



Processbeskrivning av projektet Jämlikhet i hälsa

Ett samverkansprojekt mellan Nynäshamns kommun,
Södertälje kommun och Centrum för folkhälsa 2006–2009

Karolinska Institutets folkhälsoakademi

2009:8

På uppdrag av
Stockholms läns landsting



**Karolinska
Institutet**

Karolinska Institutets folkhälsoakademi (KFA) etablerades den 1 januari 2009 i samband med att Stockholms läns landstings Centrum för folkhälsa gick över till Karolinska Institutet (KI).

KFA bedriver folkhälsovetenskaplig forskning och utbildning samt strategiskt och praktiskt folkhälsoarbete på regional och nationell nivå. En grundtanke är att praktik och teori ska stimulera varandra och ge synergieffekter, till nytta för vården och befolkningen. KFA ska vara en plattform för utveckling av metoder och redskap samt för en bred implementering av åtgärder för att förbättra befolkningens hälsa.

Målet är att vara ett regionalt, nationellt och internationellt kunskapsnav som förstärker de folkhälsovetenskapliga inslagen i medicinsk utbildning och forskning samt i det strategiska och praktiska folkhälsoarbetet. Visionen är att ha en sådan ämnesmässig bredd och kvalitet att KFA räknas till en av de främsta folkhälsoakademierna i världen.

KFA:s långsiktiga arbete leds av styrelse och en föreståndare som samordnar, stimulerar och utvecklar folkhälsovetenskapen vid KI, i samverkan med KI:s övriga beslutande organ. Stockholms läns landsting beställer stora delar av sitt folkhälsoarbete från Karolinska Institutets folkhälsoakademi.

Författare: Hanna Svensson, Institutionen för folkhälsovetenskap,
Karolinska Institutet

ISBN 978-91-86313-07-4

Karolinska Institutets folkhälsoakademi
171 77 Solna

E-post: info@kfa.ki.se
Telefon: 08-524 800 00
www.ki.se/kfa

Rapporten kan beställas/laddas ner från
Folkhälsoguiden, www.folkhalsoguiden.se

Innehållsförteckning

Sammanfattning	4
1. Inledning	4
2. Syfte	5
3. Projektet Jämlikhet i hälsa planeras	5
3.1 Förprojektering	6
Kartläggning, urval och förankring.....	6
Nynäshamns kommun och projektet Jämlikhet i hälsa.....	7
Södertälje kommun och projektet Jämlikhet i hälsa	9
3.2 Jämlikhet i hälsas projektorganisation	10
Styrgrupp	10
Projektledarens och koordinators roller	10
Organisationsförändringar.....	11
4. Jämlikhet i hälsa i Nynäshamns kommun	11
4.1 Delaktighet, kommunikation och samverkansprocesser.....	11
I kommunens övergripande folkhälsoarbete	11
I kommunens specifika folkhälsosatsningar	13
4.2 Konsultativt stöd i genomförande och planering av insatser.....	15
4.3 Kunskapsförmedling av hälsofrämjande teori och metod.....	17
4.4 Förmedling av verktyg för systematisering av folkhälsoarbetet.....	19
Processbeskrivningsmallen	19
Utvärderingsstöds mallen.....	20
Jämlikhetsverktyget och Checklista för jämlikhet i hälsa.....	20
5. Jämlikhet i hälsa och Södertälje kommuns projekt Hälsosamt åldrande	22
6. Utvärdering av projektet Jämlikhet i hälsa	23
Analyser från den första delrapporten i utvärderingen	24
7. Erfarenheter av projektet och reflektioner	25
Delaktighet, kommunikation och samverkan.....	25
Konsultativt stöd i planering och genomförande samt handledning	26
Kunskapsförmedling avseende hälsofrämjande teori och metod	26
Förmedling av verktyg för systematiseringsarbetet.....	27
Utmaningar för kommunens fortsatta folkhälsoarbete	28
Referenser	29
Bilagor	30
Bilaga 1 – Jämlikhetsverktyget (Arbetsmaterial).....	31
Bilaga 2 – Checklista för jämlikhet i hälsa (Arbetsmaterial)	50
Bilaga 3 – Utvärderingsstöds mallen (Arbetsmaterial).....	55

Sammanfattning

Projektet *Jämlikhet i hälsa* pågick under tre år, 2006–2009, som ett samverkansprojekt mellan Nynäshamns kommun, Södertälje kommun och Centrum för folkhälsa, Stockholms läns landsting. Syftet med projektet var att utveckla och utvärdera metoder för långsiktigt folkhälsoarbete utifrån kommunernas möjlighet att främja jämlikhet i hälsa. Projektet skulle främja jämlikhet i hälsa genom att utveckla delaktighet, samverkansprocesser och kommunikationsstrategier och skapa hälsofrämjande strukturer. En förprojektering gjordes 2005 för att finna lämplig kommun/kommundel för projektet. Två lämpliga kommuner valdes ut: Nynäshamn och Södertälje. Båda dessa kommuner hade högre förekomst än övriga länet av bland annat övervikt, rökning och alkoholbruk, samt låg under medelvärdet i länet gällande bland annat utbildningsnivå och socioekonomiska förhållanden (*Folkhälsorapport 2003, Social atlas 2000*). Diskussioner fördes med de utvalda kommunerna om lämpliga implementeringsområden för deras folkhälsoarbete kopplat till *Jämlikhet i hälsa*. Nynäshamns kommun beslutade även att avsätta cirka 30 miljoner kronor under tre år på folkhälsofrämjande arbete i kommunen. Södertälje kommun deltog i *Jämlikhet i hälsa* genom Äldreomsorgskontorets projekt *Hälsosamt åldrande*, som drevs i samverkan med Beställare Vård, Stockholms läns landsting (SLL). *Hälsosamt åldrande* startade i april 2006.

Båda kommunerna skulle med stöd av *Jämlikhet i hälsa* skapa förutsättningar för och vidmakthålla god samverkan i syfte att generera och förvalta hälsofrämjande strukturer. Inom ramen för *Jämlikhet i hälsa* har *Jämlikhetsverktyget* tagits fram. Ett verktyg som är baserat på folkhälsovetenskapliga studier och som kan vara ett stöd i att systematiskt använda ett jämlikhetsperspektiv i planering och genomförande av kommunernas folkhälsoarbete. *Jämlikhetsverktyget* har utvecklats med hjälp av kommunernas medarbetare under projekttiden. Fortsatt utveckling är planerad för ökad användbarhet inom framför allt landstingets verksamheter. Denna rapport är en processbeskrivning av *Jämlikhet i hälsa* från förprojektering till slut. Eftersom projektet till största del pågått i Nynäshamns kommun kommer det att avspeglats i denna processbeskrivning.

1. Inledning

Projektet *Jämlikhet i hälsa* initierades år 2005 av Centrum för folkhälsa (CFF) i syfte att utveckla olika metoder för att främja ökad jämlikhet i hälsa. Studier som gjorts inom folkhälsoområdet har gett ökade kunskaper om hälsans bestämningsfaktorer¹ och om metoder för att förbättra hälsoläget i befolkningen². Kunskaper om effektiva arbetsmetoder ökar såväl inom som utanför sjukvården, till exempel stads- och samhällsplaneringens betydelse för hälsans bestämningsfaktorer (möjligheter till fysisk aktivitet, social kontakt, trygghet mm). I Sverige har få interventioner riktat sig till socialt utsatta områden och samtidigt fokuserat kring flera olika bestämningsfaktorer och nationella målområden för hälsa. Dessutom har det visat sig vara svårt både att sprida hälsofrämjande och förebyggande metoder och att integrera

¹ *Hälsans bestämningsfaktorer* är en modell som visar att hälsa påverkas av både psykiska, fysiska och sociala risk- och friskfaktorer, liksom av arv, miljö, samhälls- och socioekonomiska faktorer påverkar hälsan. Modellen visar att hälsan är en angelägenhet för både individen, gruppen och samhället (Pellmer, K., Wramner B, 2007)

² För närmare beskrivning, se ansökan till Folkhälsoanslaget år 2005 för projektet *Jämlikhet i hälsa* /projektnr LS 0408-1602

dem i ordinarie verksamheter i samhället (3S-utredningen, 2004). Det är tydligt att det behövs mer kunskap om vilka förutsättningar och faktorer som på bästa sätt påverkar implementering och vidmakthållande av olika hälsofrämjande och sjukdomsförebyggande metoder. Därför beslöt CFF att genomföra *Jämlikhet i hälsa*, i syfte att utveckla olika metoder för att främja en ökad jämlikhet i hälsa i någon eller några utvalda kommuner i Stockholms län. *Jämlikhet i hälsa* har till största delen finansierats med medel ur Stockholms läns landstings folkhälsoanslag och förprojekteringen påbörjades i januari år 2005. Nynäshamns kommun gick in i projektet 2006 med vissa finansiella medel men framför allt med organisatoriska resurser, så som arbetsplats för koordinatören kopplad till kommunstyrelseförvaltningens organisation. Projektets arbete i de två interventionskommunerna avslutades i mars år 2009. Samverkan med Södertälje kommun påbörjades också 2006.

För att följa upp *Jämlikhet i hälsa* beslutades att en utvärdering skulle genomföras. Utvärderingen fokuserar på projektets genomförandeprocess, dvs. på vilket sätt aktörer inom kommun och landsting arbetat med att skapa bestående strukturer för ett långsiktigt och hållbart hälsofrämjande arbete (Bakshi, Parmander, 2008).

Projektet *Jämlikhet i hälsa* pågick under tre år som ett samverkansprojekt mellan Nynäshamns kommun, Södertälje kommun och CFF. Denna rapport är en processbeskrivning av projektet och vad som pågått inom ramen för *Jämlikhet i hälsa* under dessa tre år.

2. Syfte

Syftet med projektet *Jämlikhet i hälsa* var att utveckla och utvärdera metoder för långsiktigt folkhälsoarbete utifrån deras möjlighet att främja jämlikhet i hälsa. Projektet skulle främja jämlikhet i hälsa genom att utveckla delaktighet, samverkansprocesser och kommunikationsstrategier som bidrar till att skapa och vidmakthålla hälsofrämjande strukturer.

Projektet byggde på att kommunerna själva var huvudaktörer gällande utförandet. CFF bidrog under hela projekttiden med följande:

- konsultativt stöd för planering och genomförande, samt handledning
- kunskapsförmedling avseende hälsofrämjande teori och metod
- förmedling av verktyg för systematisering av folkhälsoarbetet

3. Projektet Jämlikhet i hälsa planeras

I detta avsnitt beskrivs förprojekteringen av *Jämlikhet i hälsa*. Vidare beskrivs Nynäshamns kommun och Södertälje kommuns projekt *Hälsosamt åldrande*. En kortare beskrivning av de båda kommunernas folkhälsoarbete kopplat till *Jämlikhet i hälsa* ges för att skapa en ökad förståelse för projektets genomförande, organisation och process i kommunernas verksamheter.

3.1 Förprojektering

Under 2005 gjordes en förprojektering för att finna lämplig kommun/kommundel för projektet. Diskussioner fördes med de utvalda kommunerna om implementeringsområden att arbeta med i deras folkhälsoarbete kopplat till *Jämlikhet i hälsa*. Förankringsarbete i kommunerna pågick under 2005. Framarbetande av en samverkansöverenskommelse³ gjordes tillsammans med företrädare för kommunerna. Nedan beskrivs kartläggningen, urvalet och förankringsarbetet i de två utvalda kommunerna.

Kartläggning, urval och förankring

Första delen av förprojekteringen var en kartläggning där kriterier för urval av lämplig kommun sattes upp och en statistisk genomgång gjordes, framförallt gällande hälsa/ohälsa och socioekonomi för olika kommuner/kommundelar i Stockholms län.

Kriterierna för urval var att kommunen skulle ha cirka 12–13 000 invånare, kommunen skulle vara beredd att arbeta långsiktigt samt avdela personella och ekonomiska resurser till projektet. Invånarna skulle till övervägande del bo och arbeta i kommunen (det vill säga ingen ”sovstad”), det skulle finnas flera större arbetsgivare på orten och värdena skulle vara lägre än genomsnittet i länet gällande hälsosituation och socioekonomiska förhållanden. I de olika kommunerna/kommundelarna som vid en statistisk genomgång visade sig lämpliga, har förutsättningarna för projektet undersökts, bland annat gällande engagemang för och organisation av hälsofrämjande arbete både inom privat och offentlig sektor samt vilja att avsätta personella och ekonomiska resurser. Slutligen valdes två lämpliga kommuner ut: Nynäshamn och Södertälje. Båda dessa två kommuner hade högre förekomst än övriga länet av bland annat övervikt, rökning och alkoholbruk, samt låg under medelvärdet i länet gällande bland annat utbildningsnivå och socioekonomiska förhållanden.

Efter kartläggningen och valet av kommuner påbörjades diskussioner med företrädare för respektive kommun. Preliminära implementeringsområden där *Jämlikhet i hälsa* kunde vara ett stöd framträdde för respektive kommun. I båda kommunerna fanns en stark vilja och beredskap att arbeta hälsofrämjande. Utgångspunkten för det hälsofrämjande arbetet var ett helhetsperspektiv på människa, hälsa och samhälle. Förutsättningar för att kunna ta ett mer samlat grepp om folkhälsofrågorna bedömdes finnas. I Nynäshamns kommun ville man inom *Jämlikhet i hälsa* arbeta med implementeringsområdena: rökning och levnadsvanor, alkoholkonsumtionen, psykisk ohälsa, sexualitet, samlevnad och oönskade graviditeter, övervikt och fetma samt hälsosamt åldrande. Södertälje kommun visade intresse för att delta i projektet inom området hälsosamt åldrande.

Båda kommunerna skulle med stöd av *Jämlikhet i hälsa* skapa förutsättningar för och vidmakthålla god samverkan i syfte att generera och förvalta hälsofrämjande strukturer. En viktig del var att samtliga med verksamhet inom berörda implementeringsområden deltog aktivt för att nå fram till långsiktigt hållbara samverkansformer. Tidigare arbete och erfarenheter skulle tas tillvara och fortsatt utvecklingsarbete skulle bedrivas mer strukturerat och systematiserat. Grunderna för en samverkansöverenskommelse mellan CFF och berörda

³ För närmare beskrivning se ansökan till SLL:s Folkhälsoanslag: *Årsrapport 2006* projektnr: LS 0408-1602.

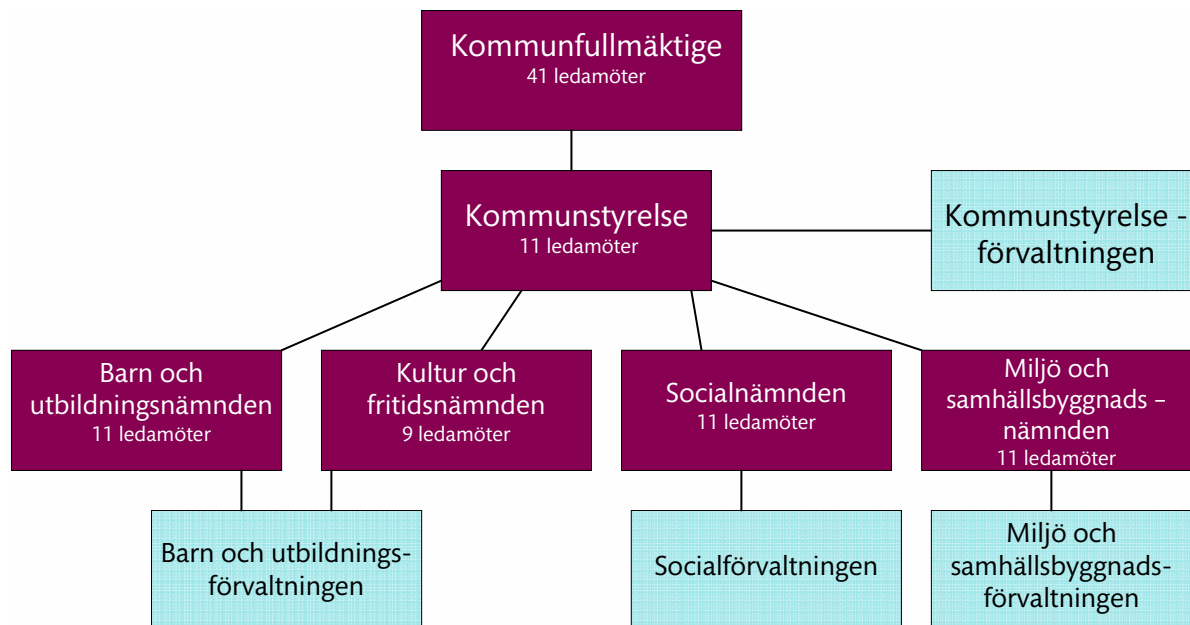
kommuner utarbetades och vidareutvecklades i samråd med kommunernas företrädare. Samverkansöverenskommelsen var tänkt att fungera både som ett kontrakt som reglerade de olika parternas åtaganden och som ett mer formaliserat styrmedel för projektet. I samverkan med Nynäshamn och Södertälje upprättades avtal för samarbete, koordinatörstjänst och utvärdering.

Presentation och förankring av projektet samt diskussioner och preliminär planering genomfördes med olika aktörer. Hos exempelvis beställarenhet Sydväst hölls diskussioner med enhetschef och folkhälsoplanerare. I Nynäshamns kommun genomfördes diskussioner med kommunstyrelsens ordförande och kommunens hälsoplanerare, samt primärvårdens hälsoplanerare. I Södertälje kommun genomfördes diskussioner och förankringsarbete med folkhälsosamordnare och demokrati- och integrationsstrateg samt stadsdirektören och ekonomidirektören i kommunen.

Nynäshamns kommun och projektet Jämlikhet i hälsa

Nynäshamns kommun beslutade att avsätta sammanlagt cirka 30 miljoner kronor under tre år (2006–2008) på folkhälsofrämjande arbete. Politikerna, med kommunstyrelsens ordförande i spetsen, ansåg de sämre hälsotalen i kommunen som prioriterade att arbeta med liksom vikten av att satsa långsiktigt på hälsofrämjande åtgärder för kommunens invånare. Politikerna såg även en risk för ökad ohälsa då en av kommunens större arbetsgivare, Ericsson AB, skulle lägga ned sin verksamhet i kommunen. Forskning visar att arbetslöshet/otrygga arbetsförhållanden ofta leder till ökad ohälsa (Jeding K, 1999). Att redan i detta skede sätta in hälsofrämjande åtgärder var ett sätt att tidigt förebygga sjukdom och en ökande ojämlikhet i hälsa i kommunen.

Nynäshamns kommuns högsta beslutande organ är kommunfullmäktige, med 41 ledamöter. Kommunen har under hela projekttiden haft ett koalitionsstyre mellan Folkpartiet och Socialdemokraterna. Kommunstyrelsen är kommunfullmäktiges verkställande organ och har till sitt stöd tjänstemannaorganisationen kommunstyrelseförvaltningen. Barn- och utbildningsnämnden ansvarar för de politiska besluten som rör frågor om barn och ungdomar. Nämndens ansvarsområden omfattar verksamheten inom barnomsorg, förskola, grundskola, gymnasieskola, särskola, gymnasiesärskola, kulturskola, skolmältider mm. Tjänstemannaorganisation är Barn- och utbildningsförvaltningen. Kultur- och fritidsnämnden inrättades 2007 och ansvarar för frågorna som rör kultur och fritid med tjänstemannaorganisationen Barn- och utbildningsförvaltningen. Socialnämnden ansvarar för frågor om stöd och service till äldre, personer med funktionshinder, barn, ungdomar, familjer, flyktingar och invandrare samt personer med missbruksproblem. Nämnden ansvarar även för socialbidrag, skuldsanering, konsumentvägledning, bostadsanpassning, serveringstillstånd, tillsyn över alkohol, tobak och öl. Socialnämndens tjänstemannaorganisation är Socialförvaltningen. Miljö- och samhällsbyggnadsnämnden ansvarar bland annat för plan- och byggnadsväsende, miljö, *Agenda 21*, natur- och viltvård, kartor och mätverksamhet. Miljö och samhällsbyggnadsnämndens tjänstemannaorganisation är Miljö och samhällsbyggnadsförvaltningen.



Figur 1. Nynäshamns kommuns organisation.

De tre nämnderna, Barn- och Utbildningsnämnden, Miljö- och Samhällsbyggnadsnämnden samt Socialnämnden i Nynäshamns kommun, utarbetade under hösten 2005 förslag till en folkhälsosatsning som under tre år skulle genomföras i kommunen. Förslagen granskades av CFF:s enheter⁴. Återföring av granskningen skedde både skriftligt och muntligt till kommunens förvaltningschefer, samt till den politiskt sammansatta referensgruppen⁵ för folkhälsa i Nynäshamns kommun.⁶

Nynäshamn beslutade att genomföra en folkhälsosatsning i kommunen med nio prioriterade folkhälsoområden och sex konkreta folkhälsomål för förvaltningarna att arbeta med inom ramen för folkhälsosatsningens budget. Målen och områdena beslutades i kommunfullmäktige på förslag från kommunstyrelsen och de finns med i kommunens övergripande och verksamhetsstyrande dokument *Mål och budget* för åren 2006, 2007 och 2008.

De prioriterade folkhälsoområdena i Nynäshamns kommuns *Mål och Budget* 2006–2008 var följande:

- Tillgänglighet, gång- och cykelvägar
- Drogförebyggande arbete
- Kost och matvanor
- Fördel Nynäshamn (skapa engagemang)

⁴ De olika enheterna var Alkohol och drogprevention, Psykisk hälsa, Landstinget förebygger Aids (LAFA), Systematisering och utvärdering av folkhälsoarbete (SUF), Tillämpad näringslära samt Tobaksprevention.

⁵ Den politiskt sammansatta referensgruppen för folkhälsa var verksam under perioden december 2005 – juni 2006. Gruppens uppdrag var att fördela kommunens folkhälsomedel samt följa upp folkhälsoarbetet. Koordinatorn deltog i referensgruppens möten.

⁶ För närmare beskrivning av förslagen och kommentarer från CFF se ansökan till SLL:s Folkhälsoanslag: *Årsrapport 2006* projektnr: LS 0408-1602, Bilaga 5.

- Bidrag till föreningar
- Personalpolitiska insatser
- Barns hälsa
- Äldres hälsa
- Hälso- och sjukvården

De sex målen för folkhälsoarbetet i kommunen var:

- Halvera kostnaderna för barn- och ungdomsplaceringar
- Minska antalet aborter med 30 procent bland kvinnor under 19 år
- Reducera andel höftledsfrakturer med 30 procent
- Minska andelen vuxna med övervikt och fetma med 30 procent
- Halvera antalet barn med övervikt respektive fetma
- Inga elever ska röka eller dricka alkohol

Varje förvaltning i Nynäshamns kommun gavs möjlighet att söka projektmedel ur den ”folkhälsofond” som kommunstyrelsen förfogade över, med 30 miljoner kronor avsatta för tre år (cirka 8,2 miljoner kronor per år). En uttalad vilja från kommunens nämnder var att förvaltningarna skulle samarbeta över förvaltningsgränserna i de folkhälsoprojekt de sökte pengar för. Kommunstyrelsen beslutade om ett projekt skulle beviljas medel eller inte efter ansökan ur folkhälsofonden och utifrån tjänsteutlåtande från kommunstyrelseförvaltningens utvecklingsledare för folkhälsofrågor. Under 2009 ska utfallet följas upp.

I början av Nynäshamns folkhälsoinsats gjordes en omorganisering av folkhälsoarbetet i kommunen. En utvecklingsledare för folkhälsofrågor med placering vid kommunstyrelseförvaltningen ersatte den tidigare folkhälsoplaneraren 2006. Koordinatorn hade under hela projekttiden april 2006 till april 2009 sin geografiska placering hos kommunstyrelseförvaltningen i Nynäshamns kommun samt en arbetsplats på CFF som utnyttjades cirka en dag i veckan.

Södertälje kommun och projektet Jämlikhet i hälsa



Södertälje kommun deltog i *Jämlikhet i hälsa* genom Äldreomsorgskontorets projekt *Hälsosamt åldrande*, som drevs i samverkan med Beställare Vård, Stockholms läns landsting (SLL). *Hälsosamt åldrande* startade i april 2006. Syftet var att genom hälsofrämjande uppsökande verksamhet och stödjande miljöer skapa förutsättningar för äldre att förlänga den tid de kan leva ett självständigt liv med bibehållen livskvalitet. Dessutom strävade projektet efter att öka äldres delaktighet och jämlikhet i samhället, samt motverka känslor av isolering och otrygghet. För detta ändamål användes hälsosamtal, som bygger på metoden storytelling (Koch T et.al, 2006). Storytelling handlar om att människor möts och berättar en historia och vad som berättas bestämmer berättaren själv. Vid samtalen som genomfördes i projektet var den äldre berättare och besökaren från kommunen/landstinget var lyssnare. Berättelsen skulle beröra den äldres förflutna, nutid och framtid. Delen ”nutid” strukturerades så att samtalet handlade om fysisk aktivitet, bra matvanor och social gemenskap.

I april 2006 anställde Södertälje kommun en projektledare för *Hälsosamt åldrande* och en styrgrupp och en projektgrupp bildades. I projektgruppen deltog koordinatören. En referensgrupp med representanter från pensionärsorganisationer i bostadsområdena Hovsjö och Rosenlund bildades.

Ett planeringsmöte genomfördes i början av projektet mellan representanter för *Jämlikhet i hälsa* (projektledare, utvärderare, koordinator) och representanter för *Hälsosamt åldrande* (projektledare, folkhälsosamordnare, kvalitetsutvecklare). Vid mötet fastslogs att CFF under projekttiden skulle fungera som diskussionspartner och rådgivare i frågor gällande planering, genomförande och utvärdering inom ramen för CFF:s kompetensområde. CFF skulle även bistå med mall för projektdokumentation.

3.2 Jämlikhet i hälsas projektorganisation

CFF:s enhet Systematisering och utvärdering av folkhälsoarbete (SUF) bar huvudansvaret för det enhetsövergripande projektet *Jämlikhet i hälsa*.

Styrgrupp

Under 2005 skapades en styrgrupp för projektet *Jämlikhet i hälsa* bestående av projektledaren, koordinatören, utvärderingskoordinatören samt ett urval representanter från CFF. Utöver styrgruppen bildades två arbetsgrupper, en för interventionsarbetet och en för utvärderingsarbetet. Styrgruppen som bildades under projektets första år (2005) bytte arbetsnamn till Kommunikationsgruppen under 2006, och har haft som syfte att förankra projektet vid de olika enheterna inom CFF. I gruppen deltog projektledare, koordinator och utvärderare, samt ett urval från CFF:s enheter.

Projektledarens och koordinatörens roller

Koordinatorn hade till uppgift att samordna pågående aktiviteter inom *Jämlikhet i hälsa*, stödja samverkan mellan olika aktörer i kommunerna, främja delaktighet bland berörda aktörer inom projektet samt agera länk mellan projektets olika grupper. Koordinator stöttade systematiskt planering av insatser, samlade in dokumentation om pågående aktiviteter samt återförde utvärderingsresultat till olika aktörer i projektet. Projektledaren och koordinatören hade under hela projektet kontinuerliga diskussioner om utvecklingen och arbetet i *Jämlikhet i hälsa* samt utvecklingen av *Jämlikhetsverktyget*. Projektledaren hade det övergripande ansvaret för budgeten och ekonomin i projektet samt ansvaret för att rapporteringen till Folkhälsoanslaget skedde varje hel- och halvår om projektets genomförande, ekonomi och projektprognos. Koordinatorns roll var att finnas på plats i kommunerna som stöd i planering och genomförande. Vid större övergripande planering fanns även projektledaren med på möten i kommunerna. Projektledaren var exempelvis med vid planeringsmöten tillsammans med utvecklingsledaren för folkhälsofrågor i Nynäshamn, för att samordna insatser i *Jämlikhet i hälsa* med kommunens folkhälsoarbete.

Koordinatorn har under hela projektets tid dokumenterat insatser och arbetet som skett inom ramen för *Jämlikhet i hälsa*. Dels har en processbeskrivningsmall (Sydhoff et.al, 2008) använts

och dagboksanteckningar förts för att kunna följa processen och veta vad som gjorts och hänt i projektet.

Organisationsförändringar

Under projektets sista tid var inte kommunikationsgruppen vid CFF medverkande i projektet i samma utsträckning som tidigare, utan konsultativt stöd fanns framför allt från medarbetare inom CFF:s enhet SUF. I september 2008 började en ny koordinator i projektet och i oktober 2008 slutade projektledaren och en ny projektledare utsågs tillsammans med två mentorer för den nya koordinatoren. Centrum för folkhälsa genomgick en organisationsförändring och majoriteten av medarbetare och verksamhet flyttades över till Karolinska Institutet vid årsskiftet 2008–2009.

4. Jämlikhet i hälsa i Nynäshamns kommun



Under hela projekttiden har *Jämlikhet i hälsa* haft till syfte att främja jämlikhet i hälsa genom att utveckla delaktighet, samverkansprocesser och kommunikationsstrategier som bidrar till att skapa och vidmakthålla hälsofrämjande strukturer. *Jämlikhet i hälsa* har genom koordinatoren under hela projekttiden bidragit med konsultativt stöd för planering och genomförande av folkhälsoinsatser.Handledning, kunskapsförmedling avseende hälsofrämjande teori och metod samt förmedling av verktyg för systematiseringsarbetet har också ingått i projektet. I följande avsnitt presenteras exempel på några av de insatser som gjorts inom ramen för *Jämlikhet i hälsa* kopplat till kommunens övergripande folkhälsoarbete och specifika folkhälsosatsningar som pågått eller startats upp under projekttiden.

4.1 Delaktighet, kommunikation och samverkansprocesser

I kommunens övergripande folkhälsoarbete

I projektets inledningsskede bjöd koordinatoren in tjänstemän i kommunens förvaltningar till olika möten för att berätta om projektet och vad CFF kunde bidra med under projekttiden. I kommunen fanns (och finns fortfarande) en vilja att arbeta med ett långsiktigt hälsofrämjande och förebyggande folkhälsoarbete⁷. Koordinatoren kommunicerade bland annat med kommunens ledningsgrupp⁸ om de folkhälsosatsningar som fått finansiering av kommunens folkhälsomedel, hur folkhälsomedel fördelats, vilka prioriteringar som har gjorts och hur folkhälsosatsningarnas framskridande såg ut. Diskussioner fördes även om hur kommunens övergripande verksamhet borde utformas för att sätta fokus på folkhälsan.

För att finna en samordning mellan *Jämlikhet i hälsa*, kommunens folkhälsosatsningar och pågående folkhälsoarbete bjöd koordinatoren in alla som arbetade med folkhälsa i kommunen till ett möte. På mötet fick kommunens medarbetare information om *Jämlikhet i hälsa*. De inbjudna upplevde ett behov av att samordna folkhälsoarbetet och att fortsätta träffas i en grupp vars syfte skulle vara att diskutera kommunens folkhälsoarbete. En folkhälsogrupp bildades i kommunen och träffades två gånger per termin. Vid dessa möten presenterades och

⁷ Nynäshamns kommuns dokument *Mål och budget* för åren 2006, 2007, 2008 och 2009. www.nynashamn.se

⁸ I ledningsgruppen satt kommunchef, planeringschef för fysisk planering och näringsliv, fastighetschef, förvaltningscheferna, VD för Nynäshamnsbostäder, kommunens ekonomichef och personalchef.

diskuterades de folkhälsosatsningar som var aktuella tillsammans med diskussioner om kommunens folkhälsoarbete och folkhälsoprogram. Folkhälsogruppen träffas fortfarande två gånger per termin, efter projekttidens utgång. Sammanställande till mötena är kommunens utvecklingsledare för folkhälsofrågor. De som deltar presenterar vad som händer på sina respektive förvaltningar i de folkhälsosatsningar som pågår. Folkhälsogruppen får även information gällande de centrala folkhälsosatsningarna, politiska direktiv inom folkhälsoområdet eller annan aktuell information ifrån kommunstyrelseförvaltningen och utvecklingsledaren. Informationen och diskussionerna tar de sedan med tillbaka till respektive förvaltning för diskussion.

För ökad samverkan mellan dem som arbetar med målgruppen barn och ungdomar men sitter på olika förvaltningarna skapades en samverkansgrupp. Gruppens syfte var att vara en informationskanal och ett diskussionsforum för frågor som rör kommunens folkhälsoarbete med barn och ungdomar.⁹ Arbetet i gruppen resulterade i ett samlat dokument med en tidlinje där ansvariga för respektive satsning kontinuerligt fyllde i planerade och genomförda insatser. Med hjälp av tidlinjen kunde de olika förvaltningarna lättare kommunicera sina insatser och tidsplaner samt ha kontroll på vad och när de andra förvaltningarna planerade insatser riktade till barn och ungdomar i kommunen. Denna tidlinje reviderades och insatserna diskuterades tillsammans på de förvaltningsövergripande samverkansmötena.

För att informera internt och externt om det folkhälsoarbete som bedrivs i kommunen skapades en plats på kommunens webbsida för folkhälsofrågor där de olika projekten presenterades överskådligt tillsammans med kontaktuppgifter till ansvariga. Önskemål om att bättre synliggöra de beslut som kommunstyrelsen (KS) fattar om folkhälsoarbetet i kommunen framfördes genom kommunens folkhälsogrupp till koordinatören. Denna förfrågan resulterade i att en sammanfattning av beslut fattade i KS som berör det kommunala folkhälsoarbetet och folkhälsoarbetet i de lokala föreningarna kontinuerligt läggs ut på kommunens webbplats för folkhälsa. Ett underlag om folkhälsoarbetet togs fram till *Nynäshamns Posten* (den lokala tidningen), för att informera invånarna om det folkhälsoarbete som bedrivs i kommunen. Webbsidan där kommunens folkhälsoarbete presenterats används fortfarande och uppdateras av utvecklingsledaren.

⁹ Gruppen tog exempelvis upp frågor som berör hur insatser och information ges till personal i skolan, om insatserna kan samordnas för att undvika dubbla processer, vilka insatser de olika folkhälsosatsningarna tänkt göra och hur samverkan kring dessa kan utvecklas, hur målgruppen barn och ungdomar nås på bästa sätt samt hur föräldrar nås på bästa sätt och engageras.

I kommunens specifika folkhälsosatsningar

Koordinatorn har även funnits som stöd för de specifika folkhälsosatsningarna som respektive förvaltning driver med medel beviljade från kommunens folkhälsofond. Nedan beskrivs hur koordinatören stöttat i arbetet med delaktighet, kommunikation och samverkan inom några av de projekt som bedrivits i Nynäshamns kommun under *Jämlikhet i hälsa*s projekttid.

SPRING – projektet

Syftet med SPRING (skugga, pedagogik, rörelse i natur och gårdsmiljö) är att utforma utemiljöer vid förskolor och skolor som stimulerar till fysisk aktivitet, skyddar mot skadlig UV-strålning och ökar koncentrationsförmågan hos barnen, samt att använda utemiljöerna i pedagogiken (SPRING 2008–2010). Koordinator arbetade med att skapa en struktur för SPRING som byggde på samverkan mellan kommunens förvaltningar och CFF där arbetet med SPRING utvecklats. En förvaltningsövergripande styrgrupp



bildades för att leda arbetet med att se över och besluta åtgärder för förskolegårdarna och skolgårdarna. Styrgruppen har representanter från Barn- och utbildningsförvaltningen genom Naturskolan, från Kommunstyrelseförvaltningen genom fastighetschef, stadsträdgårdsmästare och utvecklingsledaren samt från Miljö- och samhällsbyggnadsförvaltningen genom planarkitekt. I styrgruppen ingick även koordinatören och en expert från CFF som arbetade (och fortfarande arbetar) med att studera utemiljöerna för förskolebarn. I projektet engageras berörd personal på förskolorna och skolorna, samt eleverna och deras föräldrar. Bland annat deltar de i utbildning och diskussion om hur utemiljöerna kan förändras på deras förskolegårdar för att främja ökad fysiska aktivitet i skydd från solens skadliga UV-strålning. Som ett resultat av den förvaltningsövergripande styrgruppens ökade kommunikation och information har ombyggnation vid ett flertal av kommunens förskolor och skolor påbörjats. Efter det att koordinatören lämnat grupperna fortgår arbetet i SPRING och experten från CFF (numera Avdelningen för Socialmedicin på Karolinska Institutet) finns kvar i projektets styr- och arbetsgrupp. Planering för fortsatta ombyggnationer pågår för sommaren och hösten 2009. För de skolor och förskolor som ej är med inom ramen för SPRING-projektet finns det inom framförallt tekniska avdelningen en ökad kunskap om hur de bör bygga om gårdarna för att främja fysisk aktivitet hos barn och samtidigt skydda från skadlig UV-strålning. Denna kunskap har de fått genom deltagande i SPRING-projektets styrgrupp och kunnat sprida till medarbetare på tekniska avdelningen, som bland annat ansvarar och genomför renovering och ombyggnation av förskole- och skolgårdar i kommunen.

Sommarjobbssatsningen

Nynäshamns kommun gjorde i samarbete med det privata näringslivet en satsning på att erbjuda alla ungdomar i kommunen ett sommarjobb 2008. Med denna satsning ville man skapa goda förutsättningar för alla ungdomar att oavsett bakgrund få arbetslivserfarenhet, få kontakter på arbetsmarknaden samt få insyn i vilka arbeten som finns i kommunen.

Koordinatorn arbetade med sommarjobbssatsningen bland annat genom att skapa forum för

ökad kommunikation och delaktighet. Möten genomfördes med rektorer på skolorna i Nynäshamn för att diskutera upplägg och lämplig dag för en introduktionsutbildning för alla ungdomar som önskade sommarjobb. Introduktionsutbildning genomfördes för samtliga ungdomar som skulle sommarjobba. Representanter från det privata och offentliga näringslivet, fackliga organisationer och en arbetsmiljökonsulent bjöds in för att informera och kommunicera med sommarjobbarna. Ungdomarna fick även möjlighet att ställa frågor och diskutera arbetsmiljö, arbetsmarknad, lönefrågor etc. Koordinatören gav även stöd till utvärderingen av kommunens satsning på sommarjobb. Utvärderingen baserades på en enkät som skickades till alla ungdomar som sommarjobbade 2008¹⁰. Deras åsikter, upplevelser och erfarenheter om sommarjobbet sammanställdes och syftade till att ge underlag inför eventuell ny satsning på sommarjobb för ungdomar i kommunen. Inför sommaren 2009 erbjöds alla ungdomar födda 1990–1993 återigen sommarjobb. Organisationen och arbetet med sommarjobbssatsningen fortsatte inom Barn- och utbildningsförvaltningens verksamhet med ekonomiska medel ur kommunens folkhälsofond.

Barns och ungdomars hälsa

Elevenkäten genomförs vartannat år och skickas ut till alla stockholms elever i årskurs 9 och gymnasiet år 2. Resultatet av enkäten sammanställs av Stockholms stads Utrednings- och statistikkontor och de presenterar för varje skola siffror på alkohol-, tobak- och narkotikabruk samt upplevd psykisk hälsa och socialt välmående. Koordinatören har presenterat resultatet från sammanställningen och analysen av Stockholms stads elevenkät för skolor, politiker och tjänstemän. Det framkom att hälsoläget bland kommunens barn och ungdomar i flera fall var sämre än länsgenomsnittet och lokala skillnader inom kommunen återfanns. Möten genomfördes med skolhälsovården, nämndordförande för barn- och utbildningsnämnden, utvecklingsledaren och koordinatören för att diskutera hur samarbetet med skolhälsovården skulle kunna utvecklas. Utvecklingsledaren och koordinatören har träffat skolhälsovården regelbundet under terminerna för samverkan och samarbete. På mötena diskuterades exempelvis att de individuella folkhälsoprofiler som görs på eleverna bör sammanställas på grupp-nivå och användas tillsammans med elevenkätens siffror. Görs denna sammanställning kan trender följas upp och bättre underlag för att utforma insatser som främjar jämlikhet i hälsa kan skapas. Tillsammans med skolhälsovården har också utvecklingen och förbättringen av sex- och samlevnadsundervisningen diskuterats utifrån den enkät utvecklingsledaren skickade ut till elever i årskurs 7 och 9 hösten 2008. I sammanställningen av enkäten framkom att skolan är ett av elevernas viktigaste forum för information om sex, samlevnad, sexuellt överförbara infektioner och hur man kan skydda sig mot oönskade graviditeter¹¹. Fortsatta möten mellan kommunens skolhälsovård och utvecklingsledaren planeras för att utveckla bland annat sex- och samlevnadsundervisningen.

Uppföljningsprocessen av folkhälsosatsningen Navets resursskola

Ansvariga för folkhälsosatsningar skulle under första delen av 2009 utvärdera/följa upp satsningarna och rapportera till utvecklingsledaren, som i sin tur skulle rapportera vidare till

¹⁰ Utvärderingen finns hos Nynäshamns kommuns utvecklingsledare för folkhälsofrågor och är gjord i samarbete med Forskningsgruppen för Samhälls- och Informationsstudier. www.nynashamn.se

¹¹ Enkäten och resultatet finns hos Nynäshamns kommuns utvecklingsledare för folkhälsofrågor. www.nynashamn.se

kommunstyrelsen. Som en del i arbetet med att få fram material till uppföljningar har koordinatören funnits som konsultativt stöd och diskussionspart i uppföljningsarbetet. Efter förfrågan om stöd i uppföljningsarbetet från folkhälsosatsningen *Navets resursskola* fanns koordinatören med som stöd vid planeringen och genomförandet av möten med medarbetare i satsningen. *Navets resursskola* är en skola med hög lärartäthet som riktar sin verksamhet till skolbarn som behöver ökat stöd i både lärandeprocessen och i sin sociala samvaro. Barnen i *Navets Resursskola* lever i socialt utsatta positioner och har etablerat kontakter inom socialtjänsten och ett behov av ökat stöd i sin skolgång. Koordinatören och ansvarig för uppföljningen av *Navets Resursskola* bjöd exempelvis in till diskussionsmöte med de arbetande i resursskolan samt dess ledning och ansvarig på förvaltningen för att tillsammans komma fram till hur de skulle påbörja sin uppföljning av satsningen. Mötet syftade till att öka kommunikationen och samarbetet mellan verksamheten och förvaltningen. Uppföljningsrapporten, som blev ett resultat av ökad kommunikation mellan de olika involverade i projektet, avslutades och lämnades till utvecklingsledaren, till förvaltningschefen på Barn- och utbildningsförvaltningen och presenterades i Barn- och Utbildningsnämndens i mars 2009¹².

4.2 Konsultativt stöd i genomförande och planering av insatser

En del i *Jämlikhet i hälsa* har inneburit att ge konsultativt stöd i planering och genomförande av folkhälsosatser i Nynäshamns kommun. Nedan beskrivs exempel på insatser som bedrivits för att bidra till detta. I kommunens specifika folkhälsosatsningar har koordinatören under hela projekttiden funnits som konsultativt stöd vid planering och genomförande av insatser inom respektive folkhälsosatsning. Då tjänstemännen inom kommunen upplevt behov av stöd har koordinatören funnits till hands. Här beskrivs satsningar där koordinatören efterfrågades av medarbetare i kommunen. I arbetet med det alkohol- och drogpolitiska programmet, i utvärderingsarbetet och av den politiskt tillsatta demokratigruppen har koordinatören funnits som ett konsultativt stöd.

Alkohol- och drogpolitiska programmet

Elevenkäten (2006) visade att ungdomar i kommunen har en hög alkoholkonsumtion. Under hösten 2006 genomfördes ett flertal möten med alkohol- och drogsamordnare, koordinatören, rektorer och lärare för grundskola och gymnasieskola i Nynäshamn och Ungdomsfullmäktige för att diskutera framtagandet av ett alkohol- och drogpolitiskt handlingsprogram för kommunen. Samordnaren för det alkohol- och drogförebyggande arbetet ledde arbetet med programmet med stöd från representanter från kommunens olika förvaltningar och koordinatören. I slutet av januari 2007 skickades ett förslag till program ut på remiss och CFF gav kommentarer som arbetades in i programmet. Det alkohol- och drogpolitiska programmet antogs av kommunfullmäktige våren 2008¹³. Stöd gavs även till att utforma en ansökan till Länsstyrelsen för medel för det fortsatta alkohol- och drogförebyggande arbetet i kommunen och för arbetet med att implementera handlingsprogrammet i kommunens ordinarie verksamhet.

¹² Uppföljningsrapporten finns presenterade på Barn- och utbildningsnämndens sammanträde 19 mars 2009, se sammanträdesprotokoll 090319 § 34 på www.nynashamn.se.

¹³ Alkohol- och drogpolitiskt program 2008-2010, Nynäshamns kommun antaget i kommunfullmäktige 2008-03-05 § 30 se kommunens hemsida, www.nynashamn.se

Stöd i utvärderingen/uppföljningen av kommunens folkhälsosatsningar

Som stöd inför planeringen av utvärderingarna av respektive folkhälsosatsning har en utvärderingsstödsmodell (se bilaga 3) tagits fram med hjälp av utvärderingsnätverket vid CFF. Syftet med mallen var att hjälpa till att strukturera uppföljningen av folkhälsoinsatserna, verka för att perspektivet jämlikhet i hälsa beaktas i uppföljningen, samt ge stöd till användandet av indikatorer/nyckeltal för att följa det folkhälsoarbete som bedrivits. Mallen skickades ut till berörda inom kommunens folkhälsosatsning och gjordes tillgänglig på kommunens intranät. Ett möte genomfördes med cheferna för Barn- och utbildningsförvaltningen och Socialförvaltningen där information gavs om möjligheten att få stöd i utvärderingsplaneringen av respektive folkhälsosatsning genom att använda utvärderingsstödsmodellen. Efter att mallen fyllts i gavs skriftlig och muntlig feedback på utvärderingsplaneringen samt förslag på hur utvärderingarna skulle kunna utformas. Endast en av kommunens folkhälsosatsningar utnyttjade stödet vid denna tidpunkt. Utvärderingsstödsmodellen har även använts av utredare inom Socialförvaltningen inför samarbete i utvärderingarna av deras folkhälsosatsningar.

Statistikbearbetning

Nynäshamns kommun gjorde ett extra urval motsvarande 1000 enkäter i landstingets folkhälsoenkät 2006, för att kunna läsa av hälsoläget bland kommunens invånare. Materialet delades upp på olika åldersgrupper, kön och geografiska områden för att utgöra ett diskussionsmaterial om hur kommunen kunde utveckla sitt folkhälsoarbete för att nå de som är i störst behov av insatser. Inom ramen för *Jämlikhet i hälsa* fick kommunen stöd i att bearbeta statistiken och delar av statistiken presenterades i olika nämnder. En sammanställning för olika bostadsområden gjordes av koordinatören och lämnades över till utvecklingsledaren, för användning i kommunens planering av folkhälsoarbetet så att kommunen lättare kan planera för att nå de som är i störst behov av insatserna.

Folkhälsomodul i verksamhetsledningssystem

Koordinatören har funnits som diskussionspart i arbetat med att skapa en folkhälsomodul till kommunens kommande verksamhetsledningssystem. Ett första förslag till en nätbaserad folkhälsoutbildning för kommunens medarbetare skapades, och var tänkt att vara en del av folkhälsomodulen i verksamhetsledningssystemet. Folkhälsoutbildningens syfte är att ge kommunens medarbetare en kortare introduktion till folkhälsoarbetet i kommunen och en ökad förståelse om sin verksamhets betydelse för kommuninvånarnas folkhälsa. Här ska exempelvis, de nationella målen för folkhälsan tas upp och hälsans bestämningsfaktorer presenteras. Verktyg för att systematisera och strukturera folkhälsoarbete ska presenteras och en inblick i hur kommunens medarbetare kan arbeta metodiskt för en jämlik hälsa ska ges inom ramen för folkhälsomodulen i verksamhetsledningssystemet. Arbetet fortsätter under ledning av utvecklingsledaren.

Arbetsgruppen för delaktighet och inflytande

Kommunstyrelsen beslutade i juni 2008 att tillsätta en arbetsgrupp med fokus på delaktighet och inflytande som en av de grundläggande förutsättningarna för folkhälsa. Arbetsgruppen fick i uppdrag att ”lägga särskilt fokus på att stärka förmågan och möjligheten till social och kulturell delaktighet för ekonomiskt och socialt utsatta grupper samt vid barns, ungdomars

och äldres möjligheter till inflytande och delaktighet i samhället¹⁴. Arbetsgruppens uppdrag var att identifiera ett antal förslag och idéer som skulle kunna arbetas in i *Mål och budget 2010*. Rapportering till kommunstyrelsen ska ske i mitten av 2009. Koordinatorn deltog i gruppen och fanns med som konsultativt stöd i gruppens planering och arbete. Gruppen har exempelvis diskuterat olika former av inflytande och delaktighet samt lämpliga arenor för att arbeta med olika kommuninvånarens ökade inflytande.

4.3 Kunskapsförmedling av hälsofrämjande teori och metod

För att främja jämlikhet i hälsa bidrog CFF under projekttiden med kunskap om hälsofrämjande teorier och metoder. Exempel på insatser som har bedrivits inom projektet för att bidra till detta beskrivs nedan.

Utvärderingskurs till dem som arbetar med folkhälsosatsningar

Under hösten 2006 framfördes önskemål om att få hjälp med att utforma utvärderingar för det folkhälsoarbete som bedrivits i kommunerna. I februari 2007 genomfördes en utvärderingskurs på CFF för praktiker i kommun och landsting som ansvarade för och/eller drev en folkhälsosatsning. Målen med kursen var att deltagarna efter genomgången kurs skulle kunna formulera en utvärderingsplan, ha insikt om centrala utvärderingsbegrepp samt kunna formulera en frågeställning för utvärdering av eget projekt. För ökad kunskap och förståelse om utvärdering, med såväl kvalitativa som kvantitativa metoder, hade kursen sin utgångspunkt ifrån deltagarnas egna projekt/folkhälsosatsningar.

Jämlikhetsverktyget som en brygga mellan forskning och praktik

Koordinatorn har under projekttiden arbetat med att förena forskning med praktik, bland annat i arbetet med *Jämlikhetsverktyget*. Verktyget baseras på folkhälsovetenskapliga studier och ska vara ett stöd för att systematiskt använda ett jämlikhetsperspektiv i planeringen och genomförandet av kommunens praktiska folkhälsoarbete. *Jämlikhetsverktyget* har varit ett stöd i arbetet med att integrera forskningen inom framför allt folkhälsovetenskapen i kommunens praktiska folkhälsoarbete. Mer om användningen av *Jämlikhetsverktyget* går att läsa i avsnitt 4.4. Förmedling av verktyg för systematisering av folkhälsoarbetet.

Utbildning i Jämlikhet i hälsa – Socialförvaltningens Individ- och familjeomsorg

Under våren 2007 utvecklade CFF en utbildning i jämlikhet i hälsa. Innehållet i utbildningen diskuterades med chefer inom kommunens socialförvaltning för att få en behovsanpassad utbildning till medarbetarna i kommunen. Teorier applicerades på praktiska exempel som togs fram från Individ- och familjeomsorgens verksamhet för att utgöra diskussionsunderlag under utbildningen, anpassat till kursdeltagarnas arbetssituation. Under två dagar i maj 2008 genomfördes utbildningen för ett tjugotal medarbetare och chefer inom enheten för barn och ungdom, mottagnings- och biståndsenheten, introduktionsenheten, vuxenenheten och socialpsykiska enheten. I utbildningen ingick: genomgång av hälsoläget i Nynäshamns kommun utifrån Stockholms läns *Folkhälsoenkät 2006*¹⁵, föredrag om hur hälsan är ojämlik

¹⁴ Kommunstyrelsen Nynäshamn, ordförandeförslag 2008-06-18 § 181 www.nynashamn.se

¹⁵ Stockholms läns *Folkhälsoenkät 2006* skickades ut hösten 2006 till ett slumpmässigt urval av befolkningen i Stockholms län i åldrarna mellan 18 och 84 år. Enkäten skickades ut till 57 000 personer bosatta i Stockholms län och besvarades av 34 707 personer (61 %).

fördelad med avseende på kön, geografiska områden och socioekonomi, problematisering av begreppet jämlikhet i hälsa, en introduktion till *Jämlikhetsverktyget* med praktiska exempel och diskussion om olika metoder som används i folkhälsoarbete. Medarbetarna fick möjlighet att använda *Jämlikhetsverktyget* som ett stöd i utvecklandet av redan befintlig hälsofrämjande verksamhet för att medvetandegöra hur de arbetade/ skulle kunna arbeta med jämlikhet i hälsa inom ramen för sina insatser.

Presentationer på möten med tjänstemän och med politiker

Koordinatorn hade ett flertal presentationer för politiker och tjänstemän i kommunen om modellen för hälsans bestämningsfaktorer kopplat till jämlikhet i hälsa och *Jämlikhetsverktyget*. Syftet var kunskapsförmedling och även att skapa diskussion om hur folkhälsoarbetet kunde bedrivas för att främja jämlikhet i hälsa inom kommunen. Koordinatorn var hos Kommunstyrelsen, Socialnämnden, Kultur- och fritidsnämnden, Barn- och utbildningsnämnden och presenterade kommunens folkhälsomål och prioriterade folkhälsoområden samt folkhälsostatistik kopplat till hälsans bestämningsfaktorer. Politikerna fick också en genomgång om hur man kan arbeta för att främja jämlikhet i hälsa. I Socialnämnden och Kultur- och fritidsnämnden genomfördes uppföljande workshops om jämlikhet i hälsa, där nämnderna fick använda den framtagna *Checklista för jämlikhet i hälsa* (se bilaga 2) för att bedöma om en satsning hade möjlighet att främja jämlikhet i hälsa eller inte. I Socialförvaltningens ledningsgrupp presenterade koordinatörn statistik från folkhälsoenkäten på kommunnivå och uppdelat på geografiska områden inom kommunen. Syftet var även här att skapa diskussion om hur folkhälsoarbetet kunde bedrivas för att nå de som är i störst behov av insatserna. De kunskapsförmedlande insatserna som bedrevs sista halvåret 2008 genomfördes främst i samband med förmedlingen av *Jämlikhetsverktyget* och beskrivs i avsnitt 4.4 Förmedling av verktyg i systematiseringsarbetet.

Alkohol- och drogförebyggande arbete i föreningarna

Som ett led i kommunens arbete med att förebygga alkohol och drogmissbruk gav koordinatörn stöd i framtagandet av alkohol- och drogpolicys för föreningar verksamma i Nynäshamns kommun. Koordinatorn bjöd in en representant från CFF:s enhet för Alkohol- och drogprenvention, som deltog i mötet med föreningarna och förmedlade kunskap om hur föreningar kan arbeta fram alkohol- och drogpolicys. Här fanns också möjlighet att ta del av informationsmaterial om hur föreningar i andra kommuner i länet arbetat med dessa frågor.

I kommunen finns det organiserade Nattvandrare med syfte att under fredag- och lördagkvällar finnas tillgängliga i kommunen där framförallt ungdomar befinner sig. Den förening som ansvarar för nattvandringen besökte regelbundet föräldramöten vid kommunens skolor för att tillsammans med föräldrarna diskutera alkohol- och drogmissbruk bland ungdomar. Koordinatorn sammanställde tillsammans med ansvarig förening ett kunskapsunderlag baserat på ett presentations- och diskussionsmaterial till nattvandrarerna inför dessa föräldramöten. Presentationsmaterialet handlade om alkohol-, tobaks- och drogmissbruk samt hur ungdomarna fått tillgång till dessa droger och baserades på elevenkäten i årskurs 9 och år 2 på gymnasiet. Materialet innefattade även andra hälso- och ohälsoundikatorer samt ungdomarnas relationer till varandra, till sina föräldrar och andra

vuxna. Materialet sammanställdes för respektive skola och det fanns jämförelser mellan grundskola och gymnasium samt mellan Nynäshamn och Stockholms län.

4.4 Förmedling av verktyg för systematisering av folkhälsoarbetet

I kommunen har fyra olika verktyg för att systematisera folkhälsoarbetet introducerats, *Processbeskrivningsmallen*, *Utvärderingsstöds mallen*, *Jämlighetsverktyget* och *Checklista för jämlikhet i hälsa*. I *Processbeskrivningsmallen* beskrivs ett projekts planering, genomförande och uppföljning, med fokus på att dokumentera processen. I denna mall uppmanas projektdeltagare att kritiskt reflektera över sitt folkhälsoarbete eller sitt projekt. *Utvärderingsstöds mallen* har tagits fram inom projektet *Jämlikhet i hälsa* som ett stöd i planeringen av uppföljning och utvärdering av folkhälsosatsningar/projekt. Denna mall utvecklades efter förfrågan från både Nynäshamns och Södertälje kommuns medarbetare om stöd i utvärderingsarbetet. *Jämlighetsverktyget* och *Checklista för jämlikhet i hälsa* har båda två tagits fram inom projektet *Jämlikhet i hälsa*, delvis i samband med seminarier inom CFF:s enheter och delvis i diskussioner med de medverkande kommunerna om användbarheten. Nedan följer en kortare beskrivning av hur de olika verktygen förmedlats och använts i kommunernas folkhälsoarbete. *Jämlighetsverktyget* beskrivs mer utförligt, eftersom det varit ett av de mer omfattande arbetena att utveckla och implementera inom ramen för *Jämlikhet i hälsa*. Då projektet avslutades i Nynäshamns kommun fanns verktygen för systematisering tillgängliga för kommunens medarbetare på kommunens gemensamma server.

Processbeskrivningsmallen

Processbeskrivningsmallen är framtagen inom Stockholms läns Diabetespreventiva program och vidareutvecklad inom CFF. *Processbeskrivningsmallen* introducerades i både Nynäshamn och Södertälje i början av projektet. Mallen är ett verktyg för att beskriva processen i folkhälsosatsningarna och kan framför allt användas som ett stöd i arbetet med att dokumentera projektets olika faser. Genom att tillsammans i projektgruppen diskutera frågorna och fylla i *Processbeskrivningsmallen* under projektets gång skapas en god dokumentation och samtidigt ett underlag för diskussion om projektutveckling (Sydhoff et. al 2008).



Vid möte med Nynäshamns kommuns folkhälsogrupp presenterade koordinatören *Processbeskrivningsmallen* som ett verktyg för att beskriva processen i de folkhälsoinsatser som bedrevs i kommunen. Koordinatören har funnits som stöd för projekt som uttryckt behov av stöd med att komma igång och använda mallen. Mallen har dels använts för att få struktur i folkhälsoarbetet, dels för att tydligare förmedla vad som bör ingå i projektansökningarna till folkhälsofonden, och för att få en klarare bild av vad som gjorts och ska göras inom ramen för de olika folkhälsosatsningarna som beviljats pengar. Mallen är även ett stöd för att i början av satsningarna planera för uppföljning och utvärdering. Ifyllda processbeskrivningsmallar för respektive folkhälsosatsning samlades in i början av 2009, av utvecklingsledaren.

I Södertäljes projekt *Hälsosamt åldrande* har processbeskrivningsmallen (som introducerades under hösten 2006) kontinuerligt uppdaterats, vid möten med projektgrupp och samtalsgrupp, för att dokumentera projektets process. Mallen fungerade som grund för diskussioner om projektets utveckling och framåtskridande.

För att underlätta användandet av *Processbeskrivningsmallen* har funktionerna uppdaterats så att användaren kan skapa egna rubriker och forma mallen efter egna behov. Mallen har vidareutvecklats efter de synpunkter som framkommit från de kommuntjänstemän som använt mallen. Mallen har även kompletterats med frågor om hur jämlikhet i hälsa kan främjas i planerade projekt.

Utvärderingsstödsmallen

Efter uttalat behov om stöd i utvärderingsplanering gjorde koordinatören tillsammans med medarbetare från CFF en *Utvärderingsstödsmodell*. Denna mall var tänkt att fyllas i av de som skulle göra ett projekt och planerade för en utvärdering. Utifrån denna mall som de fyllde i kunde de själva identifiera områden de vill ha stöd med i sin utvärdering. Efterfrågan om stöd i uppföljnings- och utvärderingsarbetet av de olika folkhälsoinsatserna som gjorts kom från kommunens olika förvaltningar och koordinatören fanns som stöd och har bland annat bett dem att fylla i och använda sig av *Utvärderingsstödsmallen* (se bilaga 3) som ett diskussionsunderlag inför planeringen av utvärdering.

Jämlikhetsverktyget och Checklista för jämlikhet i hälsa

Under projektets första år, i oktober 2006, genomfördes ett seminarium med Kommunikationsgruppen på CFF. Det screeninginstrument som tidigare utarbetats inom projektet för att bedöma kommunernas folkhälsoinsatser i relation till jämlikhet i hälsa diskuterades och vidareutvecklades. Vidareutvecklingen av instrumentet medförde att det blev ett verktyg – *Jämlikhetsverktyget* (se bilaga 1) och en förenklad version *Checklista för jämlikhet i hälsa* (se bilaga 2), med flera användningsområden, både inom Stockholms läns landsting och inom kommunerna. Dels kan de användas i syfte att planera en insats, dels för att bedöma en nyligen påbörjad insats möjlighet att främja jämlikhet i hälsa. De kan också användas som stöd i uppföljningen av en insats för att se om den uppfyllt ett jämlikhetsperspektiv.

Utveckling av Jämlikhetsverktyget

Arbetet med *Jämlikhetsverktyget* bedrevs internt inom CFF, samt i samarbete med kommunerna Nynäshamn och Södertälje. Möten om verktyget genomfördes med referensgruppen för projektet, projektgruppen för *Hälsosamt åldrande*, Nynäshamns kommuns personalchef och med en intern grupp inom CFF. Vid mötena har utvecklingen av verktyget och dess användbarhet för folkhälsoarbetet i kommunerna och inom CFF diskuterats. Synpunkter som har framförts om verktyget har kontinuerligt använts för att utveckla det. Exempelvis framarbetades en handledning till hur verktyget bör användas och efter nya synpunkter integrerades handledning för varje kapitel i verktyget. Efter utbildning i jämlikhet i hälsa med medarbetare från Socialförvaltningen som använde *Jämlikhetsverktyget* framkom att verktyget upplevdes komplicerat och att språket var svårt vilket medförde att språket förenklades och gjordes mer lättförståeligt. Medarbetarna menade att verktyget var

komplikerat då det bland annat upplevdes för teoretiskt. De muntliga och skriftliga kommentarerna som framfördes om verktygets användbarhet, både svagheter och möjligheter, har använts vid redigering av verktyget och för planeringen av den fortsatta implementeringen av verktyget i kommunens folkhälsoarbete. Fortsatt utveckling av *Jämlikhetsverktyget* planeras inom Avdelningen för tillämpat folkhälsoarbete, Karolinska Institutet.

Det fanns ett behov av en förenklad version av *Jämlikhetsverktyget* och *Checklista för jämlikhet i hälsa* framarbetades. Checklistan har som syfte att ge stöd i bedömningen om en insats har möjlighet att främja jämlikhet i hälsa eller inte. I Nynäshamns kommun har exempelvis Socialnämnden använt *Checklista för jämlikhet i hälsa* som ett stöd i att strukturera granskningen av ett ärende/beslutsunderlag och få klarhet i om exempelvis en behovsanalys är gjord, om olika målgrupper beaktats, om metoderna som används i insatsen har möjlighet att nå målgruppen, om insatsens utformning främjar långsiktiga effekter och slutligen om och hur uppföljning är planerad.

Förmedling av Jämlikhetsverktyget

För att stötta struktureringen av kommunens folkhälsoarbete har koordinatören förankrat *Jämlikhetsverktyget* i kommunen med politiker, chefer och medarbetare. För att förankra *Jämlikhetsverktyget* och *Checklistan för jämlikhet i hälsa* hos både politiker och tjänstemän har koordinatören arbetat med att finna kontakter och nyckelfunktioner i kommunen för att presentera verktygets syfte och uppbyggnad. Ett flertal möten har genomförts med politiker och chefer inom kommunens förvaltningar med presentation av *Jämlikhetsverktygets* syfte och mål tillsammans med en genomgång om den ojämnt fördelade hälsan och ohälsan i kommunen.

Möten där *Jämlikhetsverktygets* uppbyggnad och *Checklista för jämlikhet i hälsa* presenterats har hållits med respektive förvaltningschef och nämndordförande. Ett politiskt och ett formellt stöd inom organisationer som landsting och kommuner är av vikt för att implementeringen av nya metoder ska fungera långsiktigt, eftersom det då finns resurser prioriterat till arbetet som ska göras (Guldbrandsson, 2007). Diskussioner initierades om hur förvaltningschefer och nämndordföranden ville arbeta vidare med implementeringen av verktyget och checklistan i sina respektive förvaltningars verksamheter. Presentationer för nämnder och lednings-/chefsgrupper har genomförts, samt mindre möten med förvaltningschefer och nämndordföranden för att förankra *Jämlikhetsverktyget* och för att ha ett stöd från politisk ledning och från ledningen på tjänstemannasidan. Koordinatören har sedan haft arbetsmöten med medarbetare som arbetar med folkhälsoarbete och som uttryckt behov av stöd i planeringen av sitt folkhälsoarbete. Då *Jämlikhet i hälsa* var i sitt slutskede var det av vikt att hitta nyckelpersoner i kommunens verksamheter som skulle fortsätta använda verktygen efter att koordinatören slutat i kommunens verksamhet och vara ett fortsatt stöd i användandet av verktyget. Dels var det av vikt att förankra systematiseringsverktygen hos politikerna och i ledningsgrupper på förvaltningarna men också med dem som skulle arbeta i eller tillsammans i kommande folkhälsosatsningar för att främja ett vidmakthållande på lång sikt.

Inför de folkhälsosatsningar som startade i kommunen 2009 kontaktade koordinatör ansvarig i socialförvaltningen för att i planeringsfasen av satsningarna presentera och finnas som konsultativt stöd i arbetet med *Jämlikhetsverktyget*. Socialförvaltning bestämde att alla projekt som fick medel ur folkhälsofonden för år 2009 skulle använda sig av *Processbeskrivningsmallen* eller *Jämlikhetsverktyget* för att systematiskt planera och dokumentera satsningen. Koordinatör och socialförvaltningens utredare planerade och genomförde en utbildningsdag i början av 2009 för medarbetare i de nya projekten med fokus på att öka deltagarnas kunskaper om projektarbete, projektplanering och jämlikhet i hälsa. Med *Jämlikhetsverktyget* som utgångspunkt diskuterade deltagarna projektarbete och planerade sina kommande folkhälsosatsningar med stöd i *Jämlikhetsverktyget*.

Uppföljningsmöten med de som arbetat med *Jämlikhetsverktyget* genomfördes där fokus för koordinatör var att finnas som stöd i ifyllandet och vara diskussionspart för ökad förståelse för frågorna i *Jämlikhetsverktyget*. Frågorna som väcktes rörde framför allt de olika folkhälsometoderna som finns beskrivna i verktyget och vad de innebär. Koordinatör höll kontinuerlig kontakt med de personer som arbetade med *Jämlikhetsverktyget*. Vid behov gavs återkoppling och stöd erbjöds i arbetet med *Jämlikhetsverktyget*. Koordinatör initierade även diskussioner med berörda om utvecklingen av folkhälsosatsningarna med utgångspunkt i *Jämlikhetsverktyget* och *Checklista för jämlikhet i hälsa* för att medvetandegöra jämlikhetsaspekten i satsningarna.

Extern spridning av Jämlikhetsverktyget

Projektledaren för *Jämlikhet i hälsa* presenterade *Jämlikhetsverktyget* på en internationell konferens i september 2008: *8th European IUHPE conference: New frontiers: Future Political, Cultural and Scientific Challenges for Health Promotion* i Turin, Italien. I december 2008 var representanter från Forshaga kommun tillsammans med en representant från den norska kommunen Åmod och besökte Nynäshamns kommun och då presenterade koordinatör projektet *Jämlikhet i hälsa* och *Jämlikhetsverktyget*. Folkhälsosamordnare i Götene kommun och i Kristianstad har kontaktat och efterfrågat verktyg för att systematisera sitt folkhälsoarbete. Även utredare från Statens folkhälsoinstitut har varit i kontakt med koordinatör för att få ta del av *Jämlikhetsverktyget* och *Checklista för jämlikhet i hälsa*.

5. Jämlikhet i hälsa och Södertälje kommuns projekt Hälsosamt åldrande

Projektet *Hälsosamt åldrande* har erbjudit uppsökande hälsosamtal till äldre boende i Södertälje kommuns områden Rosenlund och Hovsjö, två områden med olika social struktur. Hovsjö byggdes inom miljonprogrammet och har en stor andel äldre med annan etnisk bakgrund än svensk, många med flyktingbakgrund. Utbildningsnivån i gruppen är generellt sett låg men gruppen har stora sociala nätverk. Rosenlund har blandad bebyggelse och byggdes under 40–50-talet, här har de äldre generellt sett en högre utbildningsnivå, men möjligheten till social gemenskap är liten och mötesplatserna få (Mohlin, 2008).

Ett planeringsmöte genomfördes mellan Södertälje kommun och CFF under 2006 som bland annat resulterade i framtagandet av ett samarbetsavtal mellan CFF, Beställare vård och Äldreomsorgskontoret vid Södertälje kommun avseende stödinsatser i projektet *Hälsosamt*

åldrande. I avtalet fastslogs att CFF inom ramen för befintliga resurser i *Jämlikhet i hälsa* skulle bistå med följande insatser i projektet *Hälsosamt åldrande*:

- fungera som diskussionspartner och rådgivare under projekttiden i frågor gällande planering, genomförande och utvärdering inom ramen för CFF:s kompetensområde
- stötta projektet med verktyg i systematiseringsarbetet

För att ge konsultativt stöd till vidareutveckling av *Hälsosamt åldrande* och utformande av stödande miljöer för målgruppen genomfördes två möten mellan *Hälsosamt åldrande* och CFF. I början av projektet *Hälsosamt åldrande* genomfördes en utbildning i storytelling i vilken koordinatören deltog. Utbildningen låg till grund för den metod som skulle användas i projektet då hälsosamtalen utfördes.

Koordinatören deltog i projektgruppen. Vid möten med projektgrupp och samtalsgrupp har *Processbeskrivningsmallen* som introducerades under hösten 2006, kontinuerligt använts för att dokumentera projektets process och fungera som grund för diskussioner om projektets utveckling och framåtskridande. Koordinatören har även gett stöd i användandet av *Jämlikhetsverktyget* som ett underlag för diskussion om utveckling av de insatser projektet bedriver.

Hälsosamt åldrande, som från början drevs av kommun och landsting gemensamt, fortsatte men enbart med kommunala insatser. Ett skäl till detta var att det från och med 2008 ställdes krav på samtliga husläkarverksamheter att genomföra hälsosamtal med alla 75-åringar och dessa samtal skulle utföras av distriktssköterska. Kommunen sökte under våren 2007 stimulansmedel från Socialstyrelsen för en geografisk utökning av projektet. Under 2008 planerades därför en utökning av projektet till fler områden i kommunen. Eftersom landstinget kommer att erbjuda alla 75-åringar hälsosamtal beslutade kommunen i fortsättningen att erbjuda samtal till dem som är 77 år och äldre. Under planeringen inför en utökning av projektet till nya bostadsområden har *Checklista för jämlikhet i hälsa* introducerats för att ge stöd i behovsanalys, målgruppsanalys, analys av de metoder som används, vidmakthållande och uppföljning.

Kommunen och landstinget har gemensamt genomfört 280 samtal under perioden april 2006 till och med mars 2008 i områdena Rosenlund och Hovsjö i Södertälje. Projektet *Hälsosamt åldrande* avslutades sista mars 2008, men hälsosamtal fortsatte. Till och med 31 december 2008 har 57 hälsosamtal genomförts bland boende i Järna, Hölö, Mörkö och Vårdinge (Mohlin, 2008).

6. Utvärdering av projektet Jämlikhet i hälsa

Utvärderingsstudien genomförs med kvalitativ metod och bygger på intervjuer med aktörer involverade i projektet *Jämlikhet i hälsa* och/eller Nynäshamns kommuns folkhälsosatsning. Utvärderingen fokuserar främst på projektets genomförande, det vill säga studerar och värderar hur aktörer inom SLL och Nynäshamns kommun lyckats skapa strukturer för ett långsiktigt och hållbart hälsofrämjande arbete.

Utvärderingens syfte är att:

- bedöma resultatet av enskilda och övergripande aktiviteter
- beskriva och analysera projektets process, det vill säga belysa händelser som har haft betydelse för förloppet
- använda utvärderingen som pedagogiskt redskap för återföring i syfte att förbättra genomförande och främja vidmakthållande

En utvärderingsplan färdigställdes under våren 2006. Under hösten 2006 påbörjades arbetet och intervjumanualer utformades. Intervjuerna påbörjades under 2007. Intervjuerna behandlade bland annat aktörer som är/kommer att vara delaktiga i folkhälsoarbetet, nuvarande samarbete och samverkan, hur beslutsvägar och beslutsstrategier ser ut och vad/vilka folkhälsoinsatser som påbörjats i Nynäshamns kommun (Bakshi, Parmander 2008). Materialet bestod av intervjuer med aktörer av betydelse för projektet *Jämlikhet i hälsa*, bland andra projektets koordinator, politiker och tjänstemän i Nynäshamns kommun och i Stockholms läns landsting. Den andra intervjustudien genomförs i kommunen under våren 2009 och den utvärderingsrapporten kommer att vara klar hösten 2009.

Analys från den första delrapporten i utvärderingen

Den första delrapporten bygger på intervjuer som fokuserar på delaktighetsstrukturer, kommunikationsstrukturer och samverkansprocesser (Bakshi, Parmander 2008). Rapporten har publicerats och presenterades för kommunens och landstingets samrådsgrupp i Nynäshamns i maj 2008. I mars 2009 hölls ett seminarium i kommunen där folkhälsogruppen, nämndordföranden, förvaltningschefer och arbetsgruppen för inflytande och delaktighet bjöds in att delta för återkoppling av resultatet av den första utvärderingsrapporten och för diskussion om kommunens fortsatta utveckling av folkhälsoarbetet.

Analysen från den första delrapporten visar bland annat att det i kommunen finns en medvetenhet om och en samsyn på vidmakthållande av folkhälsofrämjande aktiviteter. Det pågår arbete för att utveckla strukturerna för detta. Utvärderingen visar att mer fokus bör läggas på att utveckla strukturer för att arbeta med jämlikhet i hälsa. Utvärderingen visar också att det är av vikt att verktyg och rutiner för vidmakthållande och systematisering av folkhälsoarbetet i kommunen inte blir personbundna, utan förankras i verksamheten och till funktioner (Bakshi, Parmander, 2008). Vidare menar utvärderarna i sin analys att det finns ett behov av att tydliggöra roller, ansvarsområden och kommunikationsformer i samverkansarbete både internt inom kommunen och mellan kommunen och externa parter exempelvis med SLL (Bakshi, Parmander 2008).

Medvetenheten om delaktighet i kommunens folkhälsoarbete behöver ökas hos kommunens aktörer. Analysen i utvärderingen tyder på att det till viss del finns en uppfattning om att delaktighet är att informera/bli informerad. Genom att göra både målgrupper och utförare på olika nivåer mer delaktiga genom andra kommunikationsformer såsom utbildning och dialog, ökar förmodligen både möjligheterna att se hur de egentliga behoven ser ut, och motivation och engagemang för det hälsofrämjande arbetet (Bakshi, Parmander 2008).

I utvärderingen framkommer det att urvalet av de folkhälsosatsningar som ska genomföras i Nynäshamns kommun betraktas som problematiskt av de intervjuade, eftersom det upplevs som svårt att bedöma vad man bör och vad man inte bör satsa resurser på (Bakshi, Parmander 2008). Ansökningsförfarandet behöver antagligen formaliseras/systematiseras i högre grad liksom tydliggörandet av hur urvalet av de folkhälsosatsningar som ska genomföras bedöms/går till. Exempelvis bör sökande visa att en grundläggande behovsundersökning har gjorts, att målen är konkreta och realistiska, på vilket sätt folkhälsan främjas genom insatsen, hur man beaktat jämlikhet i hälsa, och hur insatsen ska följas upp (Bakshi, Parmander 2008).

I analysen av utvärderingen påpekas att en helhetssyn behöver utvecklas på hur kommunikation kan användas i folkhälsoarbete och utvecklingsprocesser, exempelvis för att öka delaktighet inom kommunen. En av flera kommunikativa aspekter som lyfts fram är vikten av att prioritera frågan om hur kommunen ska arbeta med att nå ut till olika målgrupper, det vill säga utveckla den målgruppsanpassade kommunikationen (Bakshi, Parmander 2008).

7. Erfarenheter av projektet och reflektioner

I detta avsnitt sammanfattas de avslutande reflektionerna om projektet *Jämlikhet i hälsa* och förutsättningar som upplevs ha påverkat projektet och kommunens folkhälsoarbete. Vidare presenteras reflektioner om förmedlingen av *Jämlikhetsverktyget* kopplat till Karin Guldbbrandssons (2007) forskningssammanställning om implementeringens mödosamma konst. Reflektioner som presenteras i detta avsnitt är framförallt hämtade ur dokumentationen av *Jämlikhet i hälsa* som gjorts av koordinatören.

Delaktighet, kommunikation och samverkan

Det uttryckta behovet av ökad samordning och samverkan i det kommunövergripande folkhälsoarbetet medförde att folkhälsogruppen fyllde sin funktion för ökad samverkan och kommunikation. Det som kan utvecklas är att de överenskommelser som gjorts inom gruppen tydligare bör följas upp, exempelvis så var den "tidlinje" som skulle fyllas i av de olika förvaltningarna för insatser riktade till barn och ungdomar ett initiativ som i slutet av projekttiden inte fortsatt. Det är också av vikt att dessa möten inte enbart blir en informationskanal, utan att det ges möjlighet för deltagarna att lyfta sina behov och frågeställningar som de står inför, inom ramen för sina folkhälsosatsningar. Eventuella problem och frågetecken som uppstår inom folkhälsosatsningar eller mellan förvaltningar bör ha ett forum där detta kan diskuteras och lösas. Det finns ett behov av att göra medarbetare mer delaktiga från början av satsningarna. Det vill säga delaktiga redan i planerings- och ansökningsförfarandet för att få en bättre förankring av folkhälsosatsningarna hos dem som sedan kommer att arbeta med satsningarna. Det är av vikt att både chefer, tjänstemän och utförare finns med i planeringsstadiet så att ansvarsfördelning, organisation och funktioner finns tydliggjorda redan i början av projekten (Guldbbrandsson, 2007). För att inte satsningar ska gå under med en person som slutar är det viktigt att funktioner är bundna till projektet och att satsningen inte är personbunden. Det är också viktigt att det finns en ansvarig/projektledare och att dokumentation förs genom hela projektet från planering och förankring till genomförande och uppföljning (Sydhoff et. al 2008). För att planera insatser

innan förvaltningarna söker medel finns nu de olika verktygen¹⁶ i kommunens arbete. Det finns förutsättningar för att underlätta en process med att ta fram tydliga kriterier för ansökningarna till kommunens folkhälsofond. Utvärderingen visade att det finns ett behov av att utveckla helhetssynen på hur kommunikation kan användas i folkhälsoarbete och utvecklingsprocesser (Bakshi, Parmander 2008). Här framkom också att kommunen behöver utveckla strategier för att nå ut till olika målgrupper med sitt arbete, det vill säga utveckla den målgruppsanpassade kommunikationen. Kommunens ny tillsatta arbetsgrupp för delaktighet och inflytande skapades för att se över hur kommunen skulle kunna öka sitt arbete med att främja delaktighet och inflytande för framför allt ekonomiskt och socialt utsatta grupper samt för barn, ungdomar och äldre. Med stöd i denna grupps kommande rapport finns möjligheter att utveckla delaktighet, inflytande och kommunikation i kommunens folkhälsoarbete.

Konsultativt stöd i planering och genomförande samt handledning

I och med att koordinatören till 80 procent av sin arbetstid funnits på plats i Nynäshamns kommun så har det skapat möjligheter att alltid finnas till hands som ett konsultativt stöd då behoven funnits. Koordinatören har funnits tillgänglig i ett flertal folkhälsosatsningar, på möten och funnits för medarbetarna. I slutet av projektiden ökade förfrågningarna om stöd. Behovet av stöd har framför allt funnits i planeringen av nya folkhälsosatsningar för 2009 och i uppföljningsplaneringen av pågående folkhälsosatsningar. Koordinatören hade inte någon beslutande makt över vare sig folkhälsosatsningarna eller folkhälsoarbetet i kommunen utan har fungerat som ett konsultativt stöd i planeringen och genomförandet av de olika folkhälsosatsningarna. I arbetet med planeringen av nya folkhälsosatsningar som gjorts i *Jämlikhetsverktyget* har framför allt förfrågningarna och behovet av stöd fokuserat på att definiera och diskutera de folkhälsovetenskapliga begrepp som använts i verktyget. Ett fortsatt stöd i planeringsarbetet av folkhälsosatsningarna uttrycktes av medarbetarna i projektets slutskede. Då koordinatören slutade i kommunen hade några av kommunens tjänstemän och medarbetare bekantat sig med de olika verktygen för systematisering av folkhälsoarbetet. För att behovet om fortsatt stöd i planeringsarbetet ska uppnås finns det möjligheter för kommunen att strukturera folkhälsoarbetet så att medarbetarna kan stötta varandra och ge feedback på varandras arbete.

Kunskapsförmedling avseende hälsofrämjande teori och metod

Kunskapsförmedlingen har skett inom olika målgrupper i kommunen. Till exempel med politiker i de olika nämnderna som är engagerade på sin fritid i kommunen, med tjänstemän som arbetar med insatser på individnivå eller på samhällsplaneringsnivå och med ideella föreningar som arbetar med föreningens medlemmars intressen och även kommuninvånarnas intressen. Alla har haft olika bakgrundskunskap om hälsofrämjande arbete. Här har det varit av vikt att anpassa utbildningstillfällen till dels den målgrupp som deltar i utbildningstillfället men också till den verksamhet som utbildningen riktar sig till. Det har även varit av vikt att lära känna varandras verksamheter och uttryck då det ibland blivit missförstånd eftersom koordinatören och tjänstemän i kommunen utgått från olika referensramar och professioner. Exempelvis då koordinatören pratat om ”folkhälsoinsats” eller ”insats” med Socialförvaltningens chefer och medarbetare har de kopplat begreppet ”insats” till varje

¹⁶ *Jämlikhetsverktyget, Checklista för Jämlikhet i hälsa, Processbeskrivningsmallen samt Utvärderingsstöds mallen.*

individinsats de gör inom Socialförvaltningen och inte till folkhälsoinsats. Att göra en målgruppsanalys och ta reda på vilka det är som ska vara med vid ett utbildningstillfälle eller ett presentationstillfälle har varit givande för kunskapsförmedlingen. Att som kunskapsförmedlare ha kunskaper om det område tjänstemännen arbetar med eller beslutar inom har upplevts öka respekten och tilliten. *Jämlikhetsverktyget* uppfattades av medarbetare som teoretiskt då det presenterades i kommunerna. Samtidigt har medarbetare förmedlat att de sett vinster med att använda verktyget som ett stöd i att strukturera sitt arbete och för att medvetandegöra jämlikhetsaspekten. Att koordinatören funnits som konsultativt stöd i tjänstemännens arbete med *Jämlikhetsverktyget* har upplevts positivt då det gett möjligheter till ökad kommunikation genom frågor, diskussion och återkoppling i planeringsarbetet.

Förmedling av verktyg för systematiseringsarbetet

Guldbrandsson tar upp fyra implementeringskriterier som är av vikt att arbeta med när en ny metod ska introduceras. De fyra implementeringskriterier Guldbrandsson tar upp är, en kombination av insatser, tidig involvering av användarna, resurser (ekonomiska och organisatoriska) samt feedback (Guldbrandsson, 2007). *Jämlikhetsverktyget* arbetades fram inom ramen för projektet och introducerades i kommunen som en metod för att få stöd i att planera folkhälsoarbete och medvetandegöra jämlikhetsaspekten vid planering av nya eller nyligen påbörjade insatser.

En kombination av insatser erbjöds inom ramen för projektet. Både utbildningar inom hälsofrämjande teori och metod, liksom handledning och konsultativt stöd erbjöds kommunerna genom projektet och koordinatören som fanns på plats och hade kunskap om kommunens verksamheter och folkhälsoarbetet. Redan i början av framtagandet av *Jämlikhetsverktyget* fanns en dialog med kommunernas medarbetare. Deras reflektioner och synpunkter återkopplades och användes i utvecklingen av verktyget. Det sista halvåret fokuserade koordinatören framför allt på att förmedla det utvecklade *Jämlikhetsverktyget* och *Checklista för jämlikhet i hälsa* som ett led i systematiseringen av kommunens folkhälsoarbete. Utvecklingsledaren i Nynäshamns kommun är organisatoriskt nära kommunstyrelsen. Tillsammans med kommunens vilja att arbeta hälsofrämjande och kommunens resurstilldelning av folkhälsomedel till förvaltningars folkhälsosatsningar finns förutsättningar för en utveckling av ett folkhälsoarbete med jämlikhetsaspekten i beaktande. I och med *Jämlikhet i hälsa* finns nu verktyg till stöd för att kunna utveckla strukturer och systematisera kommunens folkhälsoarbete. Med stöd i dessa verktyg kan utvecklingsledaren tillsammans med medarbetare i kommunen utveckla ett folkhälsoarbete och arbeta för en jämlik hälsa i kommunen.

Det fanns en nyfikenhet hos medarbetare att veta hur andra inom samma förvaltning men på andra avdelningar arbetade med *Jämlikhetsverktyget*. Ett uttryckt behov av att få återkoppling från andra inom samma profession och ges ökat utrymme för reflektion inom ramen för folkhälsosatsningarna fanns. Här kan exempelvis kommunens folkhälsogrupp finnas som ett forum för denna typ av diskussioner, reflektion och återkoppling. Återkoppling från kollegor inom samma profession ger bättre effekt än återkoppling från kollegor som inte har samma professionella bakgrund (Guldbrandsson K, 2007).

Utmaningar för kommunens fortsatta folkhälsoarbete

Det finns ett uttalat behov av att tillsammans (både projektledare, ansvariga chefer och utförare) i projektgrupper få en möjlighet att, inom respektive förvaltning, planera för folkhälsosatsningar och vara med redan i planeringen av ansökan till folkhälsofonden. Att utveckla och skapa organisatoriska förutsättningar för detta behov är ett utvecklingsområde inom kommunens folkhälsoarbete. Utvecklas de organisatoriska förutsättningarna för detta behov kan ett ökat utrymme i verksamheten med tid till gemensam planering av folkhälsosatsningar prioriteras. Här kan *Jämlikhetsverktyget* vara ett stöd i planeringsarbetet. Verktöget kan användas för att få struktur i diskussionerna om folkhälsosatsningarna men också för att medvetandegöra jämlikhetsperspektivet. Att arbeta med *Jämlikhetsverktyget* medvetandegör också vikten av delaktighet under planeringsstadiet för både chefer, medarbetare, målgrupp och andra medverkande aktörer för att skapa långsiktighet i folkhälsosatsningarna.

En annan utmaning för kommunen är att utveckla former för kommunikation mellan de olika förvaltningarna kopplat till det folkhälsoarbete som bedrivs så att erfarenheter kan utbytas och de olika folkhälsosatsningarna kan stötta varandra. Att hitta kommunikationsformer som passar kommunens folkhälsoarbete och som vidmakthålls är av vikt, då det är ett uttryckt behov hos medarbetarna (Bakshi, Parmander 2008). Finns kommunikationsformer som används och utvecklas kan det skapa möjligheter för att bättre nå olika grupper i befolkningen med kommunens folkhälsosatsningar och samordning av insatser kan underlättas (Bakshi, Parmander, 2008). I kommunens arbetsgrupp för delaktighet och inflytande pågår just nu ett arbete med att ta fram ett förslag på hur den kommunala verksamheten skulle kunna utveckla sina arbetsformer för delaktighet och inflytande.

Det finns ett uttryckt behov hos kommunens medarbetare om tydligare riktlinjer för utdelning av folkhälsomedel från kommunens folkhälsofond (Bakshi, Parmander 2008). Det vill säga ett tydliggörande om vilka kriterier som projektansökningar ska uppfylla för att få medel ur kommunens folkhälsofond. Här kan de förmedlade verktygen som nu finns i kommunen vara ett stöd i arbetet med att ta fram riktlinjer för vad ansökningarna ska ha uppfyllt för att ett projekt ska få medel från kommunens folkhälsofond. Då de förmedlade verktygen medvetandegöra jämlikhetsperspektivet vid planering av folkhälsoarbete finns det möjlighet för kommunen att utveckla sitt folkhälsoarbete och driva det så att en mer jämlik hälsa uppnås. Planerar tjänstemännen folkhälsosatsningar som bidrar till en jämlik hälsa och kan politikerna få stöd att med exempelvis *Checklista för Jämlikhet i hälsa* avgöra om en folkhälsoinsats har förutsättningar att främja jämlikhet i hälsa eller inte så kan systematiseringen av folkhälsoarbetet på både tjänstemannanivå och politikernivå utveckla arbetat med att främja en jämlik hälsa.

Referenser

- Bakshi A, Parmander M (2008), *Samverkan, Delaktighet och kommunikation Utvärdering av projektet Jämlikhet i hälsa*. Rapport: 2008:13. Centrum för folkhälsa, Stockholms läns landsting.
- Den framtida närsjukvården/3S-utredningen* (2004) Stockholms läns landsting (Utredningen om ny hälso- och sjukvårdsstruktur för Stockholms läns landsting samt förslag till uppförande av ett nytt universitetssjukhus, för beslut i Landstingsstyrelsen.).
- Elevenkäten 2006*, Stockholms Stads Utrednings och statistikkontor (USK).
- Folkhälsorapport 2003 – Folkhälsan i Stockholms län 2003*, Samhällsmedicin, Stockholms läns landsting. Rapport 2003:1.
- Guldbrandsson, K (2007), *Från nyhet till vardagsnytta – om implementeringens mödosamma konst*. Rapport 2007:20. Statens folkhälsoinstitut.
- Jeding K (1999), *Ett friskt arbetsliv – Fysiska och psykosociala orsakssamband samt möjligheter till prevention och tidig rehabilitering*. Arbetslivsinstitutet.
- Koch T, Kralik D, Van Loon A, Mann S (2006) *Participatory action research in health care*. Blackwell Publishing Ltd. Oxford, UK.
- Mohlin, A-C (2008), *Projektet Hälsosamt åldrande*. Slutrapport 20080331
Äldreomsorgskontoret Södertälje kommun
- Pellmer K, Wramner B (2007), *Grundläggande folkhälsovetenskap*. Stockholm: Liber; 2007
- Social atlas över Stockholmsregionen* (2000) Regionplane- och trafikkontoret, Stockholms läns landsting.
- SPRING – ett projekt med barns hälsa och lärande i fokus 2008–2010*. Folder på www.folkhalsoguiden.se
- Sydhoff J, Kvist Lindholm S, Andersson C, Lindvall C (2008), *Processbeskrivning av folkhälsoarbete*. Rapport 2008:2 Centrum för folkhälsa, Stockholms läns landsting (finns på www.folkhalsoguiden.se)

Bilagor

Bilaga 1 - Jämlikhetsverktyget (Arbetsmaterial)

Bilaga 2 - Checklista för jämlikhet i hälsa (Arbetsmaterial)

Bilaga 3 - Utvärderingsstödsmallen (Arbetsmaterial)

Jämlikhet i hälsa – Hur stämmer vi av att vi går åt rätt håll?

Syftet med verktyget är att vara till hjälp att använda jämlikhetsperspektiv då insatser som kan påverka människors hälsa planeras eller nyligen har startat. Genom att diskutera delarna i verktyget och fylla i kolumnerna ska verktyget hjälpa till att medvetandegöra:

- Om och hur den planerade insatsen påverkar hälsan i olika grupper i befolkningen
- Om och hur den strategi som används påverkar nuvarande hälsoskillnader
- Insatsens långsiktighet och betydelsen av uppföljning samt feedback till politiker, berörda tjänstemän och målgrupp
- Hur den planerade insatsen kan kompletteras/utvecklas för att främja jämlikhet i hälsa i befolkningen

”Med jämlikhet i hälsa menas att alla människor – oavsett ålder, kön, klasstillhörighet, etnisk eller kulturell bakgrund, sexuell läggning, funktionsnedsättning eller andra egenskaper – ska ha en rättvis möjlighet att uppnå sin fulla hälsopotential.” (Stockholms läns landstings folkhälsopolicy)

Ett projekt/program kan främja jämlikhet i hälsa om

- det utgår från lokala behov
- socialt utsatta grupper ingår i målgruppen och *nås* av projektet/programmet
- det inkluderar strukturella strategier, såsom förändringar i miljön (exempelvis bättre gångvägar, subvention på nyttig mat)
- det finns en strategi för vidmakthållande utarbetad
- det bygger på delaktighet och/eller ökat inflytande (empowerment) från berörda målgrupper och/eller utförare
- det bidrar till att skapa förutsättningar för en god hälsa hos socialt utsatta grupper.

Ett projekt/program främjar *inte* jämlikhet i hälsa om det

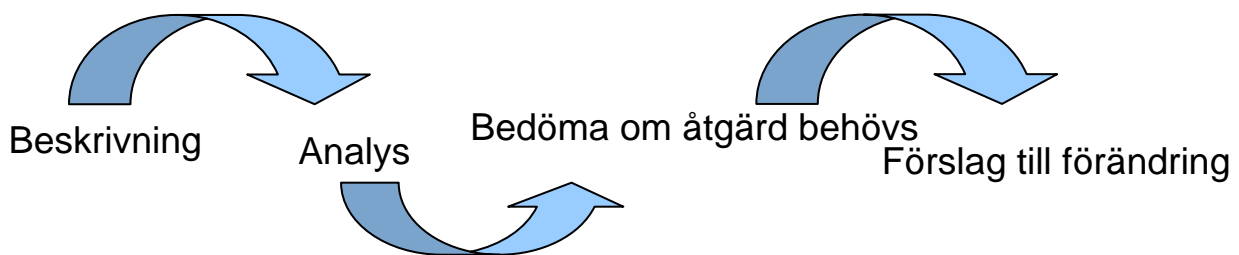
- enbart gynnar redan privilegierade grupper (avgörs bland annat i val av strategi, exempelvis är traditionell hälsoupplýsning mest effektiv på högutbildade)
- saknas strategier för vidmakthållande
- enbart baseras på individinriktade insatser
- inte utgår från lokala behov
- enbart styrs uppifrån, både vad gäller initiering, planering och genomförande
- saknas inslag av delaktighet.

Så här används verktyget

Verktyget är indelat i avsnitten

- Behov
- Metoder
- Målgrupper och delgrupper
- Insatsens utformning och långsiktiga effekter
- Uppföljning

Under varje avsnitt finns en beskrivande del, en analyserande del, en bedömning om åtgärd behövs, samt en del där ni kan ge förslag till förändringar av insatsen för att den ska främja jämlikhet i hälsa.



Beskrivning

Fylls i utifrån de frågor som listats i vänsterkolumnen. Det ska vara en kort beskrivning av den insats som ni planerar eller bedriver, avgränsad till de listade frågorna. Ni behöver inte svara på varje fråga, utan endast de frågor som er insats berörs av.

Analys

Fylls i genom att ni analyserar den beskrivande delen. Till er hjälp har ni frågor i vänsterkolumnen som ni tar ställning till. Diskutera frågorna i era arbetsgrupper och fyll i ert resonemang.

Bedöma om åtgärd behövs

Gör en bedömning baserat på analysen om ni behöver vidta åtgärder för att insatsen ska främja jämlikhet i hälsa. Reflektera även över de frågor som ni har bedömt inte berör er insats. Kan det ha betydelse för jämlikheten i hälsa att ni inte har detta som en del i er satsning? Exempelvis om ni har en insats riktad till skolan men inte har beaktat kön eller ålder, kan det påverka att ni inte når det resultat ni önskar och att hälsoklyftorna ökar.

Förslag till komplettering/förändring

Här görs en sammantagen bedömning av insatsen utifrån varje avsnitt. Det som ni skriver in här ska bygga på det som har framkommit i beskrivande delen, analyserande delen och bedömning om åtgärd behövs. Den ska innehålla rekommendationer till förändringar eller kompletteringar till insatsen för att den ska främja jämlikhet i hälsa. Förslagen till komplettering/förändring förs sedan över från varje avsnitt till sammanfattningen på sidan 1.

Fotnoter

Förklaringar till begrepp som används finns i rödmarkerade fotnoter **1**. Placera muspekaren på siffran så kommer en ruta upp med förklaring till begreppet. Samtliga fotnoter återfinns i slutet av dokumentet och kan skrivas ut i sin helhet.

Insatsen som ska granskas

Redogör kort för insatsen under rubrikerna: *titel*, *mål*, *målgrupper* och *insats*. Att redogöra för insatsen kan vara en hjälp för er att strukturera upp arbetet. Detta behövs även för att andra som inte är insatta i arbetet ska kunna sätta sig in i analysen av det och kunna komplettera analysen eller ta del av era erfarenheter då en ny satsning planeras.

Titel:
Mål:
Målgrupper:
Insats/verksamhet:

HANDLINGSPLAN

OBS! Handlingsplanen fylls i sist, efter att alla delar i verktyget har gått igenom.

Sammanfattningsvis behövs följande kompletteringar och förändringar för att insatsen ska främja jämlikhet i hälsa:

Behov
Metoder
Målgrupper och delgrupper
Insatsens utformning och långsiktiga effekter
Uppföljning

För fortsatt planering av arbetet, utgå från de sammanfattande punkterna och specificera åtgärd, ansvar och tidsplan.

1. Behov

Det är viktigt att satsningen svarar på faktiska behov hos målgruppen. För att kunna utforma en folkhälsosatsning som svarar på behov hos målgruppen måste en behovsanalys genomföras. En behovsanalys svarar på om behovet varierar hos olika grupper beroende på kön, ålder osv.

Beskrivning

<p>1. Vilket behov?</p> <p>2. Vems behov?</p> <p>3. Vem/vilka har definierat behovet?</p> <p>4. Vad visar behovsanalysen?</p> <ul style="list-style-type: none">• Har vissa grupper större behov än andra?• Finns det olika typer av behov i olika grupper? Exempelvis bland kvinnor/män, olika åldersgrupper, människor i olika geografiska områden, människor med olika inkomst etc.? <p>5. Vilka bestämningsfaktorer för hälsa har betydelse för de identifierade behoven? 1</p>

Analys

Analysen är till för att ni ska kunna utveckla insatsen med ett ordentligt underlag så att ni lättare kan stämma av vilka behov som är viktigast att satsa på. Om ni inte kan svara på nedanstående frågor bör ni formulera förslag på hur ni ska få ett tillräckligt bra underlag för att kunna besvara frågorna.

	Krävs åtgärd?
	Ja/Nej
1. Har identifierade målgrupper tillfrågats om vilka behov som uppfattas som viktiga? Om inte, vilka konsekvenser har det?	
2. Är detta ett större behov än andra förekommande behov som motiverar att man bör satsa på just detta?	
3. Finns det grupper som är i större behov av insatsen än andra?	
4. Är behovsanalysen tillräcklig för att insatsen ska ha potential att nå socialt utsatta grupper 2 ?	

1. Behov

Förslag till förändring

Behöver behovsanalysen kompletteras och i sådana fall med vad?

2. Metoder

Om en insats främjar jämlikhet i hälsa eller inte beror på vilken strategi som används. Nedan ges exempel på metoder som kan användas. Fyll endast i de rutor som motsvarar metoder som ni använder/ska använda.

Beskrivning

1. **Beskriv er insats tillvägagångssätt**
2. **Vilka metoder använder ni er av i er insats. Beskriv om ni använder er av nedanstående metoder och i så fall på vilket sätt.**
 - a. **Levnadsvanor 3**
 - b. **Stödjande miljöer 4**
 - c. **Arena5**
 - d. **Högriskstrategi6**
 - e. **Befolkningsstrategi7**
 - f. **Nätverk8**
 - Informella
 - Formella
 - g. **Kommunikation9**
 - Information
 - utbildning
 - Dialog
 - h. **Hälsofrämjande policy 10**
 - i. **Delaktighet11**
 - Bland målgrupp
 - Bland utförare
 - Bland andra
3. **Vilka bestämningsfaktorer för hälsa berör ni med er insats/verksamhet? 12**

3. Målgrupper och delgrupper

Det är viktigt att fundera över vilka ni riktar er insats till och hur ni når olika målgrupper för att insatsen inte ska öka hälsoklyftorna. En insats kan behöva utformas på olika sätt till olika målgrupper och delgrupper. Beskriv vilka grupper ni riktar er till.

Beskrivning

1. Vilken målgrupp riktas insatsen till?

2. Vilka delgrupper kommer ni att dela in målgruppen i?

Nedan räknas exempel på delgrupper upp. Fyll endast i de delgrupper som denna insats utformas specifikt för att nå.

- a. Kvinnor och/eller män
- b. Åldersgrupper
- c. Socioekonomiska grupper
 - Utbildningsnivå
 - Inkomstnivå
- d. Geografiska områden
- e. Etnicitet
- f. Riskgrupper för ohälsa, exempelvis:
 - Arbetslösa
 - Högkonsumenter av alkohol
- g. Annan (vem/vilka)

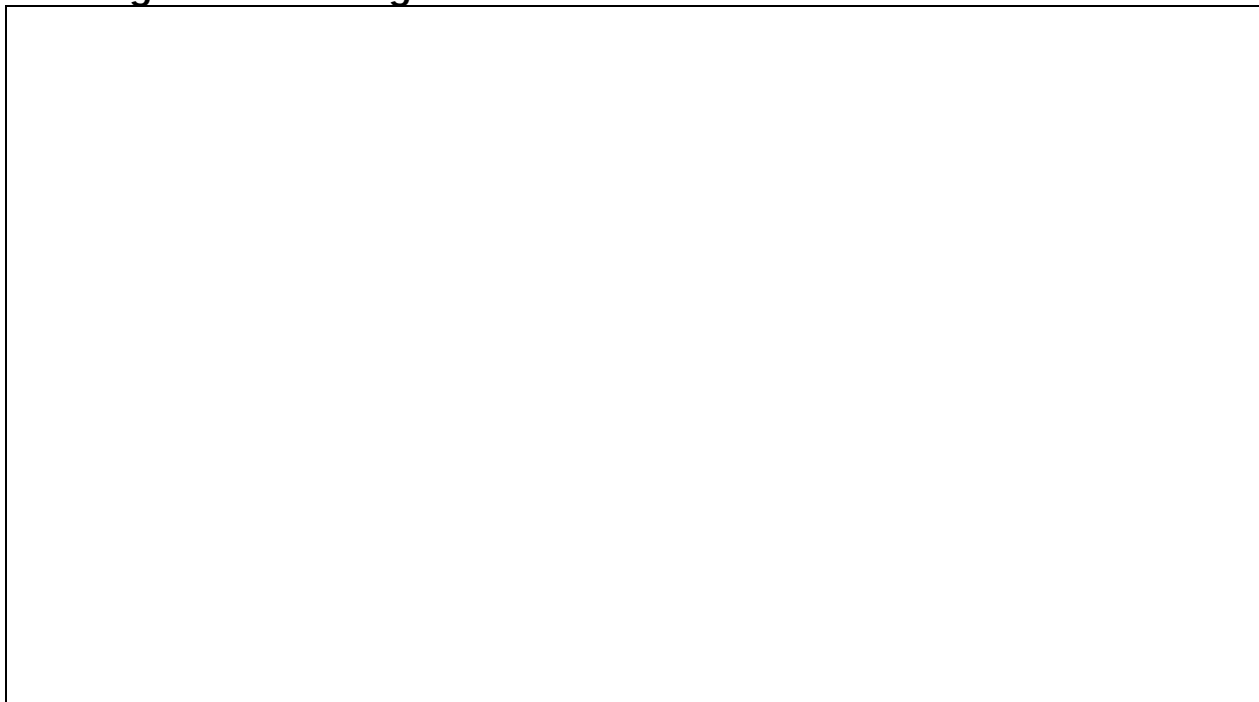
Analys

Analysen är till för att ni ska kunna utveckla insatsen med ett ordentligt underlag så att ni lättare kan stämma av vilka målgrupper och delgrupper som är viktiga att nå med insatsen. Om ni inte kan svara på nedanstående frågor bör ni formulera förslag på hur ni ska få ett tillräckligt bra underlag för att kunna besvara frågorna.

	Krävs åtgärd? Ja/Nej
1. Har ni beaktat kön, ålder, socioekonomiska grupper, geografiska områden, etnicitet och riskgrupper? Om inte, varför, och vad kan det innebära?	
2. Har ni med de beskrivna metoderna skapat möjlighet att nå viktiga delgrupper inom målgruppen?	

3. Målgrupper och delgrupper

Förslag till förändring



4. Insatsens utformning och långsiktiga effekter

Här beskrivs och analyseras hur insatsen utformas och vilka konsekvenser det får för hälsan i befolkningen. För att få långsiktiga effekter av folkhälsoinsatser kan det ibland behövs kortsiktiga strategier. Det kan exempelvis handla om att anställa en projektledare för att starta en verksamhet/insats. Det är dock viktigt att insatsen inte endast består av kortsiktiga strategier. Ni bör fundera på vem som ansvarar för det fortsatta arbetet, till exempel om det är knutet till en speciell person, eller till en funktion. Det är viktigt att det finns en struktur för att driva arbetet och att delaktighet främjas bland berörda aktörer och målgruppen för att insatsen ska främja jämlikhet i hälsa.

Beskrivning

1. Vilka ansvarar för att driva arbetet framåt?

a. Beskriv de kortsiktiga strategierna

- Vem/vilka bär ansvaret för insatsen här och nu?
- Är insatsen personbunden och/eller funktionsbunden? **14**

b. Beskriv de långsiktiga strategierna

- Vem/vilka bär ansvaret för att insatsen drivs vidare på lång sikt?
- Hur ska insatsen bli en del av den ordinarie verksamheten?
- Finns policy och handlingsplaner för det fortsatta arbetet?

2. Hur är arbetet organiserat, finns det t.ex. olika arbetsgrupper?

3. Finns det forum för samverkan med andra aktörer för att bedriva satsningen?

4. Vilka aktörer samarbetar ni med inom verksamheten och utanför verksamheten?

5. Initierat av vem? **15** Experter, befolkningen, politiker med flera.

4. Insatsens utformning och långsiktiga effekter

Analys

Analysen är till för att ni ska kunna utveckla insatsen med ett ordentligt underlag så att ni lättare kan stämma av om insatsen är organiserad på ett bra sätt och om insatsen har möjlighet att ge långsiktiga effekter. Om ni inte kan svara på nedanstående frågor bör ni formulera förslag på hur ni ska få ett tillräckligt bra underlag för att kunna besvara frågorna.

**Krävs
åtgärd?**

	Ja/Nej
1. Är insatsen utformad på ett sådant sätt att delaktighet säkerställs bland berörda aktörer och målgrupp? 16	
2. Bör organisationen av arbetet utvecklas för att säkerställa att medverkande aktörer, berörda aktörer och målgruppen blir mer delaktiga i satsningen?	
3. Arbetar ni med att göra samarbetsparter och målgrupp delaktiga i satsningen och i så fall hur?	
4. Har insatsen ett uppifrån, eller underifrån perspektiv? Har politiker, tjänstemän, eller målgruppen definierat problemet, och vad får det för betydelse för insatsen?	
5. Är insatsen utformad så att den får långsiktiga effekter? 17	

Förslag till förändring

5. Uppföljning

För att kunna uttala sig om hur en insats genomförande har fungerat och vilken effekt en insats har på folkhälsan, bör en uppföljning av insatsen genomföras. Det är viktigt att följa upp hur insatsen har påverkat hälsan hos olika grupper av befolkningen för att kunna förstå insatsens möjlighet att främja jämlikhet i hälsa.

Beskrivning

<p>1. Vilka indikatorer följs upp?</p> <ul style="list-style-type: none">• Levnadsvanor• Livsvillkor• Annat <p>2. Hur dokumenteras insatsens process och resultat?</p> <p>3. Hur planeras spridningen av uppföljningen och till vem (målgrupp, utförare, beställare)?</p>
--

Analys

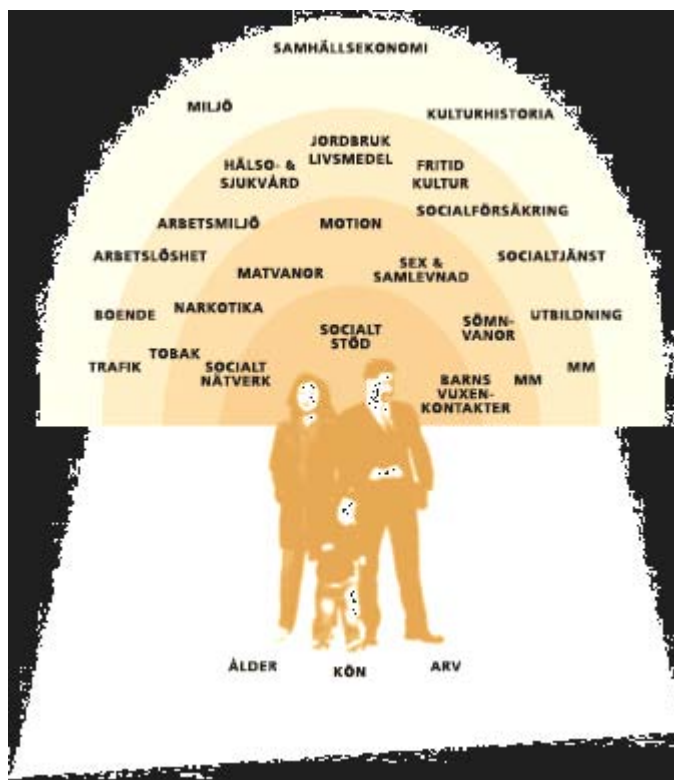
Krävs
åtgärd?

Ja/nej

	Krävs åtgärd? Ja/nej
<p>1. Sker en tillräcklig uppföljning av hur målet med insatsen uppfylls och för att se hur hälsan utvecklas i målgruppen? Om inte, hur kan detta förbättras?</p>	
<p>2. Följs indikatorerna upp på ett sätt så att det går att uttala sig om hälsan/ohälsan i olika delgrupper av målgruppen? Till exempel om hälsan/ohälsan varierar i olika delar av målgruppen, eller om tillgång till service varierar i olika delar av målgruppen?</p>	
<p>3. Hur kan dokumentation och spridning av resultatet användas för att förbättra insatsen och dess möjlighet att främja jämlikhet i hälsa?</p>	
<p>4. Hur kan dokumentationen och spridningen av resultatet användas för att påverka framtida satsningar så att jämlikhetsperspektivet används vid planering och genomförande av insatser?</p>	

5. Uppföljning

Förslag till förändring



Hälsans bestämningfaktorer

¹ Utsatta grupper har problem på flera områden samtidigt. I många fall är dessa situationer knutna till bestämda faser i den enskildes livsförlopp som t.ex. ungdomars etablering på vuxenlivets olika arenor. För dem som drabbas av en ansamling av problem framstår detta emellertid som ett tecken på en mer utsatt social position – framförallt om problemen är av mer varaktigt slag. Exempel på utsatta grupper kan vara: ungdomar, ensamstående föräldrar och utrikesfödda. Deras utsatthet yttrar sig i ett eftersatt vårdbehov, svårigheter att komma in på arbetsmarknaden, arbetslöshet, tidsbegränsade anställningar, låga inkomster, otillfredsställande bostadssituation. KÄLLA: Social rapport 2001, kap 6, Socialstyrelsen.

Överrask för utsatthet har människor med psykiska och alkoholrelaterade sjukdomar, eftersom det kan leda till ekonomiska och familjemässiga konsekvenser. Överrask för utsatthet har även barn och ungdomar som har varit placerade i familjehems- eller institutionsvård eftersom de riskerar att gå ut i livet med högst grundskoleutbildning, att bli tonårsförälder, att få psykisk sjukdom eller att begå självmord. KÄLLA: Social rapport 2006, Socialstyrelsen.

³ *Levnadsvanor*: avser tobaksvanor, alkoholvanor, bruk av narkotika, matvanor, motionsvanor, sex och samlevnad, sömnvanor mm

⁴ *Stödjande miljöer*: Avser miljöer som skyddar mot hälsohot och främjar människors hälsa. Det handlar om att genomföra förändringar i strukturen (samhälleliga, sociala, kulturella, ekonomiska, politiska och ideologiska strukturer), t.ex. miljön, arbetsmarknaden etc. för att påverka hälsan. Arbetet utgår ifrån att skapa och förstärka de miljöer som stödjer ett hållbart, hälsosamt samhälle.

⁵ *Arena*: Den plats där människor samlas, kan nås samt påverkas till ett mer hälsosamt liv. Genom att rikta insatser till en arena där målgruppen befinner sig kan förutsättningar för hälsa skapas för målgruppen oavsett om de har sämre förutsättningar till hälsa generellt sett.

⁶ *Högriskstrategi*: En strategi som riktar insatser till människor där man vet att risken för ohälsa är stor.

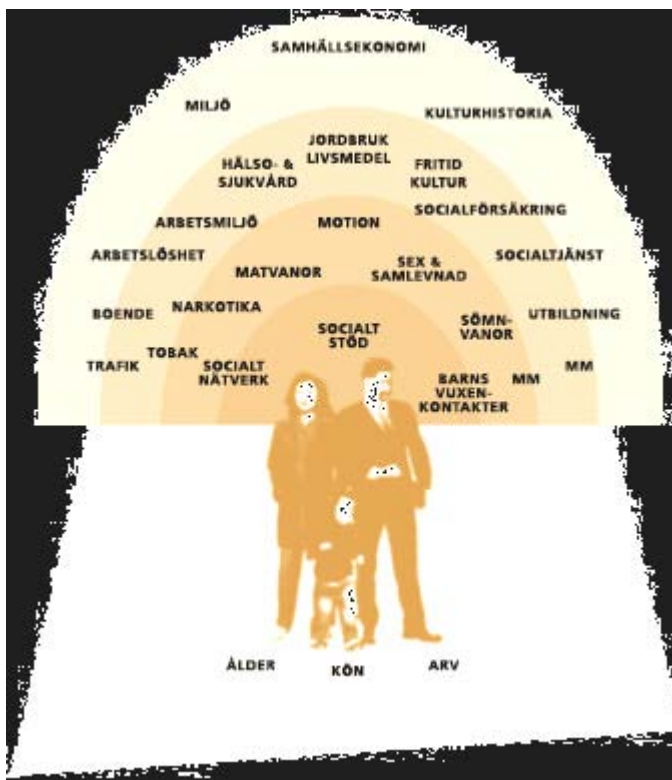
⁷ *Befolkningsstrategi*: En strategi som riktar insatsen till samtliga människor i ett samhälle oavsett risk för ohälsa. Valet mellan befolkningsstrategi och högriskstrategi ske utifrån en avvägning mellan risk för att stigmatisera en grupp och möjligheten att nå de som är i störst behov av insatsen.

⁸ *Nätverk*: Skapa mötesplatser, kontaktytor

⁹ *Kommunikation*: En viktig aspekt av kommunikation är att föra dialog med berörda grupper eller hela befolkningen för att skapa delaktighet. Hälsoupplýsning som isolerad insats gynnar i första hand redan privilegierade grupper, bland annat högutbildade. Sådana insatser bör därför kompletteras med andra strategier (se ovan).

¹⁰ *Hälsofrämjande policy*: Policy som instrument för att främja hälsa. Innebär att skapa en policy för något och sedan arbeta utifrån den och se till att den genomsyrar arbetat.

¹¹ *Delaktighet*: Delaktighet och inflytande är framgångsfaktorer när det gäller folkhälsoinsatser. En intervention med ett gott syfte kan få negativa konsekvenser om de som berörs av insatsen inte kan påverka hur interventionen utformas. Använd gärna delaktighetstrappan utvecklad av Arnstein (1971) som underlag för diskussion om hur ni kan arbeta med delaktighet.



12

Hälsans bestämningfaktorer

¹³ Utsatta grupper har problem på flera områden samtidigt. För dem som drabbas av en ansamling av problem framstår detta som ett tecken på en utsatt social position – framförallt om problemen är av mer varaktigt slag. Exempel på utsatta grupper är: ensamstående föräldrar och utrikesfödda. Deras utsatthet yttrar sig i ett eftersatt vårdbehov, en svag ställning på arbetsmarknaden, arbetslöshet, låga inkomster och trångboddhet. Överrisk för utsatthet har människor med psykiska och alkoholrelaterade sjukdomar, eftersom det kan leda till ekonomiska och familjemässiga konsekvenser. Överrisk för utsatthet har även barn och ungdomar som har varit placerade i familjehems- eller institutionsvård eftersom de riskerar att gå ut i livet med högst grundskoleutbildning, att bli tonårsförälder, att få psykisk sjukdom eller att begå självmord. KÄLLA: Social rapport 2001, kap 6, Socialstyrelsen och Social rapport 2006, Socialstyrelsen.

¹⁴ Om en insats byggs upp på vissa personer för att de har intresse av något och inte för att de har en funktion i organisationen finns risk att arbetet och engagemanget för frågan försvinner om personen slutar i organisationen. Om insatsen istället byggs upp på en funktion som finns kvar i organisationen oavsett om personer börjar eller slutar så säkerställs att frågan drivs vidare även om personer byts ut.

¹⁵ *Initierat av vem:* det är angeläget att de som berörs av insatsen är med i ett tidigt skede, att tillräcklig bakgrundkunskap finns och att arbetet stöds av politiker för att få genomslagskraft.

¹⁶ Använd gärna delaktighetstrappan utvecklad av Arnstein som underlag för diskussion om hur ni kan arbeta med delaktighet.

Exempel på delaktighetsnivåer

Målgruppen har full kontroll över insatsen

Målgruppen har fått delegerad makt över insatsen

Målgruppen betraktas som partner i insatsen

Samråder med målgruppen

Konsulterar målgruppen

Informerar målgruppen

Säger att målgruppen ska få vara delaktig och uppmuntrar till delaktighet, men tar ingen hänsyn till vad målgruppen säger, vill etc.

Modellen om delaktighetsnivåer är baserad på delaktighetstrappan utvecklad av Arnstein (1969).

} **Involverande och planering och beslutsfattande**

} **Symbolisk delaktighet**

} **Skendemokrati/manipulation**

¹⁷

- Tydlig ansvarsfördelning och plan för hur det ska ingå i ordinarie verksamhet underlättar ett långsiktigt arbete.
- Delaktighet bland målgrupp och utförare skapar bättre förutsättningar för att få långsiktiga effekter än om insatsen helt utformas och drivs "uppifrån".
- Om en insats är funktionsbunden istället för personbunden ökar möjligheten att skapa långvariga effekter av insatsen, även om personerna av olika anledningar inte fortsätter arbeta med satsningen.

Hur stämmer vi av att vi går åt rätt håll

- Syfte:** använda vid granskning av satsningar som kan påverka människors hälsa för att ge ett underlag till beslut där jämlikhet i hälsa beaktas.
- Ett resultat med många kryss i JA-rutan indikerar att insatsen har potential att främja jämlikhet i hälsa.
 - Ett resultat med många kryss i NEJ-rutan indikerar att insatsen inte har möjlighet att främja jämlikhet i hälsa och riskerar att öka hälsoskillnader i befolkningen.

Områden att granska	JA	NEJ	Information saknas	Egna kommentarer
<p>1. Behov¹ Finns tillräckligt med underlag för att klargöra vilket och vems behov som föreligger? (vilket och vems problem som insatsen ska lösa/förebygga)</p> <p>Är detta ett större behov än andra förekommande behov som motiverar att det bör satsas på just detta? T.ex.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Finns det beskrivet i ärendet varför just detta behov bör prioriteras? • Kan ni prioritera detta behov utan att riskera att missa andra viktiga behov? 				
<p>2. Metoder² Är insatsen utformad så att möjlighet finns att nå målgruppen och de delgrupper som avses att nå?</p> <p>Är de metoder som avses att användas de som ser mest lovande ut för att uppnå målet med satsningen?</p> <ul style="list-style-type: none"> • Har alternativa metoder beaktats? Se metoder nedan och fundera över om val av metoder är riktigt för att nå berörda målgrupper. 				
<p>3. Målgrupp/delgrupper³ Har olika målgrupper och delgrupper beaktats? T.ex.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Vilka som har störst behov av insatsen (kvinnor, män, olika åldersgrupper, socioekonomiska grupper, geografiska områden, etnicitet och riskgrupper) 				

Områden att granska, forts.	JA	NEJ	Information saknas	Egna kommentarer
<p>4. Insatsens utformning och långsiktiga effekter ⁴ Finns det forum för samverkan med andra aktörer för att bedriva satsningen?</p> <ul style="list-style-type: none"> • Viktigt att inte missa viktiga samarbetspartners/samarbeten <p>Har berörda målgrupper och andra aktörer möjlighet att vara delaktiga i utformningen av insatsen? (Se exempel på delaktighetsnivåer nedan och fundera över om organisationen av insatsen säkerställer en hög delaktighetsnivå bland målgrupp och utförare)</p> <p>Är de insatser som beskrivs tillräckliga för att effekten av satsningen ska bli långsiktig?</p> <ul style="list-style-type: none"> • Tydlig ansvarsfördelning och plan för hur det ska ingå i ordinarie verksamhet underlättar ett långsiktigt arbete. • Delaktighet bland målgrupp och utförare skapar bättre förutsättningar för att få långsiktiga effekter än om insatsen helt utformas och drivs "uppifrån". • Om en insats är funktionsbunden istället för personbunden ökar möjligheten att skapa långvariga effekter av insatsen, även om personerna av olika anledningar inte fortsätter arbeta med satsningen. 				
<p>5. Uppföljning ⁵ Finns det en plan för utvärdering av satsningen då den planeras?</p> <p>Följs indikatorerna upp på ett sätt så att det går att uttala sig om hälsan/ohälsan i olika delgrupper av målgruppen?</p> <p>Finns en plan för att tillvarata resultatet av uppföljningen för att kunna använda detta vid planeringen av fortsatta insatser?</p>				

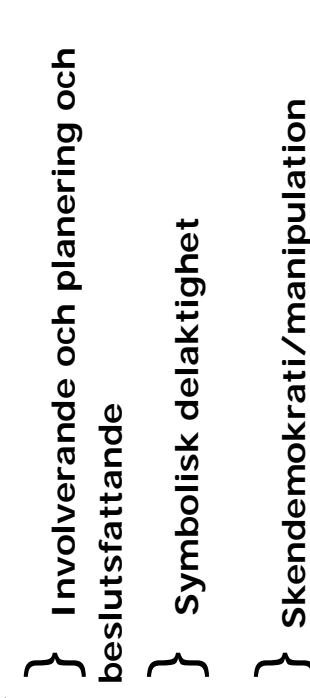
Exempel på Metoder

Nedan ges exempel på metoder som kan användas. En insats bör ha en kombination av metoder för att den ska vara effektiv, nå alla och främja jämlikhet i hälsa.

Stödjande miljöer:	Miljöer som skyddar människor mot hälsohot och möjliggör att de utvecklar sin kapacitet, sitt självförtroende och sin hälsa. Miljön omfattar det samhälle där människor lever, inklusive deras hem och arbete. Det handlar många gånger om att genomföra förändringar i strukturen (samhälleliga, sociala, kulturella, ekonomiska, politiska och ideologiska strukturer), t.ex. om behovet är ungdomars behov av ökad trygghet skulle stödjande miljöer kunna vara att se till att det finns belysning där ungdomarna passerar på kvällar och helger, att det finns nattvandrare på kvällar och helger, att antimobbningsprogram/policy finns i skolan, att vuxna förebilder finns i ungdomars närhet.
Arena:	Den plats där människor befinner sig i vardagslivet, där de samlas och skulle kunna nås samt påverkas. Exempel på arenor är skolan, lekplatsen, bostadsområdet, arbetsplatsen, affären, intresseorganisationer etc. Genom att rikta insatser till en arena där målgruppen befinner sig ökar chansen att skapa förutsättningar för hälsa inom målgruppen.
Högriskstrategi:	En strategi vid preventivt arbete där man i första hand försöker nå människor med hög risk (t.ex. storkonsumenter av alkohol eller personer med grav fetma)
Befolkningsstrategi	En strategi som riktar insatsen till samtliga människor i ett samhälle, eller till samtliga i en definierad grupp oavsett risk för ohälsa. Vid val av strategi bör avvägning göras mellan risk för att stigmatisera en grupp och möjligheten att nå de som är i störst behov av insatsen.
Nätverk:	Skapa mötesplatser, kontaktytor
Kommunikation:	En viktig aspekt av kommunikation är att föra dialog med berörda grupper eller hela befolkningen för att skapa delaktighet. Att ge information t.ex. hälsouppläsning som isolerad insats gynnar i första hand redan privilegierade grupper, bland annat högtbildade. Information bör inte ges som isolerad insats.
Hälsofrämjande policy:	Policy som instrument för att främja hälsa. Innebär att skapa en policy för något och sedan arbeta utifrån den och se till att den genomsyrar arbetet.
Delaktighet:	Delaktighet och inflytande är framgångsfaktorer när det gäller folkhälsoinsatser. Det är viktigt att de som berörs av insatsen kan påverka hur behov definieras och hur insatsen utformas.

Källa: utvecklat utifrån Janlert U. Folkhälsovetenskapligt lexikon. Stockholm: Natur och Kultur, Folkhälsoinstitutet, 2000.

Delaktighetsstegen



Målgruppen har full kontroll över insatsen
Målgruppen har fått delegerad makt över insatsen
Målgruppen betraktas som partner i insatsen

Samråder med målgruppen
Konsulterar målgruppen
Informerar målgruppen

Säger att målgruppen ska få vara delaktig och uppmuntrar till delaktighet, men tar ingen hänsyn till vad målgruppen säger, vill etc.

Modellen om delaktighetsnivåer är baserad på delaktighetstrappan utvecklad av Arnstein, SR. A ladder of citizen participation. Journal of the American Institute of Planners, 1969, 35: 216-224.

Ju högre upp i stegen en insats befinner sig desto högre delaktighetsnivå, vilket medför en högre sannolikhet för en insats att skapa långsiktiga och hälsofrämjande effekter. Det är dock viktigt att utförare och målgrupp blir medvetna om vilken nivå av delaktighet som är möjlig att uppnå i insatsen för att undvika skendemokrati

¹ Det är viktigt att satsningen svarar på faktiska behov hos målgruppen. För att kunna utforma en folkhälsosatsning som svarar på behov hos målgruppen måste en behovsanalys genomföras. En behovsanalys svarar på om behovet varierar hos olika grupper beroende på kön, ålder osv.

² Om en insats främjar jämlikhet i hälsa eller inte beror på vilka metoder som används. Flera olika metoder bör kombineras för att uppnå bästa resultat. Se "exempel på metoder".

³ Det är viktigt att fundera över vilka ni riktar er insats till och hur ni når olika målgrupper för att insatsen inte ska öka hälsoklyftorna.

⁴ Hur insatsen är utformad får konsekvenser för insatsens möjlighet att få långsiktiga effekter på hälsan i befolkningen. Det är viktigt att:

- det finns en struktur för att driva arbetet,
- insatsen inte är personbunden, utan istället är bundet till funktioner i verksamheten (ifall personalen byts ut t.ex. på grund av nya arbetsuppgifter, sjukdom),
- delaktighet främjas bland berörda aktörer och målgruppen för att insatsen ska främja jämlikhet i hälsa.

⁵ För att kunna uttala sig om hur en insats genomförande har fungerat och vilken effekt en insats har på folkhälsan, bör en uppföljning av insatsen genomföras. Det är viktigt att följa upp hur insatsen har påverkat hälsan hos olika grupper av befolkningen för att kunna förstå insatsens möjlighet att främja jämlikhet i hälsa.

UTVÄRDERINGSSTÖDSMALL
– ATT FYLLA I

Uppgiftslämnare:

Ansvarig för satsningen om annan än uppgiftslämnaren:

Titel på satsningen:

Tidsplan för satsningen:

Vem ansvarar för uppföljningen/utvärderingen?

Vem/vilka utför olika delar i uppföljningen/utvärderingen?

Bakgrundsinformation

Finns det en projektplan eller motsvarande utarbetad?

Ja V.g. bifoga

Nej

Varför startade satsningen? (Beskriv kortfattat de problem som satsningen ska lösa)

Vad är syftet med satsningen?

Vilka mål ska satsningen uppnå?

Hur korrelerar satsningens mål med kommunens folkhälsomål?

Vilka är målgrupperna för satsningen?

Beskriv kortfattat satsningens innehåll i nedanstående tabell

Vad görs	Av vem	När	Hur
<i>Ex: Utbildning i fysisk aktivitet för föräldrar med skolbarn</i>	<i>Ex: Kommunens nutritionist och specialist i idrottsmedicin, KI</i>	<i>Ex. Okt-Nov 07</i>	<i>Ex. Fyra öppna föreläsningar kvällstid i varje skola</i>

Frågor om organisationen

Finns tillräckliga resurser för att driva satsningen? (*T.ex. tid, pengar och personal*)

Ja

Nej Vad saknas?

Vet inte

Finns rätt kompetens för att driva satsningen?

Ja

Nej Vad saknas?

Vet inte

Finns det tillräckligt mycket mandat bland dem som arbetar med satsningen att utföra de insatser som satsningen innebär?

Ja

Nej Hur yttrar det sig?

Vet inte

Finns det tillgång till tillräckligt mycket stöd för att kunna utföra satsningen på ett effektivt och ändamålsenligt sätt? (*T.ex. från förvaltningen?*)

Ja

Nej Vad saknas?

Vet inte

Frågor om uppföljningen/utvärderingen

Finns det en uppföljnings/utvärderingsplan för satsningen?

Nej Ja *V.g. bifoga*

Behöver ni hjälp med att formulera frågeställningar för utvärderingen?

Ja

Nej

Vilka frågeställningar ska uppföljningen/utvärderingen besvara?

Hur följs satsningen upp? (*Beskriv i korthet tillvägagångssättet för att besvara frågeställningarna*)

Finns data insamlat om *utgångsläget* som kan relateras till uppsatta mål? (*T.ex. Andelen fysiskt aktiva skolbarn om målet är att öka den fysiska aktiviteten hos den målgruppen*)

Ja Nej Vet inte

Vad kommer ni att mäta för att besvara frågeställningarna? (D.v.s. indikatorer som ni använder)

Med vilket tidsintervall görs mätningarna?

Vilka datakällor ska ge information som används i dessa mätningar? (T.ex. enkät, kommunala basfakta)

Hur följer ni upp kvaliteten i satsningen? (T.ex. att insatsen svarar på faktiska behov hos målgruppen, att satsningen är tillgänglig för målgrupperna, hur målgruppen uppfattar insatsen)

Hur följer ni upp vilka grupper som nås av satsningen? (T.ex. kön, ålder, etnicitet, grupper med olika utbildningsnivå och/eller olika ekonomiska förutsättningar, från olika geografiska områden, eller riskutsatta grupper)

Frågor om uppföljningens/utvärderingens praktiska organisation

Finns tillräckliga resurser för att utvärdera projektet? (T.ex. tid, pengar och personal)

Ja

Nej Vad saknas?

Vet inte

Hur och när dokumenteras utvärderingen?

Hur och för vem/vilka presenteras utvärderingen?

För nämnden datum:

På enhetsmöte datum:

I Nynäshamnsposten datum:

Övrigt

Önskat stöd

Vad behöver ni för stöd i utvärderingen?

ISBN 978-91-86313-07-4

Omslagsbild: Heidi Ekberg

På uppdrag av
Stockholms läns landsting



**Karolinska
Institutet**