhälsosamordnarna och övriga samordnare medverkar till att strategi- och handlingsplanerna förverkligas.

Arbetet sker normalt inom ramen för ordinarie arbete men projektmedel används i vissa fall. När strategin för arbetet med tobak, alkohol och droger togs fram första gången så var den mycket ambitiös. Då föreslog vi att det behövdes tre tjänster för genomförandet och att det behövdes en viss summa pengar för att kunna leva upp till innehållet i programmet. Detta har i sin tur gjort att vi har haft bra förutsättningar för att leva upp till det vi sagt att vi ska göra. Staten har också varit aktiv när det gäller de här frågorna genom olika nationella kommittéer.

Genom att vi har fått mycket statliga pengar för HIV-förebyggande arbete så har det funnits pengar även till området sexuell hälsa, vilket har gjort kommunen tveksam till att skjuta till extra kommunala medel. Två tjänster som tidigare hade finansierats genom projektmedel lades senare in i den reguljära verksamheten.

Till området övervikt och fetma har vi sökt medel och fått genom Region Skåne så kommunen har inte behövt gå in med så mycket pengar där.

När det gäller medel till området jämställdhet pågår fortfarande ett utredningsarbete, men en tjänst finns dock för dessa frågor. Till området ungdomsdelaktighet har vi fått pengar för att genomföra bl.a. ett ungdomsforum.

Folkhälsorådet har en budget på 500 000 kr till kompetensutveckling, konferenser och andra initiativ. Nu är tiderna kärvare, så när vi nu ska lansera ett nytt program för sexuell hälsa så känns det som det inte är rätt läge att söka pengar; kanske blir det bättre år 2010, men det förutsätter att vi vågar sätta en prislapp på det. Det har varit en fördel att vi har haft ett handlingsutrymme tidigare. Det har gett oss en möjlighet att gå till stadsdelarna i första hand och göra saker som har kunnat ge dem något positivt tillbaka. Det är inte bra om vi bara kommer till dem och kräver saker av dem, som t.ex. rapporter, utan att kunna stödja dem med seminarier eller andra insatser.

Partierna har i gemen blivit mer intresserade av folkhälsofrågorna. Tidigare, för ett par valperioder sedan, var framförallt ett av partierna negativt vilket visade sig i att de alltid reserverade sig mot budgetmedel till folkhälsoändamål, men så är det inte nu. Istället är det rätt mycket enighet kring frågorna. Det drogförebyggande programmet, som ändå är lite speciellt, togs t.ex. av kommunfullmäktige på ett par minuter. Det känns som frågorna har slagit rot nu på ett annat sätt.

Fråga: Vilka andra aktörer samverkar ni med?

Region Skåne tog fram en strategi för regionen för några år sedan och håller nu på att revidera strategin. Dialogen med regionens kommuner fungerade inte så bra vid det första tillfället men är bättre nu. Det gemensamma arbetet sker i dialogseminarier.

Förhoppningsvis blir det en ny strategi som är användbar kommunerna i Skåne, inte bara för de små kommunerna utan även för Malmö.

Vi har också ett begränsat samarbete med vissa av länets kommuner, i första hand Lund, Helsingborg och Kristianstad. Helsingborg och Kristianstad ingår i Healthy Cities-nätverket vilket ger utgångspunkt för dialoger. När det gäller ungdomsinflytande har vi även kontakt med andra kommuner, bl.a. Eslöv. Det är också viktigt att komma ihåg att Malmös tio stadsdelar är som mindre kommuner i sig; arbetet med dem är omfattande. Vi har slutligen ett begränsat samarbete i vissa frågor, bl.a. sexuell hälsa, med Skånes kommunförbund.

Fråga: Vilken insats anser ni är den viktigaste som har vidtagits under det senaste året för att minska ojämlikheten i hälsa i kommunen?

Det görs väldigt mycket inom integrationsområdet, men det är svårt att värdera. Tillflödet av flyktingar är stort hela tiden. Rosengårds dilemma är inte att vissa "lyckas" och flyttar ut därifrån, utan att nya grupper kommer in som har låg utbildning och svårigheter att få arbete. Den största betydelsen har egentligen de strukturella frågorna som arbete, delaktighet, boende och beslut som Öresundsbron, Västra hamnen, högskolan, alltså sådana saker som har tillfört näringslivet utvecklingsmöjligheter. De flesta nya jobben är ju high tech-jobb, och företagen rekryterar inte lokalt, men effekten är ändå att staden i sin helhet tillförs pengar som gör att staden kan utvecklas och att den får status. Dessutom tillförs skattepengar vilket är positivt.

En annan fråga är den debatt som Malmöpolitikerna har fört med riksdagspolitikerna om att begränsa inflyttningen av flyktingar till Malmö, och andra kommuner i samma situation med stor invandring, för att staden ska ha en möjlighet att ge dem som kommer en bra utbildning, arbete och bostad. Det är ett exempel på en aktiv diskussion för att även minska ojämlikhet i hälsa.

Andra områden är t.ex. att man har satsat mycket på simkunnighet under sommaren. Det har blivit mer lättillgängligt för många att gå i simskola. Det har därmed skapat förutsättningar för ökad jämlikhet inom detta begränsade område. Man har också satsat på att ta bort daghemsköer och har lyckats med det. Ytterligare ett område är att Malmö är bra på att skapa mötesplatser för ungdom. Malmö blev årets ungdomskommun för något år sedan och har fått många priser för sitt arbete.

Verksamhetsuppföljning och utvecklingsfrågor

Fråga: Hur sker uppföljning och utvärdering av mål, insatser och processer?

Några strategier och program som ha antagits av fullmäktige följs upp via Folkhälsoenheten. Enheten tar i sin tur hjälp av externa experter när kvalificerade utvärderingar behöver göras. (Se vidare under avsnittet om mål och handlingsprogram.)

Fråga: Vilka idéer diskuteras för närvarande för att förbättra förutsättningarna för en bättre och mer jämlik hälsa i kommunen?

Folkhälsoenheten har i uppdrag av Folkhälsorådet att utarbeta en strategi för folkhälsoarbetet i kommunen. Arbetet är påbörjat genom att enheten har gjort ett karläggningsarbete av alla strategier och handlingsplaner som fullmäktige har antagit vid olika tidpunkter och som berör viktiga bestämningsfaktorer för befolkningens hälsa. Arbetet ska fortsätta i dialog med politiker och tjänstemän så att ett förslag slutligen kan läggas fram som är tydligt även när det gäller människors livsvillkor, inte bara levnadsvanor, eftersom det är olika livsvillkor som i första hand skapar ojämlik hälsa.

En annan fråga som är angelägen att arbeta vidare med i dialog med både Region Skåne och nationella samverkansparter som Statens folkhälsoinstitut är hur index för våra välfärdsundersökningar bör vidareutvecklas så att vi på ett bättre sätt än idag kan mäta variationer i hälsa och bestämningsfaktorer för hälsa.

Bilaga 3: Kristianstads kommun

Sammanfattning av intervju 2009-08-18 för DETERMINE-projektet, accepterad 2009-11-17.

Medverkande vid intervjun

Frågeställare från Statens folkhälsoinstitut:

Bernt Lundgren, folkhälsopolitisk expert

Jenny Telander, utredare

Intervjuade i Kristianstads kommun:

Ingrid Karlsson, (C), ledamot av Kommunstyrelsen, ordförande i Folkhälsorådet

Annelie Karlsson, (S), ledamot av Kommunstyrelsen, vice ordf. i Folkhälsorådet

Birgitta Brännström Forss, folkhälsostrateg, föredragande i Folkhälsorådet

Hälsa och bestämningsfaktorer för hälsa

Fråga: Vad är er uppfattning om kommunmedborgarnas hälsa?

Folkhälsoenkäten för Skåne 2008 visar att hälsan i Kristianstads kommun är lik hälsan i länet. Vissa skillnader finns dock. Hälsan är t.ex. bättre i Kristianstad när det gäller självskattad hälsa, psykisk hälsa, sjukfrånvaro i arbetet, sömnbesvär, stress i vardagen och daglig rökning, men sämre när det gäller långvarig sjukdom inklusive svaghet, tandhälsa, övervikt, fetma och att ha kontroll i arbetet.

En jämförelse med en motsvarande undersökning 2004 visar för Kristianstads kommun att självskattad hälsa har förbättrats liksom stress i vardagen och daglig rökning, medan långvarig sjukdom och svaghet, sjukfrånvaro, sömnbesvär, tandhälsa, övervikt och fetma har ökat. Att sömnbesvär har ökat samtidigt som människor upplever att de är mindre stressade i vardagen uppfattas som motsägelsefullt.

Materialet från folkhälsoenkäten är möjligt att bryta ner på ålder, kön och socioekonomisk grupp i termer av utbildningsnivå respektive tjänstemän och arbetare, men en sådan nedbrytning har ännu inte gjorts. Vidare är materialet möjligt att bryta ner på områdesnivå, men även här saknas för närvarande en nedbrytning.

Fråga: Hur är hälsan i olika grupper?

Siffrorna är intressanta att studera men det vi politiker pratar mycket om, oavsett vilken politisk uppfattning vi har, är att de som tar mest stryk idag är barnen och de unga. Det framgår av redovisningar från socialförvaltningen och skolan. Ohälsan gäller alltifrån att flickor skär sig eller svälter sig, att man röker mer igen, att man är överviktig samt att droger används i alldeles för stor utsträckning och allt lägre ner i åldrarna. Socialförvaltningen har väldigt många fler ungdomar idag som är i behov av hjälp och stöd än vad de hade för 10 år sedan. Det handlar i vissa fall om familjer som inte fungerar, men det finns också andra skäl. Det är en av våra största utmaningar i kommunen att se till att våra barn och våra unga får ett samhälle som de kan leva och må väl i. Det är en gemensam uppfattning att vi ska lösa det.

Fråga: Är det många som inte får fullständiga betyg i grundskolan och därmed inte kommer in på gymnasiet?

En del elever går på det individuella programmet och har behov av stöd. Många barn och unga måste också medicinera och behöver stöd av skolhälsovård och psykvård. Ett bra stöd till dessa barn och unga är en av våra största utmaningar. En del av barnen kommer från väl kända familjer, men många är också nya och har en uppväxtmiljö med missbrukande, arbetslösa eller psykiskt funktionsnedsatta föräldrar.

Kommunen är också invandrartät. Många ungdomar lämnar grundskolan utan att vara behöriga till gymnasiet. Det är inte så lätt att komma hit som 12-13 åring och klara av grundskolan. Det måste man tänka på i skolan och kommunen. Utanförskap finns också i stor omfattning i de invandrartäta områdena. Det leder i sin tur både till sämre hälsa och andra därmed sammanhängande problem.

Fråga: Har ni bostadsområden som är segregerade?

I Kristianstad finns samma problem med stor invandring som i många andra kommuner. Här finns motsvarande problem som Malmö har, fast i mindre skala eftersom Kristianstad är mindre.

Barnfattigdomsindex hämtat från Folkhälsoinstitutets Kommunala basfakta, med statistik från SCB:s inkomst- och taxeringsregister, visar att andelen barn med utländsk bakgrund i ekonomiskt utsatta hushåll är 36 % medan andelen i riket är 29 %. I Skåne län är dock siffran också 36 %. Det beror i sin tur på att Malmö har ett stort genomslag för Skåne som helhet.

Mål och handlingsprogram

Fråga: Vilken betydelse har en god och jämlik folkhälsa i ett kommunalt utvecklingsperspektiv?

Det är en grundsten att vi har kommuninvånare som mår väl. Det kan bidra till kommunens utveckling och hjälpa till att forma framtiden. Ohälsa handlar inte bara om att man har ett medicinskt problem, ohälsa är ju också ett socialt problem. För att minska ohälsa måste man hantera samhället på ett sådant sätt att det finns utrymme för alla. Många tycker att hälsa enbart är den enskildes ansvar men så enkelt är ju inte livet att man kan ta ansvar för allt som händer. Kommunen måste också ta ett ansvar.

Meningsfull sysselsättning, att man känner att man har en uppgift att fylla, tror jag är den viktigaste hälsofaktorn. Det behöver inte tvunget vara ett värlönat arbete; det kan lika gärna vara att man utför ett ideellt arbete där man upplever att man behövs, att man kan vara med och påverka men framförallt att man känner att man blir lyssnad på.

Ett projekt med kommunanställda lokalvårdare visar vad det handlar om: De hade en otroligt hög sjukfrånvaro och de upplevde inte att deras chef var närvarande i deras arbete. Projektet gick ut på att de skulle bli sedda, de fick jobba i grupp, de träffade sin chef, med resultat att deras sjukfrånvaro minskade till en fjärdedel av vad den var på väldigt kort tid. Det är med andra ord viktigt både att ha ett arbete och att få vara synlig på jobbet.

Fråga: Vad har kommunen för mål och handlingsprogram för en bättre och mer jämlik hälsa när det gäller kommunmedborgarna?

Målet för folkhälsoarbetet överensstämmer med det nationella folkhälsomålet – att skapa samhälleliga förutsättningar för en god hälsa på lika villkor för hela befolkningen

- och de elva målområdena. Kommunen har en plan för folkhälsoverksamheten i kommunen. I verksamhetsplanen anges att kommunen har ett folkhälsoråd som initierar, samordnar stödjer och följer upp folkhälsoarbetet i kommunen. Vidare redovisas förutsättningar för folkhälsoverksamheten och områden för organisering av det lokala folkhälsoarbetet. I planen ingår även strategier för genomförande av folkhälsooperspektivet, bostadsområdet som hälsofrämjande arena, hälsosam samhällsplanering, barns- och ungas uppväxtvillkor, hälsa i arbetslivet, bra miljöer och produkter, bra matvanor och livsmedel samt hälsosamt åldrande för äldre och blivande äldre.

Verksamhetsplanen, som utarbetas och beslutas av Folkhälsorådet, delges kommunstyrelsen.

Folkhälsoverksamheten är omfattande om man ser det som en process. Vi har valt att ta det försiktigt, att försöka jobba underifrån och att involvera väldigt många. Vår avsikt är att få med många aktörer på banan, både kommunens förvaltningar och organisationer. Man ska arbeta tvärssektoriellt och det vet alla som jobbar inom offentlig sektor att det är det svåraste som finns för det är så mycket stuprörstänkande. Det handlar också om att försöka få alla att tänka hälsa. Folkhälsoarbetet i Kristianstads kommun kan nämligen inte bedrivas av en enda tjänsteman, inte ens av folkhälsorådet utan det måste involvera alla kommuners förvaltningar men också så många som möjligt utanför kommunen så att föreningslivet, bostadsområdena och andra kan känna ett engagemang för det här.

Det är ett generationsskifte nu i förvaltningarna; det är lättare att få de unga medarbetarna att tänka lite bredare än det var för några år sedan. De nya har bättre utbildning och lättare att se helheten. Det ger möjlighet till ett mera konkret arbete och att fokusera mer på den ojämlika situationen.

Organisation och verksamhet

Fråga: Hur samordnas det kommunövergripande folkhälsoarbetet?

Folkhälsoarbetet initieras, samordnas, stöds och följs upp av kommunens folkhälsoråd. Folkhälsorådet består av företrädare för ca 30 olika intressenter i kommunens folkhälsoverksamhet. Dessa är: tio olika offentliga organisationer, Svenska kyrkan, tio olika kommunala förvaltningar, sex nätverk i kommunens bostadsområden, samverkansgruppen för äldres och blivande äldres hälsa samt politiska representanter för kommunstyrelsen i Kristianstads kommun.

Folkhälsorådet träffas fyra gånger per år och leds av Ingrid Karlsson (ordförande) och Annelie Karlsson (vice ordförande). Båda representerar kommunstyrelsen och sitter i kommunstyrelsens arbetsutskott där de har ansvar för kommunövergripande frågor. Folkhälsostrategen Birgitta Brännström Forss är föredragande i folkhälsorådet. Till rådets förfogande finns 145 000 kronor som används till att stötta bl.a. hälsonätverken och samverkansgruppen för äldres hälsa.

Huvuddelen av våra möten i folkhälsorådet bygger på skriftlig och muntlig information om aktiviteter; vad nätverken och samverkansgrupperna gör och planerar och vad kommunen och övriga offentliga parter gör. Det är ett ömsesidigt informationsutbyte som också innebär att man lyssnar till varandra och tar till sig idéer.

Mellan rådsmötena pågår det ett konkret arbete i förvaltningar och nätverk. När det gäller de kommunala förvaltningarna så görs ett arbete för att alla politiker och anställda ska få ett folkhälsotänkande, bli ambassadörer för folkhälsa. Folkhälsorådets ordförande och vice ordförande diskuterar med politikerna i kommunstyrelsen och andra nämnder.

På tjänstemannaplanet har ett initiativ tagits, med stöd av politikerna i folkhälsorådet, att bilda en kommunal analysgrupp för social hållbarhet där alla berörda förvaltningar ska ingå; socialtjänst, barn och utbildning, arbetsmarknad och integration, stadsbyggnad, kultur och fritid samt omsorg. I kommunen finns GIS-kunskap som är användbar för att illustrera olika sociala faktorer i ett geografiskt perspektiv.

Folkhälsostrategen arbetar väldigt mycket med kommunens samhällsplanerare för att få in hälsa som en viktig faktor vid planeringen av samhället. Samhällsplanerarna är intresserade av de sociala faktorerna - och sitter själva och gör analyser av den sociala verkligheten - men det är bättre att de verksamheter som håller på med detta dagligdags också är med i det här arbetet. Det är egentligen hela bakgrunden till att analysgruppen kommer till stånd.

Fråga: Vilka insatser görs i de olika verksamheterna med inriktning på kommunmedborgarna?

Under 2008 genomfördes verksamheter inom områdena bostadsområdet som hälsofrämjande arena, hälsosam samhällsplanering, barns- och ungas uppväxtvillkor, hälsa i arbetslivet, bra miljöer och produkter, bra matvanor och livsmedel samt hälsosamt åldrande för äldre och blivande äldre. Arbete inom dessa områden pågår också under 2009.

Vi har arbetat, och arbetar mycket, med "empowerment", dvs. att människor ska vara med, att de ska vara delaktiga. Det gäller t.ex. ett område här på söder i ett projekt som heter "Kom så går vi". Det handlar om äldres utemiljö. Äldre var med och tog fram de åtgärder som sedan genomfördes i utemiljön. Den delaktighet som de kände där, det går nästan inte att beskriva med ord hur värdefullt det var. Det var så att våra tekniker från kommunen och Vägverket till en början inte förstod, saknade begrepp för, betydelsen av vardagsnära saker när det gäller utformningen av bostadsområdet. Men det lärde de sig så småningom. Det var till och med så att kommunens tekniske chef yttrade: "Tänk att det är sådana här små vardags saker som det handlar om. Om vi hade fått de här pengarna direkt då hade vi gjort trafiktekniska lösningar och missat det som var särskilt betydelsefullt för de äldre." Så det här att bjuda in de äldre och att lyssna till dem det tror jag har haft en väldigt stor betydelse, och det påverkar också den ojämlika hälsan. Man måste ingjuta mod och hopp, att det faktiskt är möjligt att påverka i vårt samhälle.

Empowerment stärker individer. I fallet "Kom så går vi" blev det också så att de som var engagerade tyckte att det här var så spännande att de hade kommit samman att de ville fortsätta på något sätt. Kommunen hjälpte dem genom att ordna en lokal för träffar. Så småningom blev det fler människor och flera olika aktiviteter i det området och än i dag så finns det en liten förening som heter "Livat i holken" och de sätter upp fågelholkar. De har 350 fågelholkar som de administrerar och sköter om i det här området. De har verkligen skaffat sig ett socialt nätverk. Det här är inkluderande för alla. En är sekreterare i den här föreningen och andra sköter om holkarna. De fördelar uppgifter, de har fester tillsammans och träffas hela året runt även när de inte sätter upp fågelholkar och de har tagit kontakt med förskolan i det här området och involverat barnen. Så det är ett exempel på att när vi sätter i gång aktiviteter så kan det ge mod och kraft till människor att fortsätta att vara tillsammans. Projektet, som är väldigt konkret och tydligt, har utvärderats av Lunds Tekniska Högskola.

Det här sättet att arbeta med delaktighet och inflytande gör vi även i de andra nätverken och verksamheterna. Nätverken fungerar olika i de olika områdena, beroende på vilka som engagerar sig. I Åhus t.ex. så har kyrkan varit mycket engagerad, men nu har primärvården tagit över som drivande kraft. I ett av områdena finns en anställd person som driver arbetet tillsammans med föreningar. Det är i ett område där det bor väldigt

många ”nya” svenskar. Där görs olika typer av aktiviteter tillsammans med kvinnogrupper och barngrupper av olika slag och även med seniorer. I ett annat område har kommunen avtal med staten om insatser. I det området finns ett gammalt nätverk sedan början av 1990-talet. Det har gått upp och ner under åren. I början var det väldigt mycket offentliganställda från våra förvaltningar som var med och jobbade. Sedan har ideella krafter successivt tagit över. Vi stöttar denna verksamhet ekonomiskt från folkhälsorådets sida, vilket vi också gör med övriga nätverk. Nätverken har också representanter i rådet, som ger en fast punkt för deras arbete.

En annan verksamhet med empowermenttanken som bas gäller funktionsnedsatta personer. Vi arbetar tillsammans med handikapprörelsen på ett sådant sätt att de känner att det är deras agenda som gäller för arbetet. Det har blivit ett väldigt spännande arbete kring detta. Vi jobbar med tillgänglighets- och bemötandefrågor; olika hinder ska tas bort. Här har tekniska förvaltningen och andra förvaltningar påverkats väldigt mycket av det arbetssättet. Arbetet med processerna drivs ur ett underifrånperspektiv. Om vi har representanter från handikapprörelsen med i planeringsprocessen så blir det en helt annan diskussion än om vi sitter och ska lösa en fråga som hörslingor, eller vad som helst, enbart sett som en teknisk fråga. Andra förvaltningar som har börjat arbeta mycket med folkhälsa är skolan och kultur- och fritidsförvaltningen; den senare i biblioteksverksamheten t.ex.

Fråga: Vilka insatser görs när det gäller de anställdas hälsa?

Det har varit väldigt stort fokus på personalens hälsa under senare år. Vi gör en enkät vartannat år bland all personal. Frågorna har utformats av Umeå universitet. Den har hög svarsfrekvens och fokuserar starkt på hälsa och arbetstillfredsställelse. Genom att den är återkommande kan man se mönster. Det har t.ex. gått bättre och bättre för varje år, frågan är hur länge det kan göra det. Samtidigt finns det skillnader mellan förvaltningar och grupper inom förvaltningar när det gäller svar.

När det gäller enkäten bestämde vi tidigt att vi skulle skicka ut den bara om vi var beredda att jobba med den. Svartsresultatet är kanske viktigt, men det är ännu viktigare att göra ett konkret arbete efteråt. Annars är det ingen mening att komma tillbaka nästa gång. Så därför tror jag att den tagits på större och större allvar eftersom vi verkligen menade allvar med den. Vi bedömde att ledarskapet på arbetsplatsen hade en väldigt stor betydelse och ställde oerhört stora krav på ledarna att jobba med resultatet av medarbetarenkäten.

Vi har en arbetsmiljöenhet, f.d. företagshälsovården, som har ansvar. Modellen för arbetet är Healthy Work Places med hälsoinspiratörer ute på arbetsplatserna som träffas tillsammans med den som är ansvarig på arbetsmiljöenheten. De diskuterar vilka aktiviteter som skall göras. Vi har använt olika kampanjer; nu senast var det en tävling mellan olika förvaltningar att gå med stegräknare. Vidare har stimulanser skett när det gäller motion på arbetstid, sluta röka, gå ned i vikt m.m. Vi satte ner foten för ett antal år sedan och gjorde om hela företagshälsovården som inte fungerade speciellt väl. Nu är hälsofrämjande aktiviteter i arbetet en efterfrågad funktion i kommunen. Vi anställer folkhälsopedagoger och upplever en stark efterfrågan på aktiviteter. Det är ett bra betyg.

Vi tror att arbetshälsofrågorna spelar en mycket större roll än vi kanske tänker på. Det måste ju vara så att man börjar hemma och att man jobbar med frågorna på arbetsplatsen, med sig själv, med sin chef och med sin förvaltning. Då blir det ju också naturligare att gå vidare, därför tror jag att de är rätt ordning.

Fråga: Vilka andra aktörer samverkar ni med?

Vi gick med i Healthy Cities-nätverket våren 2008. Nätverket har två arbetsgrupper; en som arbetar med samhällsplaneringsfrågor och en som jobbar med fysisk aktivitet och goda matvanor. Vi valde samhällsplaneringsnätverket; där finns också en person med från samhällsplaneringsfunktionen här på kommunen. Det är väldigt bra att träffa kollegor och diskutera de här frågorna. Det går fortare framåt när man får kraft av andra och man får information, kunskaper och möjligheter att diskutera. Jag tycker att vi tagit stora steg framåt efter det att vi gått med.

Vi som är politiker tycker att det är bra att nätverket är praktiskt inriktat och att det stimulerar och utvecklar vår folkhälsostrategi. Att vi dessutom har fått en person i kommunen som sysslar med samhällsplanering att delta i nätverket är en enorm framgång eftersom det också finns andra samhällsplanerare i nätverket som hon känner som kollegor från andra verksamheter. Så det är klart att det ger effekter. Det gäller att få fram eldsjälarna, som är villiga att satsa lite extra. Det behövs för att fokusera på de här frågorna i de olika förvaltningarna och kan man då stödja det genom att hon får möjlighet att träffa kollegor och får kontaktvägar så är det mycket bra. För oss som är politiker är det dock för tidigt att dra slutsatser om Kristianstads kommuns framtida medverkan. För det måste vi utvärdera resultatet för kommunen i stort.

Vi samverkar med Region Skåne; ordföranden för Kristianstads kommuns folkhälsoråd sitter i regionens folkhälsoberedning. Region Skåne håller för tillfället på att revidera sin folkhälsostrategi för regionen. I den görs försök att tydliggöra regionens och kommunernas roller. Kommunerna har egentligen kommit längre än regionen när det gäller folkhälsofrågor, för regionens viktigaste fråga borde ju vara att få hela hälso- och sjukvården att ändra sjukvårdstänkandet till ett hälsotänkande. Utbildningen av läkare är fortfarande inte hälsoinriktad och det skulle vara ett stort steg om det ändrades. Det tror jag är regionens allra viktigaste uppgift, att få hela utbildningssektorn att också tänka i de banorna. Det finns lite olika syn mellan region och kommuner, men det är klart att vi är väldigt mycket beroende av varandra. Sedan så tror jag att även vi kommuner kan hämta kunskap via kontakt med varandra; det är också en viktig faktor. Det är de här goda exemplen som stimulerar en att göra det där lilla extra ibland så att man ser att man kommer framåt.

Vi jobbar också med den ideella sektorn väldigt mycket. Vår tanke är att även denna sektors verksamheter ska komma in i verksamhetsberättelsen så att det är folkhälsoverksamheten i kommunen, inte kommunen som organisation, som speglas i berättelsen. Skånes idrottsförbund är en sådan organisation som får pengar från Region Skåne och som har en representant i Kristianstads kommuns folkhälsoråd. Vi har en bra samverkan med idrottsförbundet och ställer krav på att det ska arbeta hälsofrämjande, bl.a. när det gäller barn och ungdomar med funktionsnedsättning.

Fråga: Vilken insats anser ni är den viktigaste som vidtagits under det senaste året för att minska sociala ojämlikheter i hälsa i kommunen?

En av de viktigaste välfärdsfaktorerna är att man har en egen försörjning för då har man många friheter, alternativt - om man inte är i yrkesverksam ålder - att man har en meningsfull sysselsättning. Det är klart att när arbetsmarknadsläget så kraftigt förändrades med den internationella finansiella krisen, så har den grupp personer som har svårast att få jobb – främst ungdomar och invandrare – fått känna av denna kris först av alla.

Dessvärre har Kristianstads kommun inte lyckats ta hand om denna problematik. Vi har fler ungdomar utan sysselsättning och vi har fler i passivt bidragsberoende nu än vi hade

för ett år sedan. När jag säger passivt bidragsberoende så menar jag att socialförvaltningen betalar ut pengar till fler som är passiva idag än som var det innan. Jag tror att sysselsättning - att man är igång och att har någonting att gå till - är en viktig hälsofråga. Jag tror att det påverkar familjen mycket att man har en aktivitet av något slag, om inte ett jobb, så någon annan sysselsättning. Där har vi inte lyckats - där har vi en utmaning - även om vi i övrigt har gjort en hel del för att minska sociala hälsoskillnader.

Verksamhetsuppföljning och utvecklingsfrågor

Fråga: Hur sker uppföljning och utvärdering av mål, insatser och processer?

Uppföljning sker genom en årlig verksamhetsberättelse för folkhälsoverksamheten i kommunen. Det som tas upp där bygger i sin tur på underlagsrapporter. Uppföljningen kan dock utvecklas. Begreppet hållbar utveckling är vedertaget men det är alltför snävt för man tittar fortfarande mest på miljöaspekter. Jag har en dröm att de sociala aspekterna, där folkhälsan är en viktig aspekt, är precis lika viktiga. Jag hoppas att den nya analysgruppen ska komma fram till mätbara styrtalet eller indikatorer så att vi kan följa upp det sociala området på samma sätt som vi tittar på hur många ton mindre koldioxid vi har släppt ut.

Vi som är politiker måste se till att ställa konkreta frågor. Hur har ni gjort? Hur har ni lyckats med detta och detta? För då kommer vi också att efter ett tag få tillfredsställande svar. Jag är helt övertygad om att våra medarbetare kommer att klara det uppdraget men vi har inte klarat av att ställa tillräckligt konkreta frågor och tillräckligt konkreta krav på vad som ska göras. Vi måste bli ändå tydligare med att det är en prioriterad fråga på samma sätt som vi t.ex. har lyft upp jämställdhetsfrågor.

Fråga: Vilka idéer diskuteras för närvarande för att förbättra förutsättningarna för en bättre och mer jämlik hälsa i kommunen?

Vi har en ny verksamhetsplan för 2009 som har verksamhetsberättelsen för 2008 som utgångspunkt. Utöver det tror jag att vi kan ha en viss nytta av den folkhälsoenkät som genomfördes i Region Skåne och den nedbrytning i olika områden inom olika områden av Kristianstads kommun som vi har beställt. Vi har en förhoppning om att hitta nya infallsvinklar genom denna när vi får den.

Något som man måste säga i det här sammanhanget är att vi i kommunerna måste orka prioritera och ekonomiskt tillföra de resurser som behövs för att inte fler människor ska trilla igenom. Det är en besvärlig ekonomisk situation idag och tufft i verksamheterna. För att det inte ska drabba de kommuninvånare som är mest utsatta så måste vi orka tillföra resurser på rätt sätt och spara på rätt ställe.

Framförallt måste vi beakta den åldersmässiga klyftan. Det är en helt annan situation idag för unga än tidigare med helt andra krav som ställs och helt andra faror som hotar. Spelberoendet ökar, det är enkelt att få tag på alkohol, man kan sitta hemma på sitt rum och göra av med hundratusentals kronor, föräldrar är i vissa fall hårt pressade och har svårt att ta hand om sina familjer på ett bra sätt. Det finns en massa möjligheter att hamna i besvärliga situationer; det hade vi inte på samma sätt när vi själva var unga.

Bilaga 4: Växjö kommun

Sammanfattning av intervju 2009-08-17 för DETERMINE-projektet, accepterad 2009-11-24.

Medverkande vid intervjun

Frågeställare från Statens folkhälsoinstitut:

Bernt Lundgren, folkhälsopolitisk expert

Jenny Telander, utredare

Intervjuade i Växjö kommun:

Lena Wibroe (M), ordförande i Kulturnämnden, ledamot i KSOP, ansvarig för folkhälsofrågor

Gunnar Elm (C), kommunalråd, ordförande i KSOP

Jörgen Gustavsson, folkhälsosamordnare

Hälsa och bestämningsfaktorer för hälsa

Fråga: Vad är er uppfattning om kommunmedborgarnas hälsa?

Vi blev överraskade när vi 2007 fick klart för oss att Växjö låg mycket bra till när det gäller ohälsotalen jämfört med många kommuner ute i landet. Det gav oss uppmuntran och ledde till att vi bestämde oss för att ha ett folkhälsoår 2008 för att förbättra situationen ytterligare.

Växjö kommuns senaste folkhälsorapport, Folkhälsorapport 2009, visar att medellivslängden är högre i Växjö för både män och kvinnor än genomsnittet för Sverige. Positivt är också att ohälsotalet bland kommunens befolkning och antalet sjukskrivningsdagar bland de anställda har minskat under senare år. Fetma och rökning är mindre vanligt än i riket och andelen fysiskt aktiva är högre. Dödligheten i hjärtinfarkt är lägre än i riket och länet. Negativt är att andelen som har psykiska ohälsoproblem och andelen med riskbruk av alkohol har ökat, särskilt bland unga.

Fråga: Hur är hälsan i olika grupper?

Det framgår av kommunens Folkhälsorapport 2009 att det finns tydliga sociala skillnader i upplevt allmänt hälsotillstånd och i levnadsvanor som rökning, riskkonsumtion av alkohol och intag av frukt och grönt. Skillnader i hälsa finns också mellan olika bostadsområden i kommunen. När man jämför Växjö med många andra kommuner har dock Växjö små skillnader i levnadsvanerelaterad dödlighet. En viktig faktor bakom den relativt jämlika hälsan i Växjö är, enligt Statens folkhälsoinstitut som granskade kommunen med data från år 2004, att kvinnors utbildningsnivå är högre och att hälsa och levnadsvanor är bättre än genomsnittligt för riket.

Det finns en stor risk för att det blir en vidgad hälsoklyfta framöver. Mest utsatta är unga människor i åldern 15-30 år. Kullarna som är födda i början av 1990-talet är extremt stora. Ungdomar som kommer ut från skolan nu hamnar i en krissituation. Många blir arbetslösa och andelen sökande till högskolorna ökar. Vi tror att när man slutar skolan och inte kommer in på någonting så tar självförtroendet och självkänslan stryk. Om man inte har någon sysselsättning och inte känner att man betyder något så är det också lätt att man halkar in i missbruk.

Även personer över 55 år och personer med invandrabakgrund har en utsatt position. För personer över 55 år ökar nu risken för arbetslöshet och därmed ohälsa. För personer med invandrabakgrund är arbetslösheten högre än för infödda svenskar, även bland grupper med hög utbildning, och problemen ökar.

Risken för ökade hälsoklyftor uppmärksammas av kommunen. Hälsa är inte bara en fråga om hur man mår fysiskt; det handlar också om att känna att man behövs, att man får utlopp för de möjligheter man har, att man har ett umgänge och träffar folk som man tycker att det är trevligt att träffa, att man har trivs och har inflytande på sitt arbete. Det här helhetsperspektivet – att få utbildning, att ha ett meningsfullt jobb och att känna att man betyder någonting – är basen för kommunens arbete.

Mål och handlingsprogram

Fråga: Vilken betydelse har en god och jämlik hälsa i ett kommunalt utvecklingsperspektiv?

En utgångspunkt är kommunens personal, en annan är kommunmedborgarna. Kommunens personal ger service till kommunens 82 000 invånare. Om kommunens personal på 7 000 personer mår bra så påverkar det naturligtvis vars och ens arbetsinsats på ett positivt sätt.

Om hälsan är god i befolkningen så ger det bättre inkomstmöjligheter, bättre tillgång till arbete, bättre kreativitet och bättre företagsamhet. Hur människor mår handlar inte bara om deras fysiska status, utan också om deras möjligheter, inflytande och medverkan. Detta har i sin tur betydelse för kommunens konkurrenskraft. Konkurrensen om nya företag, nya jobb och nya möjligheter grundar sig på de människor som finns!

Synsättet att personalens och befolkningens hälsa är en viktig fråga för kommunen finns med som grund i kommunens övergripande politiska dokument, budgeten.

Fråga: Vad har kommunen för mål och handlingsprogram för en bättre och mer jämlik hälsa för personalen och kommunmedborgarna?

Kommunen har tre prioriterade målområden. Dessa är:

- hälsa i arbetslivet,
- fysisk aktivitet och matvanor,
- alkohol, tobak och narkotika.

De tre prioriterade målområdena innebär en stark koppling mellan hälsan hos kommunens personal och hälsan i befolkningen. Ett bra personalarbete ger spridningseffekter i befolkningen som helhet. När kommunen t.ex. satsar på friskvårdsaktiviteter för de 7 000 medarbetare i kommunen så påverkas många fler direkt eller indirekt genom att varje person ingår i ett hushåll på 2-4 personer och att dessa i sin tur har en bekantskapskrets utanför hushållet.

För närvarande arbetar kommunen med ett mångfaldsprogram som ska integrera olika aspekter som demokrati, integration, barn och ungdom samt jämställdhet. Folkhälsofrågorna är viktiga och ska lyftas fram inom detta mångfaldsprogram. Genom att arbeta aktivt med folkhälsofrågorna inom programmet får de ett större genomslag i förvaltningarnas verksamhet, vilket är till gagn för både personal och kommuninvånare. På så sätt kommer folkhälsa inte bara att handla om levnadsvanor som t.ex. fysisk aktivitet, vilket det ofta gör, utan också om hur folk mår, vilket inflytande de har, dvs. sådant som förutom att beröra hälsan också har betydelse för integrationen och demokratin m.m.

Organisation och verksamhet

Fråga: Hur samordnas det kommunövergripande folkhälsoarbetet?

Kommunen hade tidigare ett folkhälsoråd som samordnade folkhälsofrågorna men vi upplevde att det inte fungerade och lade istället ansvaret för frågorna från år 2007 på Kommunstyrelsens organisations- och personalutskott (KSOP) som i sin tur lyder direkt under Kommunstyrelsen. Alla ledamöter i KSOP sitter för övrigt i Kommunstyrelsen. Två av ledamöterna i KSOP, en från den politiska majoriteten och en från oppositionen, har ett särskilt ansvar för folkhälsoarbetet. Denna ansvarsfördelning under KSOP gör att det är lätt att klargöra sambanden mellan insatser för personalen och befolkningen, att styra utvecklingen och att rapportera till KSOP-utskottet, andra utskott och till Kommunstyrelsen.

I arbetet med samordning av folkhälsofrågorna har även folkhälsosamordnaren en strategisk roll. Han är med på träffar med förvaltningscheferna och kommunchefen och vet vad som händer överallt. För att kunna utveckla folkhälsoarbetet inom förvaltningarna har en hälsorepresentant på respektive förvaltning utsetts och fått genomgå utbildning. Kontakterna mellan folkhälsosamordnaren och politikerna i KSOP är väldigt täta, ibland med träffar en gång i veckan där frågor dryftas om vad som händer och vad som ska hända.

Fråga: Vilka insatser görs i de olika verksamheterna med avseende på kommunbefolkningen och personalen?

Inför folkhälsoåret 2008 krävde vi att alla förvaltningar skulle redovisa en plan över vilka åtgärder man avsåg att vidta med tanke på både befolkningen och den egna personalen. Vi fick in förslag på allt från trevande försök hos vissa förvaltningar, där man skrev några rader om insatser, till dem som ville väldigt mycket, som t.ex. skol- och barnomsorgsförvaltningen som satte igång ett projekt med inriktning att gå till Paris. Den här processen underifrån under 2008 följdes upp och lades till grund för arbetet 2009. Nu i september samlas nämnderna för att lägga grunden för arbetet 2010.

Här ska nämnas några exempel från arbetet 2008. Först *fysisk aktivitet*: Skol- och barnomsorgsförvaltningens kampanj att gå till Paris innebar att man utrustade personalen med stegräknare och uppmanade dem till fysisk aktivitet. Vid summering visade det sig att många kom både till Paris och längre. Vad fick det för effekter? Jo personalen var ute och gick och deras barn, anhöriga och kamrater var ute och gick. Det blev alltså bra spridningseffekter. Fortfarande 2009 är det många som är ute och går med stegräknare. Det viktigaste är inte hur långt de går utan att de rör på sig och att de känner att de mår bra. Sammantaget var vi uppe i siffror på mellan 60 och 70 % av personalen som aktiverade sig. Om man tittar på földeffekten så borde vi ha fått samma procentuella genomslag i befolkningen som helhet.

Stimulans till fysisk aktivitet finns också genom *samhällsplaneringsinsatser*. Det finns t.ex. sex sjöar runt Växjö och sex naturreservat. Tekniska förvaltningen har gjort cykelstråk och gångvägar runt en del av dem. Det ger positiva valmöjligheter för människor att gå, cykla eller åka rullstol runt sjöarna. Som komplement till detta finns skridskobanor och skateboardbanor. Insatserna syftar emellertid inte bara att folk ska röra på sig; det är också upplevelsen i sin helhet, känslan för den egna kommunen - den egna bygden - som vi vill skapa. Men tekniska förvaltningen har olika krav på sig. En signal från t.ex. Brottsförebyggande rådet om att belysningen i en park måste förbättras, så att alla kan vistas där när som helst, ska paras med andra krav på förvaltningen; budgetkrav att hålla igen med pengar och miljökrav som säger att man inte ska ha lampor tända i onödan. I den balansen gäller det att få ihop det hela till en helhetssyn

med avvägningar som följd. Vi bedömer summa summarum att vi har nått en jättebra bit på vägen när det gäller att stimulera till fysisk aktivitet och positiva upplevelser.

När det gäller *alkohol och droger* så samarbetar kommunen med landstinget, polisen, länsstyrelsen och Systembolaget, men också med IOGT som har ett otroligt bra ungdomsarbete och är mycket aktiva. De har även bidragit med utbildning av politiker. Vi har även antagit en alkohol- och drogpolicy för idrottsrörelsen. Där ställer vi bl.a. krav på idrottsföreningar att uppfylla vissa krav i sin programverksamhet för att få bidrag. Nu är det inte själva programmen som är det viktigaste utan det är innebörden, inriktningen i det drogpolitiska arbetet i föreningslivet, hur de tillämpar det i sina föreningar som är det viktigaste. Idrottsrörelsen gör för övrigt ett viktigt jobb i skolan. Det pågår för närvarande ett arbete med att inventera vilka alkohol- och drogpreventiva insatser som förekommer i kommunen. Ett förslag till handlingsplan inom området alkohol, narkotika och tobak kommer att presenteras i januari 2010.

För att få underlag för *insatser riktade till personalen* används en medarbetarenkät. Enkäten har gjorts två gånger hittills och visar att sjuktalen har minskat varje år med mer än de 5 procentenheter, vilket är kommunens mål. Den ger också svar på frågor om stress, välbefinnande, inflytande, upplevelse av chefer m.m. och även här har utvecklingen varit positiv generellt sett. Respektive förvaltningschef eller vd har utbildats i folkhälsofrågor och har ett förstahandsansvar att dra slutsatser av enkäten och fundera på vilka åtgärder som ska göras. Även folkhälsorepresentanterna på förvaltningarna har fått utbildning. Kommunchefen, personalchefen, folkhälsosamordnaren och kommunhälsan bistår med hjälp vid behov.

En kommun är i hög grad beroende på vilka som är anställda i kommunen, hur de leder och sköter sitt jobb, men är i lika hög grad beroende av vad befolkningen i sin helhet har för syn på kommunen och hur mycket de är beredda att bidra med. I det avseendet bygger vi väldigt mycket på nätverksbyggande med företag, med föreningsliv, och även nätverksbyggande med människor i allmänhet. I detta ingår att ordna fyra, fem, sex *direktmöten med medborgarna* per år där de får prata om precis vad som helst. Vi åker ut i bostads- och andra områden i och utanför staden och bjuder in alla till möte för att komma och diskutera. Det är ett instrument för nätverksbyggandet, att inte bara gå ut och berätta vad vi gör utan att gå ut och hämta synpunkter på vad vi borde göra, vara beredd att stå därute och ta emot skäll när de tycker att vi har gjort fel eller hyllningar när vi har gjort rätt. Samma typ av nätverksbyggande gäller all den småföretagsamhet som finns i kommunen och det nyföretagande som finns, även i perioder som nu under krisen. Det här är en del i vår filosofi att jobba med ett underifrånperspektiv och bygga på allas delaktighet.

I samma anda försöker vi att förstå och arbeta med *unga människors problem med utbildning och arbete*. Förutsättningarna för ungdomar är inte desamma idag som för 20-30 år sedan. Villkoren är annorlunda, normerna är förändrade. Vi har en större andel än genomsnittet för Sveriges kommuner som klarar grundskola och gymnasieskola, men för det har vi inte slappnat av när det gäller att klagöra problem i skolsystemet som gör att vissa inte klarar det. Det finns flera exempel där t.ex. föräldrar har getts en uppfattning att deras barn kommer att klara årskurs 9, för att sedan i sista stund få information om att det inte blir så. I dessa fall är det inte den enskildes fel utan ett systemfel som kan och måste åtgärdas. Det finns också många lösningar på det om bara föräldrarna engageras tillsammans med den unge och resurser ställs tillförfogande. Unge som har problem i relation till utbildning eller arbete behöver också någon plats att gå till, någon stans att vara, någonting att göra, någonting som betyder något för andra. Om det handlar om två eller åtta timmar om dagen är av underordnad betydelse, men det

behövs platser där ungdomar får utrymme och en möjlighet. Sådana platser har kommunen och fler utvecklas och det betyder mycket för ungdomarnas hälsa.

Det är också viktigt att kommunen arbetar för att *bostadsområdena* är bra och attraktiva och att befolkningens hälsa utvecklas positivt. I Araby-Dalbo, ett prioriterat område där det finns ett utvecklingsavtal med staten, finns ett projekt där vi bygger en aktivitetshall och försöker att stärka centrum m.m. Hela kommunen, alla förvaltningar och bolag, är inblandade i utvecklingen där.

Fråga: Vilka andra aktörer samverkar ni med?

Det finns ett stort kontaktnät av samverkande organisationer i kommunen. Det finns en stor idrottsrörelse, som har nämnts ovan, och en stor körrörelse. Det finns också en stor tredje sektor. De politiska partierna är medborgartillvända och utåtriktade i ganska hög grad. Många av kommunens förtroendevalda har också ett basengagemang i föreningslivet och bidrar till nätverkande mellan kommunen, näringslivet och frivilligorganisationerna.

Kultur- och fritidförvaltningen har mycket kontakt med befolkningen. Verksamheten når alla åldrar. Även om en person är gammal, rullstolsbunden eller går med rullator så är det viktigt att det går att ta sig fram och att det finns bänkar där man vid behov kan vila. Vi som är knutna till Kultur- och fritidsnämnden träffar andra inom Region Södra Småland då och då och dryftar olika frågor. Det är angeläget att Växjö tar ett starkare ansvar för vad som händer i regionen. Till exempel har 15 stycken glasbruk lagts ner i Uppvidinge kommun, med följd att kommunen har regionens högsta utflyttning och att glas idag importeras från Polen. Kring sådana frågor måste vi samverka mer och hitta lösningar. Kultur innebär ju också arbetsmöjligheter, att man kan få hit nya entreprenörer. Konstglasmålning finns t.ex. i Uppvidinge. Vi bör kunna samverka kring marknadsfrågorna. I Region Skåne har man t.ex. lyckats bra med att genom sin marknadsföring lyfta upp hela regionen. Det ger ett exempel för oss att lyssna av varandra och nätverka över gränserna. Det är viktigt att Växjö kommun, som regionens huvudort, medverkar till att sysselsättningsmöjligheterna förbättras även i de andra regionkommunerna. Detta handlar om ett generellt nätverksbyggande, inte specifikt om folkhälsa, men det har stor betydelse för människors hälsa och att minska hälsoskillnader.

Kommunen samverkar även med landstinget. Landstinget ville för två-tre år sedan organisera länets kommuner i folkhälsoråd som kommunerna skulle välja representanter till. Den idén har Växjö kommun aldrig trott på. Kommunens syn är att folkhälsofrågorna har sin bas i kommunerna. Folkhälsan kopplad till sjukvårdsperspektivet, har naturligtvis sin roll i landstinget, men sjukvårdsperspektivet blir fel när det gäller hälsofrämjande arbete.

Vi samverkar gärna mellan kommuner och med landstinget, men inte utifrån någon uppifrånorganisation, för då tror vi att vi missar befolkningen och personalen på basplanet.

Fråga: Vilken insats anser ni är den viktigaste som har vidtagits under det senaste året för att minska den sociala ojämlikheten i hälsa i kommunen?

Organisatoriskt handlar det om att vi har skapat en organisation för folkhälsofrågorna som medger snabb verkställighet utifrån målen. Vi har satt fokus på tre av de elva nationella målområdena, vilket innebär en kraftsamling. Vi lär oss också mer och mer och känner ett självförtroende när det gäller de satsningar vi har gjort.

Vi var erbjudna att delta i en extern utbildningsinsats som Svensk förening för folkhälsoarbete, Sveriges Kommuner och Landsting (SKL) samt Statens folkhälsoinstitut erbjöd. Flera politiker från kommunen medverkade, men fler borde ha tagit del av utbildningen. På samma sätt som vi ökar intresset hos medborgare och personal, så behöver vi även göra det i högre grad hos de förtroendevalda så att de engagerar sig för folkhälsan i allmänhet och särskilt för begreppet jämlik hälsa därför att de förtroendevalda har uppdrag i nämnder och styrelser som är viktiga för folkhälsan, t.ex. förskola och skola, socialtjänst, arbete och välfärd. Att förvaltningscheferna inom dessa verksamheter har fått utbildning är bra. Om vi får chefer, som ofta är stuprörsbetingade när det gäller pengar och budget, att se en koppling mellan folkhälsan och deras egen verklighet, som handlar mycket om pengar, organisation och system, så kommer det att få ett genomslag.

Verksamhetsuppföljning och utvecklingsfrågor

Fråga: Hur sker uppföljning och utvärdering av mål, insatser och processer?

Vi har ett stort antal enkäter med vilka vi följer utvecklingen. I höst kommer data via landstinget från Nationella folkhälsoenkäten, sedan kommer barn- och ungdomsenkäten, en undersökning om barns psykiska hälsa i årskurs 6 och 9 samt en lokal uppföljning av ungdomspolitikerna (LUPP). En ny medborgarenkät har bearbetats och ska presenteras inom kort. Det görs också en hel del uppföljningar på förvaltningsnivå. "Balans i livet" är ett projekt som nu utvärderas. Det finns också personaluppföljningar. Skolan har flera friskvårdsuppföljningar.

Ett problem är att olika uppföljningsverktyg är dåligt synkroniserade. Vi bör synkronisera folkhälsoarbetets uppföljning med annan uppföljning inom förvaltningarna, dvs. uppföljning av allt arbete som görs med fokus på utbildning, sysselsättning etcetera.

Fråga: Vilka idéer diskuteras för närvarande för att förbättra förutsättningarna för en bättre och mer jämlik hälsa i kommunen?

En annan aspekt när det gäller att ha uppföljning som bas för åtgärder är att gå vidare i lagom takt för att kunna behålla underifrånsperspektivet. Människor ska hänga med och känna vilken betydelse insatserna har. Om vi t.ex. tar sjuktalen i kommunen - som har gått ner från 28 dagar 2006 till 21,3 dagar 2008 - så försöker vi att se effekterna av, och tala om för människor, att om vi hjälps åt, om vi gör rätt saker, så löser vi gemensamt problemet med de höga sjuktalen. Det är viktigt att bygga på deras känsla, att de är delaktiga, att de är ansvariga, att de är med och påverkar. Med en annan ingång handlar det om att stimulera kreativiteten. det är nämndernas politiker och förvaltningarnas personal som har de största kontaktytorna inåt och utåt.

Ambitionen är att hela den kommunala apparaten ska engagera sig i folkhälsofrågorna. Alla verksamheter har sedan folkhälsoåret 2008 fått visa planerna på åtgärder. Nu är det aktuellt för varje nämnd och förvaltning att fundera på hur mycket pengar som ska avsättas 2010 och vilka insatser som ska göras med avseende på personalen och kommunmedborgarna.

Utgångspunkten är att människor ska känna sin betydelse, få utlopp för egna initiativ och må bra. Folkhälsofrågorna ska integreras i det kommande mångfaldsprogrammet. Den 15 september fattades beslut att ta fram en strategi för folkhälsoarbetet i Växjö kommun som ska redovisas i november 2009.

Bilaga 5: Nynäshamns kommun

Sammanfattning av intervju 2009-08-25 för DETERMINE-projektet, accepterad 2009-11-24.

Medverkande vid intervjun

Frågeställare från Statens folkhälsoinstitut:

Bernt Lundgren, folkhälsopolitisk expert

Intervjuad i Nynäshamns kommun

Ann-Marie Lidmark, utvecklingsledare för folkhälsofrågor

Hälsa och bestämningsfaktorer för hälsa

Fråga: Vad är din uppfattning om kommunmedborgarnas hälsa och hälsan i olika grupper?

Av Stockholms läns folkhälsorapport 2007 framgår att invånarna i kommunen har en genomsnittligt sämre hälsa än befolkningen i länet. Ohälsotalen är högre liksom psykisk ohälsa och övervikt. Nästan var femte person röker och dödligheten i alkoholrelaterade sjukdomar ligger över läns-genomsnittet. Äldre drabbas i högre grad av rörelseproblem och andra åldersrelaterade krämpor. Av nämnda ohälsoproblem kan övervikt ses som det största problemet. Mer än hälften av befolkningen är överviktig jämfört med 40 procent i länet.

Andelen överviktiga barn ökar också. Från att ha legat kring snittvärdet så ligger andelen nu över snittet i länet. Skolhälsovården rapporterar ökad psykisk ohälsa bland barn och unga, vilket visar sig som självsador, magproblem, huvudvärk och sömnstörningar. Många elever slarvar med frukosten och är trötta och okoncentrerade i skolan. Tandvården uppger att andelen unga med karies ökar.

Kommunen har många lågutbildade och lågavlönade vuxna vilket gör att de socioekonomiska faktorerna är ogynnsamma och sannolikt är det en förklaring till de höga ohälsotalen. Det finns också skillnader mellan olika bostadsområden där områden med hyresfastigheter har sämst hälsa antingen denna gäller självskattad hälsa, övervikt, långvarig sjukdom eller riskfaktorer som rökning, alkoholberusning, fysisk inaktivitet, att befinna sig i ekonomisk kris eller att sakna tillgång till socialt stöd.

När det gäller bestämningsfaktorer för hälsa finns det även en mängd positiva förhållanden. Nynäshamn har väldigt goda resurser. Naturen är nära, många är ute och seglar eller är ute med båt, ute och går eller plockar svamp och bär. När det gäller sociala kontakter är det också väl beställt. Människor känner varandra i hög grad och kommunen är väldigt tät på föreningar.

Mål och handlingsprogram

Fråga: Vilken betydelse har en god och jämlik hälsa i ett kommunalt utvecklingsperspektiv?

En god och jämlik hälsa är mycket viktig. Vi har arbetat mycket med att försöka beräkna kostnaderna för ohälsa och vi har bland annat gjort socioekonomiska bokslut. Ett av boksluten gäller det så kallade mobila skolteamet. Det är en arbetsgrupp på tre personer inom kommunen som går ut och försöker få barn som inte går i skolan att komma tillbaka skolan. Gruppen har kontakt med ett tjugotal barn. Mobila skolteamet gör en

bedömning av de ungas framtidutsikter; vad de håller på med, hur många som kan antas bli narkomaner och hur många som får psykiska besvär och så vidare. Med detta som underlag beräknar kommunens ekonomer - med metoder som har tagits fram av ekonomerna Ingvar Nilsson och Anders Wadeskog - framtida kostnader i form av försörjningsstöd, andra sociala kostnader, förväntad ökad kriminalitet m.m. De skattningar som har gjorts visar att kostnaderna är stora särskilt för kommunen när unga hamnar i utanförskap. Det mobila skolteamets insatser ska därför ses som en investering och även om inte alla elever som deltar i projektet klarar egen försörjning i framtiden kommer kostnadsminskningarna att bli betydande. Enligt kommunens försiktiga beräkningar kommer denna investering att återbetalas inom en 12-årsperiod och när insatsernas kostnader är betalda går projektet med "vinst".

Vi på tjänstemannasidan är överens med politikerna om att man ska driva de ekonomiska frågorna. Vi tror att om det är tydligt att man får valuta för pengarna när man satsar på förebyggande åtgärder, så kommer man att lägga in dessa i sitt ordinarie program. Kan vi å andra sidan inte få fram sådana ekonomiska beräkningar så kommer vi inte att få någon framgång i det här arbetet. Jag gissar därför att det blir mer och mer så att man räknar på det.

Allmänt brukar man också säga att i en kommun med en god hälsa, där arbetar man mer och får in mer skattepengar. Det blir även mindre utgifter för social ohälsa, mindre kostnader i skolan och livet blir mycket lättare för alla parter. Det tjänar man ekonomiskt på.

Fråga: Vad har kommunen för mål och handlingsprogram för en bättre och mer jämlik hälsa när det gäller kommunmedborgarna?

Kommunens mål och handlingsprogram för olika verksamheter inklusive folkhälsosatsningar redovisas årligen i ett fullmäktigedokument som kallas "Mål och budget". Befolkningens hälsa har sedan flera år tillbaka setts som en viktig fråga för kommunens utveckling. I "Mål och budget 2008" anges att Nynäshamn "satsar på framtiden genom ett långsiktigt hälsofrämjande och förebyggande folkhälsoarbete. Vi anser att ett systematiskt, målinriktat och långsiktigt folkhälsoarbete ger en god ekonomi för framtiden".

Nynäshamns kommuns folkhälsosatsning vilar på två ben. Det rör sig dels om en särskild folkhälsosatsning mellan åren 2006 och 2008 samt ett alkohol- och drogpolitiskt program, dels om folkhälsomål inom ramen för Vision 2015. Den särskilda folkhälsosatsningen innehåller sex mål för vad som skall åstadkommas mellan 2006 och 2008, med förlängning t.o.m. 2009.

- En halvering av kostnaderna för barn- och ungdomsplaceringar.
- Antalet aborter per 1000 kvinnor som är högst 19 år skall minska med 30 procent.
- Antalet höftledsfrakturer skall minska med 30 procent.
- Andelen överviktiga och feta vuxna skall minska med 30 procent.
- Andelen överviktiga och feta barn och ungdomar skall minska med 30 procent.
- Inga elever skall röka eller bruka alkohol.

Det alkohol- och drogpolitiska programmet bygger på mål som finns i "Mål och budget" och i ett brottsförebyggande program. Målen är följande:

- Barn och ungdomar ska inte använda tobak eller alkohol under sin uppväxt.
- Nynäshamns kommun ska vara fri från narkotika.

- Föräldrar och andra vuxna ska bli medvetna om sitt ansvar när det gäller attityder till alkohol och droger samt tillgängligheten.

I Vision 2015 återfinns fyra folkhälsomål, som skall vara uppfyllda senast år 2015.

- Kvarnängen skall ha etablerats som ett idrotts- och aktivitetscentrum.
- Kommunen och näringslivet skall i samverkan ha byggt ett badhus i Nynäshamns stad.
- Ohälsotalet skall ha halverats.
- Sjukfrånvaron skall vara lägre än 5 procent såväl inom näringslivet som i offentliga verksamheter.

När det gäller jämlikhetsaspekter har kommunen under tre år, 2006-2009, varit engagerat i ett projekt för jämlik hälsa tillsammans med landstinget. Ett viktigt instrument i arbetet har varit en checklista för jämlik hälsa som ger vägledning. Listan har använts – och används – vid folkhälsosatsningar inom kommunens olika verksamheter. Om en verksamhet får särskilt budgeterade pengar så ska man lägga upp arbetet enligt checklistan. För att få det att fungera, vilket det inte alltid har gjort, behövs mycket utbildning av personal. Särskilt inom socialförvaltningen har man haft mycket utbildning.

Organisation och verksamheter

Fråga: Hur samordnas det kommunövergripanden folkhälsoarbetet när det gäller tjänstemannaorganisation och politikerorganisation?

Formellt beslutar kommunfullmäktige om mål, prioritering av områden och finansiering av folkhälsoarbetet i samband med att den årliga budgeten behandlas. Medel för satsningar på folkhälsa kan därefter sökas av facknämnderna och av kommunens föreningar. Kommunstyrelsen beslutar om fördelning av de särskilt budgeterade medlen för folkhälsa och utövar också formellt den politiska styrningen. Verkställighet sköts av två majoritetspolitiker; barn- och utbildningsnämndens ordförande och socialnämndens ordförande.

På tjänstemannanivå har utvecklingsledaren för folkhälsofrågor en sammanhållande och strategisk funktion för folkhälsoarbetet och för det alkohol- och drogpreventiva arbetet. Utvecklingsledaren ingår i en styrgrupp tillsammans med kommunchefen och samtliga förvaltningschefer med uppdrag att underlätta implementeringen av folkhälsoarbetet och det alkohol- och drogpreventiva arbetet i de olika verksamheterna. I varje förvaltning finns en person som har det övergripande ansvaret för folkhälsa och som också kan vara kommunstyrelseförvaltningens kontakt in i fackförvaltningarna.

I kommunen finns även en folkhälsogrupp med tjänstemän på olika nivåer som arbetar med eller ansvarar för olika folkhälsosatsningar. Genom folkhälsogruppen, som utvecklingsledaren sammankallar ca fyra gånger per år, kan de som arbetar med olika folkhälsoprojekt träffas och utbyta erfarenheter samt ta del av central information.

Fråga: Vilka insatser görs i de olika verksamheterna med inriktning på kommunmedborgarna?

Nynäshamns kommun och många av dess förvaltningar är aktiva i folkhälsoarbetet. Kommunen har under åren 2006–2008 satsat 30 miljoner kronor i särskilda medel för en förbättrad folkhälsa. Satsningarna har bland annat gällt:

- förbättring av tillgängligheten för cykel- och gångtrafikanter,
- satsning på motionsrundor,
- satsning på fysisk aktivitet och hälsofrämjande skolgårdar,

- föräldrautbildningar som dels tar upp psykologiska frågor, dels informerar om hälsofrämjande levnadsvanor,
- erbjudande om sommarjobb till alla ungdomar från 16 år och till gymnasiets årskurs 3 under 2008,
- genomförande av ett alkohol- och drogpolitiskt program inklusive sluta röka-kurser,
- satsning på minskad övervikt bland barn och ungdomar genom bl.a. en kostpolicy och höjd budget för skolluncher,
- kompetensutveckling av äldreomsorgspersonal i kost och hälsa,
- fixartjänst för äldre samt hälsosamtal för att förebygga och upptäcka problem som funktionsnedsättningar, sjukdomar och otrygghet,
- bidrag till föreningar för folkhälsoarbete, bl.a. föreningar som tar ut äldre på promenader och bussutflykter.

Miljö- och samhällsbyggnadsförvaltningen har ansvar för översikts- och detaljplaneringen som innehåller viktiga frågor för folkhälsan, bl.a. förbättring av tillgängligheten för cykel- och gångtrafikanter, cykelparkeringar och satsning på motionsrundor. Andra frågor är att spara tysta områden, behålla rekreationsområden och att planera så att människor har nära till naturområden. Även planering av bostadsområden och sociala mötesplatser ingår. Fokusgrupper används i detaljplaneringen och då sammankallas t.ex. kvinnor, pensionärer eller ungdomar för att tycka till om vilka områden de vill bevara eller som de tycker är viktiga som mötesplatser, lekplatser eller något annat. Genom projektet Säkra skolvägar, som är både en miljö- och en folkhälsosatsning, har elever och föräldrar på olika sätt stimulerats att gå och cykla till skolan istället för att åka bil. Projektet har också satt upp skyltar för avstigningsplatser på olika platser runt skolan, både för att minska trafiken utanför själva skolan och för att eleverna ska få gå en liten bit. Det hela inklusive avstigningsplatserna har lett till färre bilar utanför skolan och något fler cyklar och gångtrafikanter än tidigare.

Barn- och utbildningsförvaltningen ansvarar för barnomsorg och skola och har initierat det s.k. ”SPRING-projektet” som innehåller satsningar på ombyggnad av förskole- och skolgårdar. Enkäter om alkohol- och droganvändning görs regelbundet i skolorna. Alkoholkonsumtionen är hög bland unga, vilket man försöker att motverka bl.a. genom skolans ANT-undervisning. I den ordinarie verksamheten arbetar skolan även med sex- och samlevnadsundervisning. Kommunen har initierat att ge alla flickor, som vill ha det, livmoderhalscancervaccinet Gardasil. Genom att det ges gratis kan det bidra till att utjämna sociala skillnader i hälsa. Utvecklingsledaren för folkhälsofrågor har mycket kontakt med skolsköterskorna som har en mycket viktig roll i skolan. För närvarande rapporterar skolsköterskorna inte till nämnden om sitt arbete men det finns en pågående diskussion om att detta bör ske i form av årliga redovisningar. Några beslut om årsredovisningar har dock inte fattats.

Socialförvaltningen ansvarar för många olika projekt. Ett projekt är att genom det så kallade mobila skolteamet (se ovan) arbeta för att barn och unga som inte går i skolan ska komma tillbaka skolan. Ett annat gäller kommunala bostäder för ungdomar som inte kan bo hemma längre. I dessa finns resurspersoner som de unga kan ha kontakt med och få stöd av. Verksamheten var tänkt att omfatta 16-18 år men även yngre personer som behöver stöd har fått del av den. Ett tredje projekt är att socialförvaltningen har rekryterat många nya familjehem och har satsat på ett utökad resurstöd till familjehemmen. Genom familjehemsplacering kan de unga som inte kan bo hemma få vara kvar i kommunen och få ett bra stöd. Kostnaderna för familjehemmen har utvärderats men inte kvaliteten, än så länge. För unga personer med psykiska funktionsnedsättningar finns det ett projekt med ett café som kallas för Punkten. Där träffas man en gång per vecka och lagar mat tillsammans, gör utflykter och hittar på

andra sociala aktiviteter. Det finns även ett nystartat projekt med inriktning på personer med dubbeldiagnoser.

Försäkringskassan, arbetsförmedlingen och socialförvaltningen har lagts samman. Det är i sig ett nytt och spännande projekt som kan innebära förbättrad samverkan och service till många människor som behöver denna kontakt. Relativt många unga i Nynäshamn kommun går ut gymnasiet med godkända betyg. Tidigare fanns det många jobb i kommunen men nu har arbetslösheten ökat igen.

Fråga: Vilka andra aktörer samverkar ni med?

Nynäshamn har samarbetat med landstinget i projektet jämlikhet i hälsa under tre år, 2006-2009 (se ovan). Landstinget har dock ännu inte redovisat någon slututvärdering av projektet. Kommunen har också ett utbyte med landstinget när det gäller den folkhälsorapport som landstinget gör regelbundet och som omfattar alla kommuner i länet. Ytterligare en samverkan gäller Ösmo familjecentral för föräldrar och förskolebarn, en ungdomsmottagning samt den s.k. MOA-mottagningen för unga i åldern 13-23 år som missbrukar alkohol eller droger. Kommunen har nyligen blivit medlem i landstingets Healthy Cities-nätverk. Samverkan i övrigt med landstinget har minskat sedan sjukvården privatiserades och en tjänst som folkhälsoplanerare inom primärvården har försvunnit.

Kommunen har många föreningar: för dans, ridning, golf, innebandy, friidrott, motion, foto och kampsport. För äldre finns PRO. Röda korset är också aktivt. Det finns därtill över 40 små företag som arbetar med hälsa; massage, hälsoprodukter, gym och vattengymnastik. Kommunen samarbetar mycket med föreningarna. Det finns två projekt som är politiskt initierade. Den ena handlar om att bemanna den fasta motionsrundan i fyra av kommundelarna. Föreningarna får förstärkt föreningsstöd för att engagera medlemmar och medborgare till fysisk aktivitet. Den andra gäller nattvandringar under lördagar. Även för denna aktivitet får medverkande föreningar förstärkt föreningsstöd. Föreningar medverkar också med kompletterande insatser i kommunens äldreomsorg. Röda Korset gör t.ex. bussutflykter med äldre och får ersättning för det av folkhälsomedel. Utöver nämnda politiskt initierade aktiviteter uppmanas föreningar via annonser att söka bidrag till särskilda folkhälsosatsningar. Hjärt- och lungsjukas förening samarbetar t.ex. med kommunen när det gäller "Hälsans stig".

Fråga: Vilken insats anser du är den viktigaste som har vidtagits under det senaste året för att minska den sociala ojämlikheten i hälsa i kommunen?

Den viktigaste insatsen är nog SPRING-projektet där det ingår ombyggnad av förskole- och skolgårdar. Ombyggnaden gör utemiljön mer attraktiv, med ny växtlighet, kullfallna träd som barnen kan hoppa på, skuggade partier under sommaren m.m., vilket stimulerar barnen till att både vara ute och att röra sig mer. I projektet ingår även utbildning av personal och information till föräldrar. En annan viktig insats gäller skolluncherna där en satsning har gjorts på mer fiberrik mat, fet fisk och grönsaker.

Verksamhetsuppföljning och utvecklingsfrågor

Fråga: Hur sker uppföljning och utvärdering av mål, insatser och processer?

Till kommunstyrelsen redovisas årligen vad förvaltningarna har uträttat och i det sammanhanget förs också diskussioner om framtida insatser. Kommunens olika projekt är regelmässigt treåriga och när ett projekt är avslutat görs en utvärdering. Kommunens revisorer har t.ex. granskat 2006 års folkhälsosatsningar och socialförvaltningen ha haft en utomstående utvärderare som har granskat förvaltningens samtliga projekt.

Jämlikhetsprojektet tillsammans med landstinget har inneburit utbildning av förvaltningspersonal i jämlikhet. Vi har ett jämlikhetsverktyg, en checklista för jämlikhet och en processutvärderingsmal som vi vill att projektledarna fyller i. Jämlikhetsverktyget har ännu inte kommit till användning överallt. Koordinatören för jämlikhetsprojektet har hållit kurser om jämlikhetsverktyget och processutvärderingsmallen.

Fråga: Vilka idéer diskuteras för närvarande för att förbättra förutsättningarna för en bättre och mer jämlik hälsa i kommunen?

Kommunen fäster stor vikt vid kopplingen mellan befolkningens hälsa och ekonomisk utveckling. Det är i det perspektivet angeläget att ytterligare utveckla de ekonomiska beräkningarna vad gäller kostnader för ohälsa och vinster av insatser på kort och lång sikt. Ett annat område som är angeläget att arbeta med är ett ledningssystem för folkhälsa i kommunens alla verksamheter. Idag finns det utvecklade ledningssystem för miljö kvalitet m.m., men ingen har hittills utarbetat en modul för folkhälsa. Vi har tidigare sökt pengar från landstinget för att utveckla en sådan modul och har beviljats vissa medel. Dessa har dock inte varit tillräckliga för att bekosta arbetet med att införa ett sådant system.

Perspektivet hälsa och beräkningar av kostnader är viktigt att ha i åtanke hela tiden. Rökning är ett illustrativt exempel. Det är de lågutbildade som röker och de vet att rökningen kostar pengar, att de blir sjuka och att deras barn kanske börjar röka, men ändå fortsätter de att röka. Det gäller alltså att hitta former och prata om det och kanske hitta andra infallsvinklar än vad vi normalt gör. En viktig fråga här är att vi som jobbar med folkhälsofrågor ofta är högutbildade och tillhör medelklassen. Med rökare som inte tillhör medelklassen kanske vi pratar på helt fel sätt. Rökarna är bara ett exempel för det gäller egentligen alla områden där lågutbildade och lågavlönade drabbas av större risker och mer ohälsa än andra. Vi når inte fram! Ju mer vi informerar desto friskare blir medelklassen och överklassen och ju större blir hälsogapet.

En annan fråga som har diskuterats mycket är behovet att samverka med hyresgästföreningen och det kommunala bostadsföretaget i bostadsområdena med hyresrätt där den största ohälsan finns. Via hyresgästföreningen och bostadsföretaget skulle vi lättare kunna nå de som bor där. Den idén bör vidareutvecklas.

Även samverkan mellan de olika förvaltningarna behöver stärkas, framför allt mellan socialförvaltningen och barn- och ungdomsförvaltningen. Det händer alltför ofta att problem med barn och unga uppmärksammas i skolan men att ingen gör något åt det för att det kostar pengar, varpå problemen senare kommer till socialförvaltningen och då innebär ännu högre kostnader. I ytterligare ett senare skede kan problemen kräva engagemang även från andra instanser med högre kostnader som följd. Att arbeta mycket med beräkningar av kostnader är därför ett verktyg för framgång när det gäller att minska ojämlik hälsa. Ohälsa kostar och ojämlikhet i hälsa kostar ändå mer.

Bilaga 6: Botkyrka kommun

Sammanfattning av intervju 2009-09-15 för DETERMINE-projektet, accepterad 2009-12-18.

Medverkande vid intervjun

Frågeställare från Statens folkhälsoinstitut:

Jenny Telander, utredare

Intervjuade i Botkyrka kommun:

Hanna Lind, alkohol- och drogförebyggare

Elisabeth Skoog, folkhälsosamordnare

Hälsan och dess bestämningsfaktorer i kommunen

Fråga: Vad är er uppfattning om kommunmedborgarnas hälsa?

Det har skett en förbättring i hälsoläget, men hälsan är ojämlik när det gäller olika parametrar. På många områden förbättras hälsan mer i Botkyrka än på andra ställen men grundnivån är mycket lägre, dvs. utgångsläget är sämre. Följer man utvecklingen över tid finns det ett mönster som avspeglar hälsoutvecklingen i riket, men där vi ibland blir förvånade, som t.ex. att den psykiska hälsan hade förbättrats mycket mer i Botkyrka än på andra ställen. Fysisk aktivitet bland kvinnor 25-44 år hade också förbättrats mer i vår kommun jämfört med andra kommuner. Däremot hade totalsiffran gått ner – det var de unga männen som drog ner resultatet.

Sveriges Kommuner och Landstings ”Öppna jämförelser 2009” på folkhälsoområdet visar tyvärr endast ett nuläge – så här ser det ut – och där ligger Botkyrka inte särskilt bra till. Det är ju något vi redan känner till – mycket beror ju på de socioekonomiska förhållandena i kommunen, t.ex. när det gäller barn i fattiga familjer (enligt Rädda Barnen). Med hänvisning till den socioekonomiska situationen, ligger vi förhoppningsvis inte allra längst ner när det gäller hälsomarkörerna, utan något bättre. Anmärkning: Vi fick tyvärr inte statistiken på den nivån.

Fråga: Hur är hälsan i olika grupper?

Vår största utmaning i Botkyrka är att minska skillnaderna i hälsa mellan olika grupper. När det gäller den självupplevda hälsan finns det stora skillnader mellan kvinnor och män till exempel, där kvinnor mår sämre. Men för andra indikatorer mår ibland kvinnorna bättre och ibland männen bättre beroende på vilka indikatorer man tittar på. Förutom skillnaden mellan kvinnor och män och flickor och pojkar finns det dessutom skillnader mellan olika ålders- och socioekonomiska grupper och mellan olika kommundelar i Botkyrka.

Sedan vet vi att enligt studier och forskning är hälsan sämre hos personer med funktionsnedsättning. Vi har dock för litet underlag när det gäller den gruppen. Tyvärr finns inte funktionsnedsättning som en fråga i hälsoenkäten heller. Frågor ställs om fysisk framkomlighet, om hörsel och om syn i stället. Eftersom man inte frågar om man har en funktionsnedsättning, och inte en psykisk sådan, har vi ingen direkt statistik om det.

Det finns med andra ord en tydlig ojämlikhet i hälsa mellan olika grupper i Botkyrka och vi har därför i den kommunövergripande folkhälsoplan 2008-2012 fastställt det

övergripande folkhälsomålet: att skapa förutsättningar för god hälsa för alla på lika villkor – oavsett livssituation.

Fråga: Finns det skillnader i hälsa på bostadsområdesnivå?

Bostadsområdena i kommunen är inte särskilt homogena, och det ser olika ut beroende på vilket bostadsområde man tittar på. I Botkyrka finns två ytterligheter. Det finns ett bostadsområde där befolkningen har liknande socioekonomisk status, med lägre inkomst och lägre utbildningsnivå. Sedan har vi ett annat bostadsområde som är väldigt homogent åt andra hållet. Detta område liknar Stockholm i övrigt med högre utbildningsnivå och högre inkomster. I de andra tre områdena finns det, när det gäller upplåtelseformer, en blandning av hyresrätter och bostadsrätter, villor och radhus, som gör att det blir väldigt olika. Därför är det svårt att säga att det finns skillnader i hälsa på bostadsområdesnivå. Däremot om vi tittar på hälsostatus i förhållande till socioekonomiska förhållanden så finns det självklart skillnader. Vi vet att vissa områden ser ut på ett visst sätt och vi följer bestämningsfaktorer såsom inkomstnivå, utbildningsnivå, arbetslöshet m.m. på bostadsområdesnivå.

Fråga: Hur ser kommuninnevanornas tillgång till resurser för god hälsa kontra exponering för risker för ohälsa ut?

I det här sammanhanget pratar man en hel del om det ”sociala arvet” – vilka familjer man kommer ifrån. Betydelsen av det sociala arvet blir tydlig inom skolan. Föräldrarnas bakgrund slår igenom väldigt tydligt på betygen.

I Botkyrka har man arbetat mycket med att stötta upp i områden där det sociala arvet kanske inte är så gynnsamt. Ett bra exempel är gymnasiet i Hallunda där det tidigare inte var vanligt att elever gick vidare till högskolestudier. Detta till trots har de nu störst andel elever i landet som går direkt över till högskolan, dvs. inom ett år. De har motiverat och jobbat väldigt medvetet där för att få eleverna att gå vidare till högre studier oavsett bakgrund. När man tittar på betygen i grundskolan ligger kommunen bättre till, enligt SALSA¹³, än vad vi borde med tanke på elevernas bakgrund.

Ekonomiskt sker också en tilldelning av resurser baserat på områdenas olika behov inom verksamhetsområdena barn och ungdom, förskolor, skolor osv. Förskolor och skolor i områden med låg socioekonomi får mer pengar än de andra, samtidigt som man ser till kommunens situation i sin helhet. I ett område där det är låg socioekonomi till exempel, finns det förskolor där utbildningen bland förskolepersonalen är lägre. Detta har uppmärksammats och nu satsas det hårt för att få upp utbildningsnivån.

Mål och handlingsprogram

Fråga: Vilken betydelse har en god och jämlik folkhälsa i ett kommunalt utvecklingsperspektiv?

Mycket stor betydelse. Det har vi diskuterat mycket – att det verkligen genomsyrar kommunens alla styrdokument, hela folkhälsoperspektivet och tänket. Man kanske inte använder just ordet folkhälsa och skillnader i hälsa, men visst genomsyrar det allt. Insikten finns om att en god och jämlik folkhälsa har samband med en god tillväxt, välfärd och hållbar utveckling i kommunen vilket som sagt avspeglas i styrdokumenterna på olika sätt.

¹³ SALSA är Skolverkets webbtjänst där skolors genomsnittliga meritvärde i Årskurs 9 redovisas justerade för elevunderlagets sociala sammansättning. Se <http://salsa.artisan.se/>

Fråga: Vad har kommunen för mål och handlingsprogram för en bättre och mer jämlik hälsa när det gäller kommunmedborgarna?

Just frågan kring mål, handlingsprogram och organisation är en av de styrkor Botkyrka kunde visa upp som ledde till att kommunen vann SFFF:s (Svensk förening för folkhälsoarbete) pris som årets folkhälsokommun. Det har dock inneburit en lång process att integrera folkhälsoarbetet i alla delar av styrsystemet .

Botkyrka skrev på Ålborgdeklarationen för hållbar utveckling för länge sedan, men inte mycket hände förrän år 2004 då en uppföljningskonferens hölls och man förnyade sina åtaganden i Ålborg +10 deklarationen¹⁴. Eftersom det inte hade hänt så mycket sedan 2000, valde man vid uppföljningen ut tio punkter att fokusera på. För varje punkt fanns fem åtaganden som man skulle arbeta med för uppnå målen i deklarationen. Ur ett bestämningsfaktorperspektiv bidrar alla dessa åtaganden till en bättre och mer jämlik folkhälsa. Det handlar bland annat om ett hälsofrämjande arbetssätt i kommunen, fattigdomsbekämpning, ett hälsosamt arbetsliv och förstås om klimatet.

Kommunen påbörjade en omfattande utredning där det fanns en arbetsgrupp kring varje åtagande. Syftet var att kartlägga alla saker som gjordes inom det här området och utifrån det skulle man presentera hur långt man hade kommit kring varje åtagande. Under de punkter där man ansåg att man hade nått en bit på vägen, togs indikatorer fram – en mjuk och en hård. Övriga punkter slogs sedan ihop och man jobbade vidare med dem för att senare ta fram utmaningar med indikatorer. Hälsofrämjande arbete hamnade till exempel tillsammans med tillväxt och välfärd. Utifrån det omfattande utredningsarbetet, valde man till slut ut sex utmaningar för att vrida samhällsutvecklingen i en hållbar riktning:

- Botkyrkaborna har arbete
- Botkyrkaborna känner sig hemma
- Botkyrka har de bästa skolorna
- Botkyrka bidrar inte till klimatförändringarna
- Botkyrkaborna är friska och mår bra
- Botkyrkaborna har förtroende för varandra och för demokratin

Kartläggningen påbörjades 2005 och pågick i ett år med totalt 50-100 personer inblandade. Sedan arbetades utmaningarna fram och allting föll på plats 2007 i kommunens nya flerårsplan. Det var då det fick sin plats i styrsystemet. Dokumentet ”Ett hållbart Botkyrka” som togs fram då ligger till grund för allt arbete i kommunen och det är politisk enighet kring det.

De sex utmaningarna är på 30 års sikt, så tanken är att de barn som växer upp nu ska få uppleva att Botkyrka kännetecknas av de här sakerna – att de har arbete, att de är friska och mår bra, har en bra hemkänsla och har förtroende för varandra och demokratin och att Botkyrka då ska ha de bästa skolorna.

Vi anser att allt detta bidrar till folkhälsan. Andra kanske tycker att folkhälsa är att vara frisk och må bra, men vi menar att alla kommunens utmaningar bidrar till en förbättrad folkhälsa, även om vi inte använder oss av ordet ”folkhälsa”.

”Ett hållbart Botkyrka”, dokumentet som styr utmaningarna, konkretiseras sedan i flerårsplanernas 18 st mål. Flerårsplanen är rullande under fyra år. Och på nämndnivå finns ettårsplaner. Det finns även strategier och planer, som kan ses som fördjupningar av de 18 målen. Där ligger folkhälsoplanen och andra strategier och planer inom social

¹⁴ Se <http://www.aalborgplus10.dk/default.aspx?m=2&i=338> för mer information.

hållbarhet såsom barnkonventionen och strategier för trygghet, demokrati, jämställdhet, tillgänglighet och interkulturellt förhållningssätt. Tillsammans bildar dessa de olika komponenterna på strukturell nivå.

På verksamhetsnivå finns i Botkyrka hållbarhetscertifieringen. Kommunen är ensam om att certifiera enheter i hållbar utveckling. I certifieringen ingår att man gör en utredning på enheten – varje skola, förskola, samhällsbyggnad osv. Man gör en utredning enligt en checklista där ett helt område handlar om folkhälsan – fast man inte uttalar det direkt. Frågorna handlar om bestämningsfaktorerna för hälsa. Efter utredningen får varje enhet ta fram egna åtaganden/mål i en handlingsplan.

Certifieringen är den röda tråden, från politiken ner på enhetsnivå, och då ingår också att alla får en introduktion till hållbar utveckling. 6000 personer har gått introduktionen och samtliga 170 enheter är certifierade. Det arbetet påbörjades 2004, innan Ålborgarbetet, men nu är det integrerat. Alla har således på ett eller annat sätt fått höra om kommunens folkhälsoarbete.

I Botkyrka har man i sin kommunövergripande folkhälsoplan 2008-2012 fastställt det övergripande folkhälsomålet: att skapa förutsättningar för god hälsa för alla på lika villkor – oavsett livssituation. De prioriterade målområdena som man har valt att fokusera på är:

-
- Delaktighet och inflytande
- Social och ekonomisk trygghet
- Trygga och goda uppväxtvillkor
- Fysisk aktivitet och kostvanor
- Tobak, alkohol, narkotika och spel
- Säkra och sunda miljöer och produkter

Ett av de 18 målen i flerårsplanen avser folkhälsoarbete, men utöver dessa finns det nio till i flerårsplanen som kan anses påverka bestämningsfaktorerna för hälsa. Läser man flerårsplanen blir man lycklig. Folkhälsoarbete genomsyrar verkligen hela planen. Det innebär att man inte enbart kan titta på ett av målen om man ska hitta kommunens folkhälsoarbete.

Flerårsplanerna styrs av den politiska majoriteten. Om man läser inledningen är det väldigt mycket som bidrar till folkhälsa fast de inte nämner ordet folkhälsa. Det finns ett målområde i folkhälsoplanen om ”trygga och goda uppväxtvillkor” liksom att det finns ett mål i flerårsplanen kring ”barn och ungdomar och goda uppväxtvillkor”.

Fråga: Finns det mer detaljerade handlingsprogram inom olika folkhälsoområden?

I flerårsplanen beskrivs målområdet och vad tanken är bakom målet. Utifrån planen gör nämnderna en ettårsplan där de beskriver vad de ska göra åt det här. Till exempel: ett av målen är delaktighet, att kunna påverka. Det är det övergripande målet i kommunens flerårsplan. Sedan har barn- och ungdomsförvaltningen fastställt ett eget mål utifrån sina brukarundersökningar. Dessa mål är rena åtaganden – det här ska de verkligen göra – som de sedan följer upp.

Varje enhet har således sin egen handlingsplan. Dessutom skriver varje geografiskt område (de 5 kommundelarna) en ettårsplan, utifrån sina lokala förutsättningar. De har valt ut några av de gemensamma 18 kommunala målen, plus lagt till några som alkohol

till exempel. Det finns områdesutvecklare i varje kommunal. De har ett möte en gång i månaden där de samlar alla aktörer som finns lokalt i området. De arbetar gemensamt – barn och ungdom, utbildning, arbetsmarknad, polis, föreningar – och tar fram en gemensam plan som spänner tvärssektoriellt över kommunens verksamheter.

Att ta fram mål och åtgärder sker ständigt, utifrån de sex utmaningarna i ”Ett hållbart Botkyrka” som alla bidrar till ökad folkhälsa. Det är kontinuerligt och det är på kommunfullmäktige och kommunstyrelsenivå. Från ”30 år”/Ett hållbart Botkyrka till flerårsplan till ettårsplan på nämndnivå till handlingsplan på varje enhet dvs. folkhälsoarbetet genomsyrar alla verksamheter. Sedan är det till syvende och sist att det bygger på något slags intresse och att man själv ser att man har nytta av detta.

Förutom kommunens folkhälsoplan finns det också policys kring kost och kring alkohol och droger samt alla strategier och planer i ett socialt hållbart Botkyrka till exempel.

Organisation och verksamhet

Fråga: Hur organiseras och samordnas det kommunövergripande folkhälsoarbetet?

Kommunstyrelsen har folkhälsoansvaret.. Kommunstyrelsen har olika beredningar och en av beredningarna är folkhälsokommittén. Att det heter kommitté beror på att landstinget är representerat på politisk nivå, vilket är jättebra. Folkhälsosamordnaren är sekreterare och föredragande i kommittén och socialchefen medverkar också då hon är processansvarig för folkhälsoarbetet. Processansvaret för folkhälsofrågorna, tillsammans med personalansvaret, finns inom socialförvaltningen. Det är socialchefen som är processägare och hon har anställt oss folkhälsosamordnare. Man brukar säga att i kommuner jobbar man ofta i stuprör – barn- och ungdom jobbar i sitt stuprör och de sociala frågorna jobbar i sitt stuprör. Men Botkyrka har mer en matrisorganisation där folkhälsoarbetet går igenom alla förvaltningar och genomsyrar allt arbete.

På tjänstemannanivå hade vi en grupp som kallades för folkhälsogruppen, där vi hade en representant från varje förvaltning. Den gruppen har precis övergått i en ny strategisk grupp med representation från alla förvaltningarna; där är det tänkt att fler närliggande frågor samlas. Förut hade vi flera strategiska grupper för exempelvis jämställdhet, mångfald, tillgänglighet och folkhälsa. Dessa fyra grupper slås nu ihop i en ny strategisk grupp för social hållbarhet. Utöver denna grupp har vi en gemensam operativ grupp för trygghet och folkhälsa.

Dessutom har vi våra fem områdesgrupper där förvaltningscheferna är ordförande. Gruppen ansvarar för tre områden: delaktighet, trygghet och hälsa, utifrån områdets förutsättningar och behov. Där ingår även andra aktörer, såsom polisen, bostadsbolag, studieförbund och föreningslivet. Det är de som har kunskapen om vad som händer och sker lokalt och planerar lokala insatser (i ettårsplanerna).

Verksamhetsplanering

Vi jobbar med tre år samtidigt. Nu tittar vi på omvärldsanalys från 2011 till 2014 – de fyra åren för att förbereda den flerårsplan som ska komma. Då gör man en omvärldsanalys i hela kommunen utifrån de sex utmaningarna för hållbar utveckling. Utöver detta gör vi en djupdykning i folkhälsoområdet – vad som är på gång och som kan påverka kommunen 2011-2014. Vi tittar på alla möjliga metoder från Statens folkhälsoinstitut (FHI), omvärldsfaktorer och andra rapporter om vad som är på gång. Analysen blir utgångspunkten. Länk till Botkyrkas omvärldsanalys; <http://www.botkyrka.se/ekonomi/omvarldsanalys/>

När omvärldsanalys och omvärldsbevakning har skickats ut till alla förvaltningar, ska förvaltningen svara i en Framåtsikt, dvs. en rapport som beskriver vad de måste göra inom sin förvaltning för att möta de förändringar som vi förutspått i omvärldsanalysen 2011 till 2014. Detta gör förvaltningarna mellan december och februari. När alla har lämnat in sina svar i februari görs en "Invärldsanalys" från kommunledningen för att titta på hur beredskapen är i förvaltningarna för att möta behoven. Allt detta, samt vissa medskick, skickas till politikerna som arbetar fram den nya flerårsplanen. Den arbetas fram i april och går ut på remiss till alla förvaltningar innan beslut.

I juni antas planen, så i juni 2010 bestämmer man hur det ska bli 2011 till 2014. När man har Framåtsikten börjar alla förvaltningar att jobba fram sin ettårsplan. Man får justera när flerårsplanen fastställs pga. att man kanske inte fick de resurser man hade tänkt sig, eller att politikerna inte prioriterade det arbetsområdet i tillräckligt stor utsträckning.

Från april i år och fram till september har man arbetat fram sina ettårsplaner och de antas i september för 2010. Länk flerårsplanen;

<http://www.botkyrka.se/ekonomi/flerarsplan2010-2013/>

Sedan gör man ett hållbarhetsbokslut – där har vi gjort en fördjupning, en årsredovisning av folkhälsoarbetet. Länk kommunens bokslut;

<http://www.botkyrka.se/ekonomi/arsredovisning/>

Länk Folkhälsoarbete Årsredovisning; <http://www.botkyrka.se/folkhalsa/3367.html>

Fråga: Vilka insatser görs i de olika verksamheterna med inriktning på kommunmedborgarnas hälsa?

De flesta insatserna ingår i ordinarie verksamhet. De enda insatser som skett som projekt är exempelvis kopplade till att kommunen tilldelats externa pengar och gör ett projekt av det. Däremot jobbar vi projektbaserat inom en massa andra områden innan det integreras i ordinarie verksamhet, som till exempel provköpen. Dessutom finns folkhälsoplanen som pekar ut särskilt viktiga inriktningar under respektive målområde.

Delaktighet och inflytande jobbar alla med mer eller mindre. Om man tar trygga och säkra uppväxtvillkor, så är förvaltningarna för kultur och fritid, barn och ungdom, utbildning och arbetsmarknad mer involverade än någon annan förvaltning. Det beror på vad det är för målområde. Det positiva är att arbetet sker tvärsektoriellt i till exempel strategigruppen, den operativa gruppen för folkhälsa och trygghet samt områdesgrupperna där alla förvaltningar är involverade. (Se gärna årsredovisningen.)

Fråga: Vilka andra aktörer samverkar ni med?

För att nå effekt av folkhälsoarbetet är det viktigt att arbeta långsiktigt, systematiskt och tvärsektoriellt. Därför är samverkan oerhört betydelsefull. Det finns samarbeten med en rad viktiga externa aktörer såsom polis, föreningar och organisationer. Också landstinget är en viktig samarbetspartner där formerna för samverkan har varierat under de senaste åren. I dagsläget har vi ingen direkt koppling till beställarsidan, men vi arbetar på så sätt att vi försöker utveckla samarbeten när något dyker upp. Till exempel har vi nu ett nära samarbete med Karolinska Institutet (KI) som utvärderar det hälsofrämjande arbetet, och vi har ett jättebra samarbete med vårdcentralerna när det gäller planeringen inför influensavaccination.

Frivilligorganisationer och idrottsföreningar, till exempel, är också mycket viktiga samarbetspartner i folkhälsoarbetet då de möter en stor del av kommunens invånare. Det

finns riktlinjer för att de ska få föreningsbidrag och vi har exempelvis samarbetat med idrottsföreningarna, främst på ledarsidan, när det gäller alkohol- och drogpolicys. Vi har haft utbildningar av ledare kring de här frågorna, via kultur- och fritidsförvaltningen som har hand om föreningsbidragen (våra fritidsgårdar är föreningsdrivna). Vi diskuterar då med dem om hur vi kan förbättra vårt samarbete, tillsammans med polisen och socialförvaltningen och alla aktörer kring barn och unga. Vi arbetar ofta så att vi samlar flera aktörer, ofta via folkhälsogruppen och områdesgrupperna, dvs. befintliga nätverk.

Fråga: Vilken insats anser ni är den viktigaste som vidtagits under det senaste året för att minska sociala ojämlikheter i hälsa i kommunen?

Det är så mycket, men främst handlar det om de mål som vi lyfte fram i vår ansökan till SFFF om årets folkhälsokommun, som arbetet med lika rättigheter. Egentligen handlar det om ledningsfrågorna och att få ut folkhälsotänket i alla verksamheter inklusive kunskapen om ojämlikheterna. Detta är ett utvecklingsområde för oss, där vi efterlyser stöd och verktyg.

Verksamhetsuppföljning och utvecklingsfrågor

Fråga: Hur sker uppföljning och utvärdering av mål, insatser och processer?

Allt sker via ordinarie styrsystem: flerårsplanen och hållbarhetsboks slutet. I kommunens bokslut "Ett hållbart Botkyrka" finns det ett kapitel om folkhälsa utifrån utmaningarna. Det finns också ett kapitel om vad som görs övergripande när det gäller folkhälsa och en redovisning för varje förvaltningsdel som vi sammanställer för folkhälsokommitténs räkning och folkhälsogruppen.

Länk Ett hållbart Botkyrka: <http://www.botkyrka.se/omkommunen/hallbarutveckling/>

När det gäller uppföljning av folkhälsoarbetet kan vi förstås inte alltid veta vilka specifika aktiviteter som påverkat siffrorna positivt eller negativt inom folkhälsoområdet. Därför har vi även använt oss av fler indikatorer än vad man använder på kommunnivå.

Varje år sedan 2006 har det gjorts en djupdykning när det gäller planering och uppföljning av folkhälsoarbetet. Allt som görs inom folkhälsoarbetet redovisas nämligen inte i förvaltningarnas årsredovisningar utan det kan istället finnas med i enheternas verksamhetsberättelser/årsredovisningar. Vi vill lyfta upp det som vi tycker är viktigast och vi granskar alla årsredovisningar för att få en samlad kunskap om folkhälsoarbetet. Vi vet att varje enhet gör mycket mer som inte syns i årsredovisningen. Från 2009 eller 2010 kanske det blir en sammanställning för hela dimensionen social hållbarhet dvs. inte bara folkhälsa.

En annan idé var att sammanställa en folkhälsorapport efter förra hälsoenkäten från landstinget till en lokal skriftlig rapport, men vi hann aldrig sammanställa det. Istället analyserade vi siffrorna och använde det som underlag för insatser och projekt. Däremot har vi gjort andra rapporter; vi har t.ex. en rapport om alkohol- och drogutvecklingen som följer den utvecklingen inklusive metoder och insatser som genomförs. De projekt som genomförs följs dessutom alltid upp och utvärderas enligt Botkyrkas egen projektmodell. Men vi har hitintills inte sammanställt uppföljning och utvärdering av alla mål, insatser och processer i en rapport för att få en helhetsbild.

När det gäller uppföljning av konkreta insatser har vi samarbete med forskning och utveckling inom socialtjänstens olika delar. FOU Södertörn gör uppföljning och utvärderingar. Botkyrka ingår i ett team i hela Södertörn med tio kommuner och har en egen forskningsdel, alltså uppföljningar, inte regelrätta utvärderingar. Men det området

är en utmaning där vi skulle kunna förbättra oss. Det vi har gjort hittills är att ibland ha praktikanter från KI som gör uppföljningar åt oss av olika projekt eller insatser.

Samtidigt när det gäller uppföljning är det alltid svårt att veta vad saker och ting beror på, som t.ex. trygga och goda uppväxtvillkor. I en undersökning står det att 72 % av föräldrar till barn 1-5 år anser att Botkyrka är en bra kommun att växa upp i, men det är stor variation mellan olika geografiska områden. Vad är orsaken till att de tycker att Botkyrka är en bra eller dålig kommun? Beror det på skolan eller på fritiden, eller beror det på att de inte fick barnomsorg där de ville, eller beror det på dåliga affärer? Det vet vi inte. Uppföljning och utvärdering närmare själva insatserna är ett av våra utvecklingsområden.

Fråga: Vilka idéer diskuteras för närvarande för att förbättra förutsättningarna för en bättre och mer jämlik hälsa i kommunen?

Det pratas om flera saker. Ett fokusområde är att öka förutsättningarna för goda levnadsvanor, och att göra en kraftsamling kring fyra av de 18 målen i kommunen: barns uppväxtvillkor, lika rättigheter och möjligheter, delaktighet samt kreativ och effektiv verksamhet, för flerårsplanperioden 2010-2013. Man kanske kan tycka att det är synd att inte folkhälsomålet kom med: "Botkyrkaborna mår bra och har en god hälsa". Men vi är inte ledsna för det. De mål man har valt ut är verkligen centrala för en god utveckling på folkhälsområdet.

Vi har också planerat en politikerutbildning: "Politikernas roll inom folkhälsoarbetet". Det är i samarbete med SFFF, men det är en särskild utbildning för vår kommun, eftersom vi ville rikta den enbart mot våra politiker. Vi ville att det skulle bli bra dialoger kring arbetet just här i Botkyrka.

När det gäller utvecklingsfrågor i övrigt är det mycket fokus på uppföljning och indikatorer. Där håller vi på med en sammanställning av alla typer av enkäter som görs i kommunen, så att vi ska försöka utnyttja dem på ett bättre sätt, framför allt över förvaltningsgränser. Det avser både externa enkäter som t.ex. de från FHI, Landstinget och andra aktörer samt interna enkäter som t.ex. alla brukarenkäter. Det finns oerhört mycket kunskap och information. Att försöka sammanställa det och få ihop det på något sätt, det är spännande.

Vår egen plan för nästa år handlar mycket om att fördjupa det som redan pågår och försöka få spridning på det. Ett konkret exempel i verksamheten skulle vara skolornas likabehandlingsplaner. Skolinspektören har lyft likabehandlingsplanerna på skolorna och kommunen håller på med ett utvecklingsarbete kring dessa. I stort kan man säga att olika skolor har kommit olika långt. En del planer är riktigt bra och det gäller att få spridning på dem. Vi eller någon annan från Social hållbarhet är ofta med på ett hörn, eller som bollplank.

Det handlar inte om att skapa nytt hela tiden, utan det som fungerar bra ska utvecklas vidare och spridas till fler aktörer. Vi kan inte tala om för förvaltningarna vilka metoder de ska använda sig av bara för att de är evidensbaserade, men vi kan uppmuntra användningen av vissa metoder, om dessa anses mer effektiva än andra. Dessa lyfter vi också upp i nyhetsbladet Folkhälsonytt. Användningen av kunskapsbaserade metoder, där de finns, är ett område som också skulle kunna förstärkas. Ett exempel är den nya manualen, eller verktygslådan, för fysisk aktivitet. Den skulle vi försöka att använda oss av i områdesarbetet samt i samband med planeringen.

Bland alla idéer som finns, diskuterar vi även valet mellan generella insatser och riktade insatser, alternativt båda två, för att jämna ut skillnader i hälsa. Även här efterlyser vi stöd och verktyg för detta.

Ibland kan det också vara ganska bra att låta processen ta sin tid, att börja med de som verkligen insett att man har behov, där det finns ett engagemang. Man börjar där och sen sprider det sig. Då äger man frågan, istället för att det kommer uppifrån.

Vi är ofta ute och pratar om hur hälsan ser ut t.ex. bland unga. Då använder vi oss bl.a. av ungdomsenkäten. Eftersom folkhälsoarbetet inte är det huvudsakliga uppdraget för våra kollegor ute i verksamheterna, ser vi som vårt uppdrag att få förståelse för folkhälsoarbetet så att de kan engagera sig och vara delaktiga i det. Det är en stor och betydelsefull del av arbetet: att få förvaltningar att inse att folkhälsoarbetet kan vara ett medel för att uppnå respektive förvaltnings eller enhets egna mål.

Bilaga 7: Örebro kommun

Sammanfattning av intervju 2009-09-15 för DETERMINE-projektet, accepterad 2009-12-15.

Medverkande vid intervjun

Frågeställare från Statens folkhälsoinstitut:

Jenny Telander, utredare

Intervjuad i Örebro kommun:

Eva Järliden, folkhälsoplanerare

Hälsan och dess bestämningsfaktorer i kommunen

Fråga: Vad är din uppfattning om kommunmedborgarnas hälsa?

1995 när Örebro kommun tog beslut om att kartlägga och beskriva folkhälsan i kommunen var uppfattningen att Örebro var en kommun som liknade Sverige som helhet, med en relativt god folkhälsa som också utvecklades positivt. Resultatet av kartläggningen blev en bild som såg något annorlunda ut. Även om folkhälsan förbättras så är det stora skillnader i såväl hälsa som förutsättningar för goda val mellan olika grupper i Örebro kommun. Den ojämlika hälsoutvecklingen är det främsta argumentet för varför folkhälsoarbetet är så viktigt i vår kommun.

Fråga: Vilka mått används för att mäta folkhälsan i kommunen?

I kommunen mäts det som bestämmer folkhälsan. Vi har länge använt oss av de bestämningsfaktorer och indikatorer som används för att följa det nationella folkhälsoarbetet. I kommunens årliga redovisning beskrivs dock inte hälsoutfallet. Det kan vi följa genom landstingets hälsorapporter. Men det är ändå hälsoutfallet som utgör grunden till varför vi ska jobba med folkhälsofrågorna.

Kommunens första folkhälsobokslut skrevs 1995. Där beskrevs medborgarnas livsvillkor, levnadsvanor och hälsa. En jämförelse gjordes med storleksmässigt liknande kommuner och mellan bostadsområden i vår egen kommun. De mått vi använder idag beskriver i huvudsak befolkningens förutsättningar – förvärvsfrekvensen, ekonomin, utbildning, barnfattigdomen, jämställdheten, delaktighet, osv. – till en god hälsa och ett gott liv.

Landstingets rapportering om folksjukdomar och den faktiska hälsoutvecklingen är viktiga kunskaper i folkhälsoarbetet. Men hälsomått som andel hjärtinfarkter, lungcancer används inte självklart när folkhälsa diskuteras i kommunen. Ibland funderar man på varför politikerna aldrig frågar efter det. Det har blivit en slagsida mot bestämningsfaktorerna. Kanske borde sjukdomsbilden föras in i diskussionen. Sjukdomsutfallet är basen för varför man jobbar med det man gör, det vill säga att vi utgår från att vi har en negativ hälsoutveckling samt att hälsan utvecklas ojämlikt relaterat till kön, ålder och livsvillkor.

Fråga: Hur är hälsan i olika grupper?

Boksluten beskriver att det finns tydliga skillnader. Vi beskriver kvinnor, män och barn och olika åldrar. Men vi beskriver även bostadsområden; det är ett illustrativt sätt att visa utvecklingen av vår kommun över tiden. Vi har genomgående valt att presentera de fem bästa och de fem sämsta förhållandena i Örebro, och det har varit ett bra sätt att visa på skillnaderna.

Redovisningen har sedan varit utgångsläget när vi har jobbat med folkhälsofrågorna – en beskrivning av ett område och befolkningen i området och argument för satsningar utifrån det. Till exempel har vi nu uppdraget att beskriva västra delen av Örebro kommun. Där finns 19 befolkningsmässigt jämförbara geografiska områden där önskemålet är att beskriva och jämföra livsvillkor, levnadsvanor och hälsa. Underlaget ska användas i en politisk diskussion för utveckling av de västra stadsdelarna.

Fråga: Är det stora skillnader på grund av segregation?

Ja, det är en stor socioekonomisk segregation i vår kommun, vilket det säkert är i många andra kommuner också. Örebro är en kommun där den etniska segregationen har ökat mer jämfört med andra kommuner. Om den etniska segregationen är identisk med den socioekonomiska segregationen, ger det ytterligare stöd för ett folkhälsoarbete som försöker minska denna segregation. Det är en tydlig ansats för att försöka komma åt den ojämlika hälsan i vår kommun.

När det gäller arbetslösheten är situationen densamma. När den sjunker i kommunen som helhet kan den samtidigt öka i vissa geografiska områden. Det innebär att stora hinder för hälsa och livskvalitet finns kvar, och de förstärks i och med att ojämlikheten ökar. Hälsan i kommunen som helhet blir bara bättre, men den är inte jämlik. Utvecklingen går inte åt rätt håll.

Mål och handlingsprogram**Fråga: Vilken betydelse har en god och jämlik folkhälsa i ett kommunalt utvecklingsperspektiv?**

Folkhälsoarbetet påbörjades under en socialdemokratisk ledning och huvudargumentet var att folkhälsan var en resurs för utvecklingen av kommunen och att det var väldigt viktigt att utjämna hälsoskillnaderna. Honnörordet i det folkhälsopolitiska programmet var jämlik hälsa och hälsa på lika villkor.

I dag styrs vi nationellt av en borgerlig allians och de använder sig inte av samma terminologi i sin argumentation. Maria Larssons, landets folkhälsominister, argument t.ex. är mer livsstilsrelaterade, vilket även spiller ner i en kommun och påverkar hur man ser på folkhälsan. Det blev maktskifte i Örebro också, vilket innebar revidering av kommunens styrdokument. I dessa är fokus ”medborgaren i centrum” vilket i sin tur betyder att individens perspektiv och önskemål kommer i första hand. Oavsett politisk tillhörighet, har alla förhoppningsvis en god vilja och önskan att förbättra samhället.

Ett folkhälsopolitiskt program för vår kommun skrivet idag skulle inte ha samma politiska grundvärderingar. Det hade förmodligen haft mer inslag av livsstil och levnadsvanor, mera individfokus – vilket man kan se i kommunens nya styrdokument.

Honnörsorden idag är: medborgaren i centrum, barns rättigheter, integration, jämställdhet, samt hållbar utveckling. Det finns inslag av att arbeta för ökad jämlikhet, men det är ingen fokus. Däremot är det möjligt – och säkert också önskvärt - att använda den nya terminologin för att argumentera för ett fortsatt arbete med hälsa på lika villkor.

Fråga: Vad har kommunen för mål och handlingsprogram för en bättre och mer jämlik hälsa när det gäller kommunmedborgarna?

Det folkhälsopolitiska program som togs fram år 2000 ligger kvar. Ungefär samtidigt togs också program för demokrati och integration.

Programmet för folkhälsa har en inriktning som ska bidra till att utjämna hälsoskillnader genom åtgärder som förbättrar människors livsvillkor och livsmiljö. Den fastslår bland annat att alla människor ska ges likvärdiga förutsättningar till goda val för hälsa och livskvalitet. Programmet har tre övergripande målområden:

- Jämlikhet i hälsa
- Goda uppväxtvillkor för barn och ungdomar
- Trygg och säker livsmiljö för alla

Alla strategidokument som togs fram då finns kvar, som styrdokument. Men sedan maktskiftet beslutas det årligen om en övergripande strategi och budget (ÖSB). Det är kommunfullmäktiges politiska vilja för styrning och ledning i Örebro kommun. Det övergripande styrdokumentet har honnörsorden: medborgaren i centrum, barns rättigheter, integration, jämställdhet, mångfald, samt hållbar utveckling.

Fråga: Hur har den nationella folkhälsopolitiken påverkat kommunens folkhälsoarbete?

Örebro var tidigt ute med att synliggöra sin folkhälsopolitik. Därmed gick utvecklingen parallellt med den nationella folkhälsopolitiken från 1995 och framåt. Vi hade möjlighet att delta i utvecklingen av den nationella folkhälsopolitiken och också diskutera på vilket sätt förslagen till nationella mål skulle omsättas lokalt. Alla de elva nationella målområdena finns inte med i kommunens folkhälsopolitik. Men i den fyraåriga överenskommelsen för lokalt folkhälsoarbete med Örebro läns landsting förstärks samarbetet kring de elva målområdena. Våra handlingsplaner exkluderar vissa målområden och fokuserar på andra.

Fråga: Inom vilka områden har ni handlingsplaner?

Vi har f.n. tre aktuella handlingsplaner. En handlar om jämlikhetsperspektivet, och utgår från de tre första nationella målområdena. De två andra är inriktade på barn- och ungdomars förutsättningar till fysisk aktivitet och goda matvanor. Handlingsplanerna är ett sätt att strukturera upp arbetet och synliggöra behovet av samarbete, inte några politiska dokument.

Vi har en politisk strategigrupp för folkhälsa. Där presenteras och diskuteras tjänstemännens förslag till aktiviteter och handlingsplaner, men, som sagt, de leder inte nödvändigtvis till ett politiskt beslut.

Fråga: Finns det kopplingar till andra handlingsplaner som kommun har antagit?

Den tydligaste kopplingen är mellan de politiska programmen, dvs. folkhälsa-demokrati-jämställdhet-integration. Det är där vi hittar nödvändigheten att samverka mellan olika verksamheter. De få handlingsplaner som finns är nära kopplade till varandra. Det är ett krav.

Organisation och verksamhet**Fråga: Hur samordnas det kommunövergripande folkhälsoarbetet?**

Vi har en ny organisation där folkhälsostrategen sitter tillsammans med strategerna för integration, demokrati, jämställdhet och specifika drog- och brottsförebyggande frågor. Vi är en enhet under kommunledningskontoret, där vårt uppdrag är att arbeta integrerat och sektorövergripande.

Vår enhet arbetar på uppdrag av kommunstyrelsen och inriktningen utgår från den övergripande strategin och budgeten som nämndes ovan. Det är vårt gemensamma styrdokument. För det politiska samarbetet finns strategigrupper för varje område: en strategigrupp för integration, en för demokrati och det civila samhället, (för barns rättigheter finns det ingen för närvarande), en för folkhälsa en för jämställdhet samt en för klimat- och miljöfrågor. Kommunalråd – en från majoriteten och två från oppositionen finns med. Det huvudsakliga syftet med strategigrupperna är kunskapspåfyllnad inom det specifika området. Som sekreterare i strategigruppen för folkhälsa har man möjlighet att förankra idéer och kunskaper. Folkhälsofrågor som diskuteras förs vidare i de politiska grupperingarna och leder förhoppningsvis till en kunskaps- och prioriteringsdiskussion i kommunstyrelsen.

Varje programnämnd har (kommunen har både programnämnder och driftsnämnder) ett uttalat ansvar att integrera folkhälsofrågor i sin verksamhet. Av styrdokumentet framgår vad varje programnämnd ska redovisa i sin årsredovisning. All verksamhet i kommunen redovisas utifrån begreppen: jämställdhet, barns rättigheter, integration, demokrati, osv. Det är ett sätt att skapa ett integrerat och sektorsövergripande synsätt.

Jag tycker att vi har en bra modell för folkhälsoarbetet. Allt som görs inom kommunen ska genomsyras av jämställdhet, integration. Det kan säkert förekomma målkonflikter, men vi jobbar på flera sätt med att förhindra dem. Tillsammans med den fysiska planeringen arbetar vi med att ta fram en modell för konsekvensbedömning av förslag och beslut där inte bara ekologiska konsekvenser beaktas, utan också ekonomiska och sociala konsekvenser för hållbar utveckling.

I årets uppföljning ska alla redovisa sitt arbete utifrån perspektiven i ÖSB:n. Vi ska analysera vad man har redovisat ute i verksamheterna och vilken bäring det har på hur man har planerat att förbättra vår kommun. Det handlar inte om att arrangera olika folkhälsoaktiviteter, utan det handlar om att alla rustar sin verksamhet i den riktningen.

Fråga: Vilka insatser görs i de olika verksamheterna med inriktning på kommunmedborgarnas hälsa?

Initialt prioriterade vi sju stora bostadsområden för vårt folkhälsoarbete, och man kan säga att det är vårt fokus fortfarande, vilket inte är så konstigt. I och med segregationen är det där vi har de största socioekonomiska skillnaderna.

Folkhälsoarbetet prioriteras främst utifrån att vi har sett att vissa områden har sämre förhållanden, men vi jobbar även generellt, med barn till exempel, eller olika grupper som kvinnor, män, och äldre. Ingången för vårt folkhälsoarbete har dock alltid varit de geografiska skillnaderna. När vi tog fram det första bokslutet, resulterade det i skrivningar som prioriterade olika former av insatser i de sju områdena – förstärkning av skolhälsovården till exempel. Det handlade om insatser från högt till lågt: gratis lokaler till de som ordnade aktiviteter där, resurser för att främja barn, osv.

Från början fanns det sju processledare i de prioriterade bostadsområdena. Jag tror att de bara är fyra nu som jobbar med mobilisering i bostadsområden kring de här frågorna. Därifrån kom nyligen en idé om att skapa ett centrum för folkhälsoaktiviteter.

Fråga: Vilka konkreta insatser genomförs?

Det är en definitionsfråga. Det beror på hur man ser på folkhälsa. Dels har vi olika instrument för att se hur man kan beakta folkhälsofrågorna på olika sätt, om man ska lägga ner en skola, eller om man ska bygga en väg till exempel. Men sedan jobbar vi också specifikt. Vi har en folkhälsoopedagog som jobbar särskilt med barn och unga mot skolor och familjecentraler, oavsett område. Vi har också två hälsoutvecklare, en som jobbar med föräldrastöd tillsammans med programområdet barn och utbildning, och vi har en hälsoutvecklare som särskilt jobbar med det bostadsrelaterade folkhälsoarbetet och ska nu börja arbeta med äldres hälsa.

Vi arbetar dock inte särskilt mycket i projekt, utan vi jobbar mer med hela organisationen. Vi jobbar med de frågor som omfattar hela den kommunala verksamheten. Detta förstärker vi med personella resurser. Hälsoutvecklaren som arbetar med föräldrastöd, till exempel, jobbar med att stärka lärare och med skolhälsovårdens personal. Att bygga upp ett folkhälsocenter blir som ett slags pilotprojekt, men annars jobbar vi inte riktigt med projekt på det viset.

Fråga: Vilka andra aktörer samverkar ni med?

På vissa områden genereras en aktivitet som exempelvis hälsoutvecklaren i kommunen ansvarar för. Men för det mesta går arbetet ut på att implementera och stimulera till initiativ som ska genomföras tillsammans med andra eller av en annan part. Örebro läns idrottsförbund och primärvården är viktiga samverkansparter när det gäller insatser för fysisk aktivitet och goda matvanor. Vi samverkar brett och med många olika aktörer. Nu ska det precis påbörjas ett arbete kring maten i förskolan, och med främjande arbete på våra familjecentraler. Det är en kostexpert på samhällsmedicin, en representant från idrottsförbundet tillsammans med hälsoutvecklaren och en person från kommunen som ansvarar för det arbetet.

Örebro kommun har ett särskilt avtal med Örebro läns landsting vilket ger möjlighet att finansiera delar av resurser för hälsopedagog och hälsoutvecklare samt ger möjlighet att få stöd till olika initiativ i bostadsområdena. Det ger dels goda möjligheter till folkhälsosatsningar, dels innebär det ett nära samarbete med landstingets samhällsmedicinska enhet. Vi har återkommande träffar där vi diskuterar olika frågor och vi återrappporterar också till dem. Liknande avtal finns i alla kommuner i länet. I

stället för att ha en hälsoutvecklare på landstinget stödjer landstinget en sådan funktion i varje kommun.

Länets folkhälsostateger träffas regelbundet och diskuterar olika samarbeten. Konkreta samarbeten har givetvis också hälsoutvecklarna, t.ex. när de jobbar tillsammans kring hälsofrämjande skola och även kring drogprevention, och nu senast i arbetet med föräldrastöd.

Fråga: Vilken insats anser du är den viktigaste som vidtagits under det senaste året för att minska sociala ojämlikheter i hälsa i kommunen?

De viktigaste insatserna är inte folkhälsoprojekt utan processer. Det vi gör i bostadsområdena för att ge folk förutsättningar för att bli mer delaktiga och finnas med i olika sammanhang, är väldigt viktigt. Vi har områdesgrupper och områdesforum samt processledare som ger stöd. Processledarna utvecklar samarbetet med samhällsplaneringen. När vi gör en översiktsplan, till exempel, är man som boende delaktig i den processen.

Arbetet med att utveckla familjecentralerna är viktigt, trots att det tar lite tid och att det finns lite olika uppfattningar om värdet av dem. Ambitionen som folkhälsopedagogen har är att utveckla det främjande perspektivet. Det brottsförebyggande arbetet är också viktigt, vilket jag tror även politiskt sett är oerhört angeläget. Men det finns många olika nivåer på folkhälsoarbetet. Min egen ambition är att jobba med strukturen och med styrdokumentet och bevaka frågan lite extra för att kunna bidra till ett positivt utfall.

Jag vet att utbildning och sysselsättning skulle lösa mycket, så det vore roligt om de som jobbar med arbetsmarknadsfrågor och de som jobbar med utbildningsfrågor hade ett hälsotänk, dvs. hade folkhälsa som en drivkraft för sitt arbete. Men jag upplever att man inte riktigt pratar på det viset inom de områdena. Som folkhälsostateg rör jag heller inte på det direkt. Jag har bara möjlighet att påverka det som ligger lite under det strukturella – till exempel att rusta individen att delta i arbetet med att ge synpunkter på den lokala bostadspolitiken. Det handlar om förutsättningarna för att kunna ta till sig utbildning och bli sysselsatt. Det tycker jag är viktigt. Det är det jag rör på som folkhälsostateg. Även om jag deltar i diskussionerna, har jag svårt att påverka sysselsättningspolitiken och utbildningspolitiken.

Verksamhetsuppföljning och utvecklingsfrågor

Fråga: Hur sker uppföljning och utvärdering av mål, insatser och processer?

Det sker genom välfärdsboksluten. Statistik har samlats och presenterats utifrån en ambition om jämlikhet och hur den påverkas, samt hur detta är relaterat till folkhälsa. Uppföljningen är en del av kommunens årsredovisning och budgetuppföljning. Ambitionen är att bli ännu bättre och arbeta mer med analys, vilket vi tidigare inte har gjort. Vi har huvudsakligen presenterat fakta och i någon mån diskuterat olika samband mellan livsvillkor och hälsoutfall. Men kommunledningen önskar nu att analysen ska förbättras.

Fråga: Vilka idéer diskuteras för närvarande för att förbättra förutsättningarna för en bättre och mer jämlik hälsa i kommunen?

Frågan om äldres hälsa har blivit aktuell. Vi har öppnat upp för att vi ska vara en resurs för äldre frågan och hälsoutvecklaren har påbörjat en diskussion med programområde social välfärd för att hitta en bra strategi för äldre frågorna.

Fråga: Saknas det något för att förverkliga nya idéer, insatser?

Ekonomiska resurser tycker jag aldrig saknas. Det är inte där problemet ligger. Det är snarare att det fattas kunskap och organisation. Om fokus läggs enbart på kärnverksamhet riskerar vi att tappa folkhälsofrågorna. Idag finns en tydlighet med att de här frågorna ska genomsyra all verksamhet och därmed är det organisatoriskt sett mycket gynnsamt. Det gäller att förvalta det.

Kunskap behöver alltid fyllas på, vilket vi gör. I fem år har vi haft ”Folkhälsoarbete i kommunen”, en utbildning tillsammans med universitetet och Statens folkhälsoinstitut, för tjänstemän och politiker, oavsett profession, för att de under ett år ska skaffa sig kunskap om folkhälsoarbetet. Där får man även tänka på hur kunskap implementeras.

Som strateg anser jag också att det handlar om förståelse. Oavsett område krävs det mycket förståelse för vad som kan ha bäring på hälsan. Där tror jag även att det kan finnas ett glapp - en förväntan som inte är realistisk. Man måste kunna läsa in vilka faktorer som leder framåt. Det är inte lätt att hitta de faktorer som leder framåt när det gäller folkhälsa i en organisation. Sedan finns det alltid en risk att man halkar snett i sina förklaringsmodeller och hävdar till exempel att det finns alldeles för få möjligheter för grupper som är fysiskt inaktiva att utöva fysisk aktivitet, när den egentliga orsaken till att människor är fysiskt inaktiva handlar om något helt annat.

De största hindren i arbetet med att jämna ut hälsoskillnaderna är trots allt de samhällsekonomiska, där det allra största hindret är en hög arbetslöshet. Och vad bidrar folkhälsoarbetet med? Det skulle vara att göra situationen något mer acceptabel, och att se till att alla får delta i samhället. Men det kommunala folkhälsoarbetet per definition kan inte nå ända fram eftersom sysselsättning och utbildning egentligen är nationell politik.

Bilaga 8: Falu kommun

Sammanfattning av intervju 2009-09-17 för DETERMINE-projektet, accepterad 091118.

Medverkande vid intervjun

Frågeställare från Statens folkhälsoinstitut:

Jenny Telander, utredare

Intervjuad i Falun:

Angela Poroli, folkhälsoplanerare

Kristina Harsbo, miljöchef

Hälsan och dess bestämningsfaktorer i kommunen

Fråga: Vad är din uppfattning om kommunmedborgarnas hälsa?

Inom de flesta områden ligger kommunen nära riksgenomsnittet. Då det gäller utbildningsnivå ligger kommunen något över riksgenomsnittet. Annars liknar situationen i kommunen den för landet i övrigt när det gäller ohälsotalen.

Fråga: Vilka mått används för att mäta folkhälsan i kommunen?

Det finns tyvärr inte så mycket data på kommunnivå, utan det mesta är på dalanivå. Statistiken kommer från flera olika källor, bland andra landstinget, FHI och SCB. Man tittar dels på arbetslöshet, ekonomiskt bistånd, sjukfrånvaro och gymnasiebehörighet, dels på rökning, skador och t.ex. radonexponering.

Fråga: Hur är hälsan i olika grupper?

Liksom hälsoläget så liknar utvecklingen då det gäller ojämlikheter i hälsa i stort riksgenomsnittet, med yngre tjejer som har sämre psykisk hälsa och att personer med funktionsnedsättning mår sämre.

Fråga: Är det stora skillnader på grund av segregation?

Det finns ingen data på den nivån för att kunna urskilja skillnader och kommunen har dessutom blandade bostadsområden med olika typer av upplåtelseformer – hyreshus, äganderätt osv. Analys av olika riskgrupper har inte gjorts i stor utsträckning, men det är ett utvecklingsområde. Enligt landstingsenkäten ligger ändå Falun relativt bra till, följer riket.

Uppfattningen är att medborgarna i Falun har god tillgång till resurser för en god hälsa med stort utbud av kultur, stadskärna, fritid, rekreation, skogsområden osv. Samtidigt pågår en ständig diskussion om hur man når dem som inte redan är insatta eller engagerade i sin egen hälsa.

Mål och handlingsprogram**Fråga: Vilken betydelse har en god och jämlik folkhälsa i ett kommunalt utvecklingsperspektiv?**

Det beror mycket på vilken politiker man talar med, och även på hur man ser på begreppet utveckling. Olika politiker har olika uppfattningar om hälsa som en viktig resurs för ”utveckling”. Hela spektrat finns med.

Fråga: Vad har kommunen för mål och handlingsprogram för en bättre och mer jämlik hälsa när det gäller kommunmedborgarna?

I Falu kommun antogs ett lokalt Agenda 21-program 1995, "Miljöprogram 1995". År 2006 antogs nya lokala miljömål som var anpassade till de nya nationella målen. Samtidigt togs också lokala folkhälsomål och ett tillväxtprogram fram. Dessa tre delar ska tillsammans garantera en hållbar framtid för Falun. Som en enhet kan de tre delarna också bättre stå för Agenda 21:s ursprungstanke med de ekologiska, ekonomiska och sociala dimensionerna. Falun Framåt är namnet på den enheten.

Explicita mål för en mer jämlik folkhälsa togs fram med utgångspunkt i den nationella folkhälsopolitiken och det övergripande folkhälsomålet (att skapa samhälleliga förutsättningar för en god hälsa på lika villkor för hela befolkningen), kopplat till begreppet hållbar utveckling. Folkhälsa är en av de tre övergripande programområdena för kommunen.

I Falun har de nationella folkhälsomålen anpassats till en lokal nivå och Falun har fått ett antal lokala folkhälsomål. Uppgiften att samordna de kommunala aktiviteter som rör folkhälsan ligger på miljöförvaltningen.

Framtagandet av de tre övergripande programområdena har varit en pågående process under 7-8 års tid. Det började med en diskussion om begreppet ”utveckling” och att det inte bara ska handla om ekonomisk utveckling, utan måste även inbegripa andra värden såsom miljö och folkhälsa, dvs. den sociala sidan av hållbar utveckling. Ett utvecklingsprogram för ekonomi hade funnits länge men sedan kom diskussionen om utvecklingsbegreppet mycket att påverkas av miljöarbetet. Man började tala mer om hållbar utveckling och tillväxt som en av tre dimensioner. Utvecklingsperspektivet kopplat till ekonomi lever ändock starkt kvar hos vissa.

Det övergripande folkhälsoprogrammet är alltså nära kopplat till programmen för tillväxt och miljö. Dessa tre bildar den övergripande strategin för kommunen: Falun Framåt.

Falu kommun har också ett årligt åtgärdsprogram kopplat till målprogrammet folkhälsa. Åtgärdsprogrammet är en handlingsplan som omfattar dels särskilda åtgärder, dels löpande verksamhet som bidrar till uppfyllelsen av folkhälsomålen lokalt och nationellt.

Fråga: Uppstår det några konflikter mellan programområdena?

Ibland kan det vara konflikt mellan målen, särskilt miljö och ekonomi – ta bara transporter som ett exempel – men det beror också på vem man pratar med. Olika

personer bär olika ”glasögon”. Men bara att det sitter folkhälsofolk med i stadsplaneringen nu bidrar till att det blir ett mer integrerat tänk.

Miljö och tillväxt kan också komma i konflikt med varandra beroende på att man har olika tidsperspektiv. Tillväxtfolket har ofta ett kort tidsperspektiv, medan miljö och folkhälsa är kopplat till längre tidsperspektiv i relation till utfallet.

De tre dimensionerna i Falun framåt har legat kvar sedan det blev maktskifte i kommunen vid förra valet, vilket signalerar stabilitet och bred förankring. Det återstår dock ett stort arbete med att sprida tankarna i strategin ut till befolkningen. Förhoppningen är att de redovisningar som görs kommer att bidra till att programmen synliggörs.

Fråga: Inom vilka områden har ni handlingsplaner?

Handlingsplaner har utarbetats inom områdena Folkhälsa, Miljö och Tillväxt. Kommunstyrelsen har antagit det övergripande målprogrammet och en revision är nu på gång. I nuläget är det enbart ett måldokument med övergripande, relativt luddigt formulerade mål. Målsättningen med revisionen är att målen ska konkretiseras och bli mer detaljerade.

Fråga: Finns det kopplingar till andra handlingsplaner som kommun har antagit?

Den övergripande strategin för hållbar utveckling möjliggör att frågorna integreras.

Organisation och verksamhet

Fråga: Hur samordnas det kommunövergripande folkhälsoarbetet?

Kommunen har ett folkhälsoråd och folkhälsostrategen samordnar den övergripande verksamheten. Här finns de som arbetar med t.ex. handikappfrågor och lika behandling, flyktingfrågor, äldres hälsa, brottsförebyggande, olycksfallförebyggande och barns hälsa. Folkhälsostrategerna för dalakommunerna och en representant från landstinget träffas 4-5 gånger per år för att bl.a. diskutera frågor som bör tas upp i respektive kommuns folkhälsoråd.

Just nu pågår arbetet med att praktiskt implementera en ny struktur baserad på kommunens övergripande mål om tillväxt, miljö och folkhälsa. Tanken är att det inte ska vara personbundet, utan funktionsbundet för att kunna arbeta mer strategiskt, och förvaltningschefen ansvarar för att funktionen finns. Programmen för miljö och tillväxt har eller kommer att ha liknande upplägg.

För närvarande pågår diskussioner om ansvarsfördelning i fråga om konkreta insatser och uppföljning inom de olika delområdena. Organisationen har ej landat fullt ut.

Fråga: Vilka insatser görs i de olika verksamheterna med inriktning på kommunmedborgarnas hälsa?

Med en bred syn på folkhälsa kan man säga att alla nämnder och styrelser utför aktiviteter i sina grunduppdrag inom kommunen som har beröring på de lokala folkhälsomålen.

Här är några exempel:

Falu Kommun har en lång tradition av skadeförebyggande arbete. Det resulterade i att Falun blev utnämnd till "Säker och trygg kommun" år 1995 och återcertifierades år 2008. Man har valt att fokusera på de områden där flest olyckor sker, till exempel bostäder, idrott och trafik. Det skadeförebyggande arbetet är systematiskt och sker i bred samverkan med exempelvis landstinget, forskare, andra kommuner och frivilligorganisationer.

Fråga: Vilka konkreta insatser genomförs?

Riktade insatser finns där man exempelvis jobbar specifikt med frågor som rör funktionshindrades hälsa eller med integrationsfrågorna. Under 2009 fanns 88 särskilda åtgärder i handlingsplanen kopplade till folkhälsa, utöver löpande verksamhet.

Fråga: Vilka andra aktörer samverkar ni med?

Samarbete finns med landstinget, men även andra aktörer såsom frivilliga organisationer finns på områdesnivå. Externa samarbeten skulle dock kunna utvecklas till att omfatta bildningsförbunden, högskolan i större utsträckning och kyrkan. Man skulle exempelvis kunna ha ett närmare samarbete med forskningsrådet.

Fråga: Vilken insats anser du är den viktigaste som vidtagits under det senaste året för att minska sociala ojämlikheter i hälsa i kommunen?

Det handlar mycket om att organisationen av verksamheten kan skapa förutsättningar för en mer jämlik hälsa. Det är förstås också en politiskt känslig fråga, för det handlar om att göra en klassanalys. Så arbetet beror mycket på analysens perspektiv. När det gäller bostadsområdena så finns det inga direkta "problemområden" och kommunen i sig har en hög utbildningsnivå i ett dalaperspektiv och ligger nära riksgenomsnittet i övrigt.

Det viktigaste är processen med att förankra den nya organisationen och sprida budskapet om de övergripande målen ute i organisationen och i befolkningen för att få ett brett genomslag, så att fler börjar tänka i samma bana, att det de gör påverkar hälsan.

Fråga: Görs något särskilt för hälsan när det gäller kommunens anställda?

Man arbetar aktivt med utvecklingen av formerna för friskvårdsarbete samt det systematiska arbetsmiljöarbetet, bl.a. genom integrering av jämställdhetsperspektivet.

Verksamhetsuppföljning och utvecklingsfrågor

Fråga: Hur sker uppföljning och utvärdering av mål, insatser och processer?

Åtgärder för att uppnå varje mål i det övergripande målprogrammet redovisas i separata handlingsplaner och framtagandet av dessa är kopplat till kommunens årliga budgetarbete och till landstingets verksamhetsplanering.

Styrningen utgår sedan från uppföljningssystemet där åtgärderna i åtgärdsplanen följs upp två gånger per år. Just nu håller man också på att implementera ett nytt datasystem

för styrning och utvärdering som heter Styret. I detta program kan åtgärder som genomförts utvärderas på ett mer systematiskt sätt.

Kommunstyrelsen (KS) ansvarar för att förvaltningarna vidtar lämpliga åtgärder för att nå de lokala folkhälsomålen.

Fråga: Vilka idéer diskuteras för närvarande för att förbättra förutsättningarna för en bättre och mer jämlik hälsa i kommunen?

Just nu håller man på att utveckla familjecentraler på bostadsområdesnivå. Men det viktigaste är att få snurr på organisationen av verksamheten och få igång samverkan. Det gäller att sprida och bredda perspektivet och tydliggöra ansvaret för folkhälsofrågorna, för idag är det ganska diffust.

Fråga: Saknas det något för att förverkliga nya idéer, insatser?

Det behövs en ökad medvetenhet ute i hela organisationen, också för att öka trovärdigheten. Det är viktigt att få med alla och att alla känner att de bidrar och har lust till att samverka. Men i slutändan måste någon ha huvudansvaret och det kan vara ett hinder också. Det är komplexa frågor som inte lätt kan förenklas, vilket blir en broms för att komma framåt. Det är en pågående process som tar sin tid.

Bilaga 9: Umeå kommun

Sammanfattning av intervju 2009-09-07 för DETERMINE-projektet, accepterad 091201.

Medverkande vid intervjun

Frågeställare från Statens folkhälsoinstitut:

Jenny Telander, utredare

Intervjuad i Umeå kommun:

Britt-Marie Långström, strateg för hållbar utveckling

Hälsan och dess bestämningsfaktorer i kommunen

Fråga: Vad är din uppfattning om kommunmedborgarnas hälsa?

Faktorerna som påverkar hälsan har varierat under åren. På vissa områden har det blivit bättre och på andra sämre, men totalt sett ligger vi bra till i Umeå. Utifrån de indikatorer som Statens folkhälsoinstitut lyft fram ligger Umeå bättre till än riksgenomsnittet i stort sett på alla områden. Ohälsotalen minskar i Umeå.

I Umeå har vi bland annat hög andel fysiskt aktiva, låg andel rökare och då särskilt bland blivande mammor. Simkunnigheten bland tredjeklassare är hög och Umeå har lägst anmälda brott jämfört med de större städerna i Sverige. Det som är mindre bra är att alkoholförsäljningen ökat och de risker för hälsan som det medför.

Fråga: Hur är hälsan i olika grupper?

Det är allmänt känt att personer med låga inkomster och som har det socialt dåligt också har högre risk för att drabbas av ohälsa. Det gäller även människor med lägre utbildning jämfört med högre utbildning.

I vårt Livsmiljöbokslut är statistiken uppdelat på män och kvinnor och här kan man se skillnader då det gäller de faktorer som påverkar hälsan. Vi har en färsk rapport "Det könade landskapet Umeå", där det framgår hur jämställdhetsläget ser ut i Umeå. Vi kan se att ohälsotalet är högre för kvinnor än för män. Kvinnor har mindre makt och inflytande än män, då det gäller förtroendeuppdrag. Kvinnor har lägre förvärvsinkomst än män och fler kvinnor är förtidspensionärer än män. Kvinnor har högre andel högskoleutbildning och mindre antal arbetslösa än män.

Fråga: Har ni bostadsområden som är segregerade?

I vårt Livsmiljöbokslut har vi bara redovisningar på kommunnivå, inte på stadsdelsnivå, vilket vore önskvärt. Vi vet därför inte om det skiljer mellan stadsdelarna då det gäller hälsan och dess bestämningsfaktorer.

Vi har inga utpräglade segregerade bostadsområden fränsett ett område som domineras av studentboende.

Statistik för de olika stadsdelarna finns för målområdet ”Delaktighet och inflytande”, där vi har indikatorn valdeltagande. Här kan vi se att valdeltagandet är lägst i Östra Ersboda och högst i Mariehemsgård.

Fråga: Görs inte sådana jämförelser?

I dag har vi bara folkhälsodata sammanställt på kommunnivå. Viss basdata, som befolkningsutveckling, in- och utflyttning, inkomster etc finns på stadsdelsnivå. Skolan och socialtjänsten ser säkert inom sina ansvarsområden om det fungerar bra eller dåligt inom olika stadsdelar och kan i sin verksamhet ta hänsyn till detta.

I det fortsatta arbetet med Livsmiljöbokslutet är det angeläget att ta fram statistik för de olika stadsdelarna för att se om det finns skillnader då det gäller bestämningsfaktorer som påverkan folkhälsan och ohälsotal. Detta är viktigt för att kunna rikta resurserna där de bäst behövs.

Mål och handlingsprogram

Fråga: Vilken betydelse har en god och jämlik folkhälsa i ett kommunalt utvecklingsperspektiv?

En kommun som skapar förutsättningar för en god och jämlik hälsa för alla har ”bäddat” för friskare befolkning och människor som mår bra och detta är viktigt ur ett utvecklingsperspektiv. Ohälsa medför betydande kostnader för samhället och den enskilde. Folkhälsofrågorna måste därför komma in som en viktig del i all kommunal verksamhet och planeringsarbete. Jag tror att folkhälsofrågorna kommer att få en allt större betydelse i kommunernas utvecklingsarbete då folkhälsan är en viktig strategisk fråga.

Jag har jobbat länge på miljökontoret och kan jämföra folkhälsoarbetet med miljöarbetet. Längre låg miljöfrågan på sidan av som ett eget område, men miljöfrågan är nu en integrerad del i all kommunal verksamhet. Folkhälsan måste också bli en naturlig del i all kommunal planering och verksamhet.

Fråga: Hur tror du att ledande politiker i kommunen ser på folkhälsans betydelse?

Jag tror att de tycker att den är viktig. Skulle jag gå ut och fråga politikerna om detta, får jag säkert svaret att de tycker att folkhälsan har stor betydelse. Frågan är hur tungt folkhälsan väger när den ska vägas samman med andra intressen. Jag tror att den skulle bli ännu mer betydelsefull om man sätter kronor och ören på vad ohälsa kostar. Då inser man att varje satsad krona, som satsas för att förebygga ohälsa och främja hälsa, har man mångfalt igen.

Fråga: Arbetar ni med hälsoekonomiska analyser?

Jag är inte involverad i något sådant arbete, men det görs nog i nämnderna inför olika satsningar. Mina erfarenheter från miljöarbetet är att det ofta varit ett alltför kortsiktigt ekonomiskt tänkande. En satsad krona idag ger inte resultat direkt, utan resultatet visar sig först efter ett antal år.

Fråga: Vad har kommunen för mål och handlingsprogram för en bättre och mer jämlik hälsa när det gäller kommunmedborgarna?

Livsbokslut för Umeå kommun, som blev klart 2006, innehåller fakta om hur kommunen ligger till i förhållande till de nationella miljö- och folkhälsomålen. I bokslutet redogörs också för vilka konkreta insatser som har gjorts inom folkhälsoområdet.

Med Livsmiljöbokslutet som utgångspunkt påbörjades arbetet med att ta fram strategiska folkhälsomål. Umeå kommun skrev också på Aalborgåtagandena, ”Åtagandena för en hållbar stadsutveckling”, som består av 50 olika åtaganden för hållbar utveckling, varav flera har en direkt koppling till folkhälsa. Aalborggruppen, som är en förvaltningsövergripande arbetsgrupp, fick i uppdrag att utifrån Aalborgåtagandena se över kommunens övergripande mål. Gruppen lade bland annat fram ett förslag till folkhälsomål, vilket sedan fastställts av kommunfullmäktige

I juni 2009 fastställde kommunfullmäktige övergripande mål för Umeå kommun. Flera av de övergripande målen har stor betydelse för folkhälsan, som att kommunen ska samverka över alla gränser för att skapa långsiktig social, ekonomisk och ekologisk hållbarhet. De övergripande målen fastställer bl a. att:

- Verksamheten ska präglas av öppenhet, brukar- och medborgarorientering, god demokratisk kontroll och tydlighet i samspelet mellan politiker och tjänstemän. (delaktighet och inflytande)
- Kvinnor och män ska ha samma makt att forma samhället såväl som sina egna liv. Jämställdhet ska, på ett konkret sätt, finnas med och tillämpas i alla verksamheter och led av beslutsprocessen.
- Alla ska oavsett etnicitet, trosuppfattning, funktionshinder, sexuell läggning, och social bakgrund ha likvärdiga rättigheter, möjligheter och skyldigheter inom livets olika områden.
- Kommunen ska bidra till förutsättningar för en god omsorg och hälsa på lika villkor för hela befolkningen.
- Kunskapsstaden Umeå ska utvecklas med god utbildning och ett livslångt lärande, som en förutsättning för att hantera förändringar och nå en hållbar utveckling.

Kommunens målsättning stämmer väl överrens med det nationella folkhälsomålet, och målen kan tydligt kopplas till de elva nationella målområdena.

Kommunfullmäktige har beslutat att särskilt prioritera sex av de nationella målområdena för folkhälsa;

1. Delaktighet och inflytande
2. Ekonomiskt och social trygghet
3. Trygga och goda uppväxtvillkor
9. Ökad fysisk aktivitet
10. Goda matvanor och säkra livsmedel
11. Minskat bruk av tobak och alkohol, ett samhälle fritt från narkotika och dopning samt minskade skadeverkningar av överdrivet spelande.

Någon detaljerad handlingsplan för folkhälsan har inte fastställts, utan fullmäktige valde i stället att prioritera sex målområden och satte övergripande mål för dem. Det är nu upp till styrelser och nämnder att bryta ner målen i sina verksamheter.

Fråga: Hur samordnas det kommunövergripande folkhälsoarbetet?

I Umeå finns ett Hälsoråd, där presidierna och chefstjänstemännen från de flesta nämnderna finns representerade. Socialnämndens ordförande sitter ordförande i Hälsorådet. Strategen för hållbar utveckling, som finns på Stadsledningskontorets utvecklingsavdelning, samordnar de aktiviteter som hälsorådet fattar beslut om.

Fråga: Vilka insatser görs i de olika verksamheterna med inriktning på kommunmedborgarna?

Kommunen är aktiv på många olika områden som berör folkhälsan. I stort sett all kommunal verksamhet som socialtjänsten, skolan, fritid, miljö- och hälsa etc. skapar förutsättningar för en god hälsa för kommunmedborgarna.

Fråga: Vilka konkreta insatser genomförs?

Det är svårt att här redovisa allt som genomförs. I Umeås Livsmiljöbokslut redovisas en del av de insatser som görs. Här kan nämnas TILDA-satsningen. Förkortningen TILDA står för *Tidiga Insatser och Långsiktiga verksamheter Där man bor och på ett Annorlunda sätt*. TILDA är ett samarbete mellan åtta förvaltningar: social-, kultur-, fritids- och de båda skolförvaltningarna, samt de tre kommundelarna, tillsammans med föreningslivet och kyrkan. Syftet är att kraftsamla det förebyggande arbetet kring barn och unga för att fånga upp ungdomar innan de kommit så långt att de blir problem.

Ett annat exempel är landstingets projekt SALUT, som är en hälsosatsning för barn och ungdomar i Västerbotten. Ersboda i Umeå är ett pilotområde i denna hälsosatsning. Målet är att stödja barnet och dess föräldrar under hela uppväxten med början redan under graviditeten.

Umeå kommun arbetar för en tobaksfri arbetstid. En viktig del i det arbetet har under året varit att informera om tobakens skadeverkningar. Informationen har skötts av sakkunniga vid miljömedicin vid Umeå universitet tillsammans med kommunens hälsosamordnare.

Hälsorådet beslutade, att under 2009 skulle det satsas på kompetensutveckling inom tre av kommunens sex prioriterade folkhälsoområden, Goda matvanor och säkra livsmedel, Fysisk aktivitet och Trygga och goda uppväxtvillkor. I januari hölls ett livsmedelsseminarium, där 250 av kommunens politiker och tjänstemän deltog. Vidare hölls ett välbesökt seminarium kring fysisk aktivitet i samarbete med Korpen. Nu planeras ett seminarium om Barns hälsa. För 2010 planeras seminarier inom målområdena Delaktighet och inflytande, Ekonomisk och social trygghet. Umeå kommer också att fortsätta arbetet för en tobaksfri arbetstid.

Folkhälsoarbetet i kommunen sker dels på projektbasis, med öronmärkta resurser, dels inom ramen för den löpande verksamheten. I samband med budgetarbetet finns möjlighet att söka medel för särskilda satsningar.

Fråga: Vilka insatser görs när det gäller de anställdas hälsa?

Inom Umeå kommun arbetas aktivt för att skapa förutsättning för hälsofrämjande arbetsplatser. I kommunen har det under åren skett regelbundna friskvårdssatsningar, bland annat kan de anställda gå på gym väldigt förmånligt. När det gäller det praktiska arbetet kring detta har kommunen hälsoutvecklare, som tillsammans med förvaltningarnas hälsoombud arbetar med friskvård.

Umeå kommun genomför sedan några år tillbaka den så kallade Medarbetarenkäten. Den ger svar på frågor om inflytande, arbetsbelastning, stress, upplevelse av chefer med mera. Förvaltningschefen för respektive förvaltning får sedan resultaten för att dra slutsatser och vidta åtgärder.

Fråga: Vilka andra aktörer samverkar ni med?

Umeå kommun samverkar med en rad olika aktörer på olika nivåer. Några exempel: Socialtjänsten har en forskargrupp knuten till Umeå universitet. Kommunen har projekt tillsammans med Sveriges Kommuner och Landsting, Umeåregionen, Union of Baltic Cities (UBC). Kommunen har också olika EU-projekt på gång t.ex. ett inom åldringsvården, jämställdhet och hållbart resande. Samverkan sker med frivilligorganisationerna som t.ex. volontärverksamheten.

I kommunens Hälsoråd sitter representanter från Landstinget. Inom Umeåregionen finns en samverkansgrupp mellan de sex kommunernas folkhälsoråd. Kommunen har också tillsammans med landstinget utvecklat familjecentraler.

Fråga: Vilken insats anser du är den viktigaste som vidtagits under det senaste året för att minska sociala ojämlikheter i hälsa i kommunen?

Jag har svårt att svara på denna fråga. Jag är i min roll inte involverad i det fortlöpande praktiska arbetet. I samband med att vi under 2010 ska ta fram ett nytt Livsmiljöbokslut kommer jag att kontakta samtliga förvaltningar i kommunen för att höra vilka viktiga insatser som vidtagits under de senaste åren. Det ska redovisas i Livsmiljöbokslutet.

Jag tycker att en viktig insats är TILDA- projektet, som gäller barn och unga. Det är där man måste börja, att få in unga på rätt väg, så att de inte faller in i missbruk m m. Kommunen har också sökt pengar från FHI när det gäller föräldrastöd. Föräldrastöd och insatser för att tidigt fånga upp barn som far illa eller är på glid, det är det viktigaste.

Verksamhetsuppföljning och utvecklingsfrågor**Fråga: Hur sker uppföljning och utvärdering av mål, insatser och processer?**

Kommunfullmäktige har beslutat om övergripande folkhälsomål och prioriterat olika målområden. Nämnderna ska bryta ned dessa mål och omsätta de i praktisk verksamhet. Detta redovisar de i sina verksamhetsplaner, som regelbundet följs upp av nämnderna. Vid årets slut upprättar nämnderna bokslut och verksamhetsberättelser, som redovisas till fullmäktige.

Minst en gång per mandatperiod ska ett Livsmiljöbokslut tas fram där folkhälsodata för kommunen redovisas. I Livsmiljöbokslutet beskrivs också vad som gjorts då det gäller satsningar för folkhälsan.

Livsmiljöbokslutet görs nu också tillgängligt på webben. Här redovisas indikatorer för miljö och folkhälsa över tid. Tanken är att det nya systemet ska underlätta uppföljning och utvärdering inom området hälsa och miljö.

Data för att följa utvecklingen inom folkhälsan tas bland annat från den allmänna folkhälsoenkäten, som görs vart fjärde år och där Umeå har utökat antalet enkäter för att få ett bättre underlag. Elevenkät, LEVA, som går ut till Umeå kommuns skolor, är ett bra statistikmaterial. FHI:s Kommunala basfakta är en annan källa.

Fråga: Är det viktigt att kunna jämföra sig med andra kommuner?

Ja, det tycker jag är mycket viktigt. Jämförande data efterfrågas bland andra av våra politiker. Det är intressant att se hur kommunen ligger i förhållande till riket, men det är intressantare att jämföra sig med en kommun med liknande storlek och samma struktur, t.ex. universitetsstäder. Om en kommun ligger bra till inom något område är det viktigt att se vad de har gjort för att lyckas så bra. Det gäller att ta till sig de goda exemplen, man behöver bara uppfinna hjulet en gång. Man ”knycker” de goda exemplen. Det är så man jobbar och det arbetssättet tjänar man mycket på.

Nätverk är av stor betydelse för arbetet, att träffas och dela med sig av kunskap och erfarenhet är mycket värt. Det finns alltid de som gått före och som kan peka på det som fungerat väl och det som inte varit så bra. På så sätt behöver man inte göra om misstagen.

Fråga: Vilka idéer diskuteras för närvarande för att förbättra förutsättningarna för en bättre och mer jämlik hälsa i kommunen?

Hälsorådet diskuterar vilka satsningar som ska göras under 2010. Förslaget är att arbeta med områdena psykisk hälsa, delaktighet och inflytande, ekonomisk och social trygghet, samt tobak. Två seminarier planeras det ena inom ”Demokrati och delaktighet” och det andra inom ”Ekonomisk och social trygghet”. Vi planerar också att samarbeta med Korpen på Motionens dag den 6:e juni. Umeå regionens folkhälsogrupp planerar vilka frågor som de sex kommunerna ska samverka kring under nästa år.

För att nå bättre folkhälsa krävs engagemang av alla sektorer i samhället - ett aktivt arbete från kommunens alla förvaltningar och över kommungränser. Vi klarar inte av att lösa problemen om var och en sitter på sin kammare. Samverkan är viktig!