

Folkhälsa i regional utvecklingsplanering

RAPPORT 2:2008

Regionplane- och trafikkontoret (RTK) ansvarar för regionplanering, översiktlig trafikplanering och regionala utvecklingsfrågor i Stockholms län. RTK arbetar på uppdrag av Regionplane- och trafiknämnden (RTN) och tillhör Stockholms läns landsting.

RTK bidrar till Stockholmsregionens utveckling genom en utvecklingsplanering som grundas på kvalificerat underlag och som genom samverkan och kommunikation leder till en gemensam syn på regionens utveckling hos regionens aktörer. RTK och RTN ska ge förutsättningar och ta initiativ för att den övergripande visionen och planeringsinriktningen enligt gällande Regional utvecklingsplan för Stockholms län (RUF5 2001) ska bli verklighet. Samtidigt pågår arbetet med att ta fram en ny regional utvecklingsplan (RUF5 2010).

RTK bevakar systematiskt utvecklingen i regionen och omvärlden. I RTK:s rapportserie presenteras kunskapsunderlag, analyser, scenarios, kartläggningar, utvärderingar, statistik och rekommendationer för regionens utveckling. De flesta rapporter är framtagna av forskare, utredare, analytiker och konsulter på uppdrag av RTK.

På www.rtk.sll.se/publikationer finns möjligheter att ladda hem digitala versioner, beställa eller prenumerera på våra rapporter.

Citera gärna innehållet i rapporten men uppge alltid källan. Även kopiering av sidor i rapporten är tillåtet förutsatt att källan anges och att spridning inte sker i kommersiellt syfte. Återgivning av bilder, foto, figurer och tabeller (digitalt eller analogt) är inte tillåtet utan särskilt medgivande.

Regionplane- och trafikkontoret

Box 4414, 102 69 Stockholm

Besök Västgötagatan 2

Tfn 08-737 25 00, Fax 08-737 25 66

rtk@rtk.sll.se www.rtk.sll.se

Konsulter Michael Arthursson och Dag Boman på Capire Consulting AB samt Lisa Johnsson och Johanna Skur på WSP Analys & Strategi

Omslagsfoto Emma Fredriksson, spegla.se

Grafisk form och produktion Autotech Teknikinformation i Stockholm AB

Tryck Danagårds Grafiska, Ödeshög 2008



RTN 2005-0380

ISSN 1104-6104

ISBN 978-91-85795-08-6

Förord

För att skapa samhälleliga förutsättningar för en god hälsa på lika villkor för hela befolkningen, antog riksdagen nationella mål för folkhälsan år 2003. Två år senare fastställde landstingsfullmäktige i Stockholms läns landsting policyn "Folkhälsopolicy för Stockholms läns landsting". Enligt denna policy ska varje nämnd och styrelse ansvara för folkhälsoarbetet inom sitt verksamhetsområde i syfte att uppnå policyns övergripande mål om en god och jämlik hälsa för alla i länet. Regionplane- och trafikkontorets handlingsplan för folkhälsa 2006 har därför som utgångspunkt att integrera landstingets folkhälsopolicy i kontorets kärnverksamhet, den regionala utvecklingsplaneringen.

Tre processmål har identifierats för att folkhälsofrågorna ska kunna integreras i planeringsprocessen på ett systematiskt sätt: 1. bildande av ett regionalt nätverk, 2. analys av regionala folkhälsofrågor och 3. formulering av mål, strategier och insatsområden. Från början fördes diskussionerna om folkhälsofrågor i planeringen med de mest relevanta aktörerna på olika arbetsseminarier. På basis av dessa seminarier har sedan ett nätverk för regional samverkan och samråd för folkhälsofrågor i planeringsfrågor bildats. Nätverket administreras av Centrum för folkhälsa.

Denna rapport är ett steg i analysfasen av kontorets arbete med folkhälsofrågan och syftet är att utveckla en god systematik för folkhälsoarbete i regional utvecklingsplanering. I rapporten kartläggs och analyseras metoder för och erfarenheter av hanteringen av folkhälsofrågor i regional utvecklingsplanering i Sverige och utomlands. De städer/regioner i andra länder som valts för undersökningen är London, Rotterdam, Sheffield, Milano och Wien.

Resultatet av undersökningen baseras på olika dokument, arbetsseminarier, djupintervjuer, ett studiebesök i London och en SWOT-analys (analys av styrkor, svagheter, möjligheter och hot) av några av de metoder och arbetssätt som kommit fram i kartläggningen. Hur relevanta är olika metoder och arbetssätt i regionplane-sammanhang, är exempel på en fråga som ställts. Rapporten avslutas med rekommendationer och en kort beskrivning av folkhälsa som utmaning i den regionala utvecklingsplaneringen.

Projektledare på RTK har varit Tuija Meisaari-Polsa.

Stockholm i mars 2008

Sven-Inge Nylund
Regionplannedirektör

4 Folkhälsa i regional utvecklingsplanering

Innehåll

Sammanfattning 7

- Uppdrag 7
- Metod 7
- Resultat 7
- Rekommendationer 10

Summary 11

- Assignment 11
- Method 11
- Results 11
- Recommendations 14

Folkhälsa i planeringen 15

- Handlingsplan för folkhälsofrågor 15
- Frågeställningar 15
- Kartläggning och analys 16
- Disposition av rapporten 16
- Folkhälsa i planeringen nytt kunskapsområde 17

Internationellt perspektiv 19

- London 19
- Sheffield 27
- Rotterdam 28
- Milano 30
- Wien 32
- Aalborgdeklarationen 33
- WHO – Healthy Cities 34

Svenskt perspektiv 35

- Folkhälsofrågor i regionala utvecklingsprogram 35
- Region Halland 38
- Folkhälsa i Region Skåne 40
- Hållbarhetsstrategi för Sörmland 41
- Folkhälsoarbete och planering i kommuner 43

Metoder 47

- Hälsokonsekvensbedömning 47
- Miljökonsekvensbeskrivningar och folkhälsa 50
- Integrerad konsekvensbedömning 54
- Indikatorer 56
- Best Practice Guide 58

SWOT-analys 61

Slutsatser och rekommendationer 65

- Huvudsakliga frågeställningar – slutsatser 65
- Rekommendationer 68
- Folkhälsa en utmaning i planeringen 70

Referenser 71

- Intervjuer 71
- Dokumentation 72

Bilaga: Bakomliggande styrdokument och utredningar 75

- Nationella styrdokument 75
- Landstingets folkhälsopolicy 77
- Folkhälsa i den regionala utvecklingsplaneringen 78
- Workshop om styrkor och svagheter 82
- Referenser 85

Sammanfattning

Uppdrag

Syftet med denna rapport är att beskriva metoder för och erfarenheter av samverkan mellan folkhälsoarbete och regional utvecklingsplanering. I uppdraget har ingått att göra en genomgång av hur folkhälsofrågor hanteras i planeringen i dag, i Sverige och internationellt, främst i några europeiska storstadsområden. En analys av styrkor och svagheter (SWOT-analys) av det material som tagits fram, med särskild fokus på metoder, har också varit en del av uppdraget.

Följande huvudfrågeställningar har stått i centrum för arbetet med rapporten.
Hur interagerar folkhälsofrågorna i den regionala utvecklingsplaneringen?
Vilka folkhälsobehov fokuseras i utvecklingsplaneringen?
Vilken metodik används för att integrera planerings- och hälsofrågorna?
Hur hanteras hälsofrågorna på den politiska nivån?

Metod

Undersökningen har genomförts med hjälp av intervjuer, dokumentstudier, relevansanalys och workshoppar. Arbetet har genomförts i följande steg:

- Inledande *workshop* för att fastställa kartläggningens inriktning och uppläggning.
- *Övergripande djupintervjuer* med företrädare för Centrum för folkhälsa, Statens folkhälsoinstitut och Sveriges Kommuner och Landsting.
- En Internetbaserad faktainsamling samt genomgång och analys av *relevanta dokument*.
- *Djupintervjuer* med företrädare för ett antal regioner/län, städer och andra aktörer i Sverige och andra europeiska länder.
- En *andra workshop*, då en *lägesrapport* från arbetet med rapporten redovisades och relevanta projekt diskuterades.
- *Studiebesök* i februari 2007 hos *The Greater London Authority*, *The Mayors Office* i London.
- En *SWOT-analys* genomfördes, som en del av underlaget till denna rapport, av några metoder och arbetssätt som kan användas i arbetet med folkhälsa och planering.

Som ett led i utredningen överlämnades i december 2006 ett *underlag till RUFs-proceduren* om folkhälsofrågor i planeringen.

Resultat

I rapporten beskrivs arbetet med folkhälsofrågor i den regionala utvecklingsplaneringen ur ett internationellt och ett svenskt perspektiv. En övergripande beskrivning av folkhälsoarbete kopplat till denna planering görs i fem europeiska städer/regioner: London, Rotterdam, Sheffield, Milano och Wien. Ur ett svenskt perspektiv beskrivs folkhälsofrågor i de regionala utvecklingsprogrammen, folkhälsoarbetet på regional nivå i Halland, Skåne och Sörmland liksom arbetet i några av de kommuner som ingår i "Healthy Cities"-nätverket i Sverige.

Folkhälsofrågornas betydelse ökar, såväl i Sverige som i de studerade regionerna i andra europeiska länder. Samtidigt är folkhälsofrågor i regional utvecklingsplanering ett nytt perspektiv, där aktörerna fortfarande söker lämpliga samverkansformer och metoder. I de regioner och kommuner som studerats, och som valts ut just för att kunna tjäna som intressanta exempel, har frågeställningarna om folkhälsa i planeringen i allmänhet hög aktualitet.

Integrering av folkhälsofrågorna i planeringen

Generellt kan konstateras att det finns ett växande intresse för folkhälsa och utvecklingsplanering hos studerade svenska aktörer. Detta avspeglas i flertalet regionala utvecklingsplaner och även hos många kommuner. Hittills finns dock få konkreta exempel på en sådan integration. Den metodik som tillsvidare är mest konkret är hälsokonsekvensbedömningar (HKB), men få sådana bedömningar har hittills gjorts i Sverige.

Uppdelningen mellan samhällsplanerare och hälsoprofession är inget specifikt svenskt problem utan det är något man brottas med i flera länder, trots att samhällsplaneringen från början i hög grad motiverades utifrån hälsoaspekter.

De mest ambitiösa satsningar som studerats i denna utredning återfinns i London och Sheffield. I båda städerna arbetar man med den dubbla målsättningen att dels åtgärda identifierade hälsoproblem baserade på hälsans bestämningsfaktorer, dels konsekvensbedöma *alla* typer av policyer, planer och större lokaliseringar/exploateringar ur ett brett hälsoperspektiv. Också i dessa regioner är dock integrationen mellan hälsa och planering relativt ny.

The London Plan genomsyras av hälsofrågor i ett horisontellt perspektiv. Både från planeringens och sjukvårdens sida har nya ledningsfunktioner och institutioner utvecklats. Det bedrivs – nationellt och regionalt – ett aktivt metodutvecklingsarbete och ett målmedvetet förankringsarbete och kompetensutveckling.

Som framgår av rapporten sker närmandet mellan folkhälso- och planeringsfrågor ur olika utgångspunkter. I vissa fall har folkhälsoprofessionen initiativet (t.ex. i Skåne och Halland), och resultat av satsningar börjar sätta spår i den regionala planeringen. På andra håll (t.ex. i Sörmland) är hållbar utveckling det övergripande målet och folkhälsa ett av flera delområden under detta övergripande mål.

En sammantagen slutsats är att det inte finns någon vedertagen metodik som används för att integrera folkhälsofrågor och regional utvecklingsplanering.

Några framgångsfaktorer för en god interaktion mellan folkhälsa och planering är:

1. Politiskt förankrade mål.
2. Ett stort engagemang från ledningsnivå, både hos planerare och hälso- och sjukvården.
3. Mötesplatser för de båda professionerna.
4. Personer som kan verka som brobyggare mellan de två världarna.
5. Ett starkt medborgarperspektiv.

Vilka behov fokuseras?

Folkhälsoarbetet bedrivs i de studerade kommunerna och regionerna i regel utifrån ett brett perspektiv. I Sverige lyfter flera regionala utvecklingsprogram fram länets attraktivitet, fysisk aktivitet, barn och ungdomar, miljö, arbetskraftsförsörjning och arbetsrelaterad hälsa.

Kommuner tar fasta på hälsa bland barn och unga. Därutöver är säkerhet, arbetslöshet, alkohol och droger, brottsförebyggande arbete, kost och motion, skadeförebyggande samt miljö och andra hållbarhetsfrågor vanliga prioriteringar.

Andra vanliga frågor i de exempel på kontinenten som studerats är äldres hälsa, infrastruktur- och transportsystem, klimat, luft, mark och vatten, livsmedel, utanförskap och hälsosamt boende.

I de brittiska exemplen betonas särskilt delaktighet och jämlikhet. Londons ansats är mycket bred och baseras i princip på hälsans samtliga bestämningsfaktorer.

Vilken metodik används?

Det är svårt att identifiera konsoliderade och vetenskapligt prövade metoder. Metoder som används är främst *hälsokonsekvensbedömningar* (HKB). I Storbritannien förs en diskussion om att föra samman de olika konsekvensanalyserna (MKB, m.fl.) som förekommer med HKB till ett integrerat instrument (*integrerad konsekvensbedömning*).

Indikatorer är relativt vanligt förekommande i Sverige och utomlands, t.ex. i Rotterdam. Ansatserna varierar i ambition och stringens.

I London har en *Best Practice Guide* tagits fram som inspiration och i den beskrivs metoder som kan användas såväl kommunalt som regionalt för att nå de utsatta hälso-målen.

Tester av HKB inskränker sig till ett fåtal exempel i Sverige, varav några utförts genom Folkhälsoinstitutets försorg. Trots att användningen av HKB inte är så utbredd, finns det ett antal olika varianter hos svenska aktörer.

Vilken politik förs?

I många exempel, från såväl Sverige som andra länder, har man ägnat mycket tid åt att formulera och förankra övergripande mål, inriktning och handlingsplaner för folkhälsoområdet. Det finns färre exempel där folkhälsa finns med i den strategiska utvecklingsplaneringen. London är ett exempel där man styr med tydliga politiska mål. I Rotterdam har man positiva erfarenheter av ett aktivt politiskt ledarskap i hälsofrågorna. Man har bl.a. ett sektorsövergripande fokus på frågor som hemlöshet och utanförskap.

Rekommendationer

Utifrån resultaten i rapporten lämnas ett antal rekommendationer inför Regionplane- och trafikkontorets handlingsplan och andra aktörers fortsatta arbete med folkhälsofrågor i den regionala utvecklingsplaneringen.

Fastställ mål

I Regionplane- och trafikkontorets handlingsplan för folkhälsa framhålls att de konkreta målen för folkhälsa i den regionala planeringen ska utarbetas i samband med den samlade RUFSS-processen. Målen måste vara väl förankrade hos kommunerna och andra intressenter. Det är viktigt att sådana mål utarbetas, förankras och fastställs för att de ska kunna fungera som styrinstrument.

Tydliggör samverkan mellan aktörer i folkhälso- och planeringsfrågor

Representanter för hälso- och planeringsfrågor behöver mötas fortlöpande. Mötena bör vända sig till såväl regionala som kommunala aktörer. Beroende på vilka perspektiv och mål som väljs, kan det finnas anledning att värdera vilka former som är de mest ändamålsenliga för en tät interaktion mellan hälso- och planeringsrepresentanterna.

Bestäm hur planerna ska hälsokonsekvensbedömas

I Regionplane- och trafikkontorets handlingsplan finns förslag på ett pilotprojekt för hälsokonsekvensbedömning (HKB) för något av de nu aktuella infrastrukturprojekten i regionen eller för något annat projekt kopplat till RUFSS-processen. Frågan om hur HKB ska användas bör dock analyseras vidare. Det bör undersökas om den företrädesvis brittiska tanken att arbeta genom en *integrerad konsekvensbedömning* är lämplig och relevant. En förstudie om detta skulle kunna klargöra möjligheter och problem.

Utveckla Best Practice Guide för Stockholmsregionen

De många aktörer i Stockholmsregionen som har påbörjat utvecklingen av ett systematiskt hälsoarbete skulle sannolikt gemensamt kunna utveckla en *Best practice-guide* med goda exempel på folkhälsoarbete på olika håll. Det skulle kunna vara ett sätt att systematisera kunskaperna om folkhälsa och planeringsfrågor liksom att stimulera utvecklingen inom detta område.

Fördjupade studier av London

I London finns det intressanta lärdomar att hämta som kan vara av intresse för den regionala planeringen i Stockholmsregionen. Det kan finnas anledning att göra fördjupade studier av även andra frågor som beskrivs i denna rapport.

Summary

Assignment

The aim of this report is to describe methods for and experiences gained from cooperation between public health work and regional development planning. The assignment included reviewing how public health issues are currently addressed in planning in Sweden and abroad – mainly in a few European metropolitan areas. A SWOT analysis (strengths, weaknesses, opportunities and threats) of the material drawn up, with a special focus on methods, was also part of the task.

The following main questions were at the core of the work on this report.

How do public health issues interact with regional development planning?

What public health needs does the development planning focus on?

What methodology is used to integrate the planning and health issues?

How are the health issues addressed at political level?

Method

The survey was conducted using interviews, document studies, relevance analyses and workshops. The work was carried out in the following stages:

- Introductory *workshop* to establish the focus and structure of the survey.
- *Comprehensive in-depth interviews* with representatives of the Centre for Public Health, the Swedish National Institute of Public Health and the Swedish Association of Local Authorities and Regions.
- An internet-based compilation of factual data and a review and analysis of *relevant documents*.
- *In-depth interviews* with representatives of a number of regions/counties, cities and additional players in Sweden and other European countries.
- A *second workshop*, in which a *status report* from the work on the report was presented and relevant projects were discussed.
- *Study visit* in February 2007 to the *Greater London Authority, the Mayor's Office* in London.
- A *SWOT analysis* was performed, as part of the basis for this report, of a number of methods and techniques that can be used in public health and planning work.

As a stage in the survey, *background information to the RUFSS process (a regional development programme for Stockholm County)* regarding public health issues in planning was submitted in December 2006.

Results

The report describes work on public health issues in regional development planning from an international and a Swedish perspective. An overall description of public health work linked to this planning is being drawn up in five European cities/regions: London, Rotterdam, Sheffield, Milan and Vienna. From a Swedish perspective, the report presents public

health issues in the regional development programmes; public health work at regional level in Halland, Skåne and Sörmland; and the work in some of the municipalities included in Sweden's Healthy Cities network.

The significance of public health issues is rising, both in Sweden and in the regions studied in other European countries. However, public health issues as part of regional development planning constitute a new perspective, in which the players are still looking for suitable forms of cooperation and methods. In the regions and municipalities that were analysed, and that were specifically selected to serve as interesting examples, the issues regarding public health in planning are generally very topical.

Integration of public health issues in planning

In general, a growing interest in public health and development planning is noticeable among the Swedish players studied. This is reflected in the majority of regional development plans and in many municipalities. There are, however, few concrete examples of such integration to date. Health impact assessments (HIAs) are currently the soundest methods, but few of these assessments have been conducted in Sweden so far.

The division between town planners and the health profession is not a specifically Swedish problem: it is a difficulty faced by several countries, despite the fact that health aspects largely comprised the original reason for town planning.

The most ambitious ventures studied in this report are in London and Sheffield. Both cities are working on the double goal of solving identified health problems based on the factors that determine health, and assessing the impact of *all* types of policies, plans and major localisation/exploitation work from a broad health perspective. Integration of health and planning is relatively new in these regions.

The London Plan is permeated by health issues seen from a horizontal perspective. New management functions and institutions have been developed in both planning and healthcare organisations. Active method development, goal-oriented efforts to achieve support and endorsement, and skills development are in progress – nationally and regionally.

As stated in the report, public health and planning issues are being brought closer together using various starting points. In some cases, the public health profession has taken the initiative (like in Skåne and Halland), and the results of ventures have started to make their mark in regional planning. In other locations (such as Sörmland) sustainable development is the overall goal, and public health is one of several sub-areas of this goal.

One overall conclusion is that there is no accepted methodology for integration of public health issues with regional development planning.

Success factors for good interaction between public health and planning include:

1. Politically validated goals.
2. Considerable commitment from management level, both among planners and in healthcare.
3. Meeting places for both professions.

4. People who can act as bridge-builders between the two spheres.
5. A strong citizens' perspective.

What needs are in focus?

The public health work in the municipalities and regions studied is generally based on a broad perspective. In Sweden, several regional development programmes highlight each county's attractiveness, physical activity, children and young people, the environment, labour supply and work-related health.

Municipalities focus on the health of children and young people. Safety, unemployment, alcohol and drugs, crime prevention, diet and exercise, injury/damage prevention and the environment plus other sustainability issues are also common priorities.

Additional common issues in the examples studied on the continent are health of the elderly, infrastructure and transport systems, climate, air, land and water, food, alienation, and healthy housing.

Involvement and equality receive special emphasis in the British examples. London's work is very broad and is principally based on all factors that determine health.

What methodology is used?

It is difficult to identify consolidated and scientifically proven methods. The main methods utilised are *health impact assessments* (HIAs). In the UK, a discussion is under way to compile the different impact analyses (environmental impact assessments – EIAs – and others) that are carried out in conjunction with HIAs to create an integrated tool (*integrated impact assessment*).

Use of *indicators* is relatively common in Sweden and abroad, such as in Rotterdam. The approaches applied vary in ambition and stringency.

In London a *Best Practice Guide* has been produced as inspiration; it describes methods that can be adopted at municipal and regional levels to achieve the set health goals.

Tests of HIAs are limited in Sweden to a few examples, some of which have been conducted through the Swedish National Institute of Public Health. Although use of HIAs is not particularly widespread, a number of variations exist among Swedish players.

What policies apply?

In many examples, from Sweden and other countries, a great deal of time has been spent on formulating, and obtaining validation and acceptance of, overall goals, focus, and action plans regarding public health. There are fewer instances in which public health is included in strategic development planning. The work in London is one example that is governed by clear political goals. In Rotterdam there are positive experiences of active political leadership in health matters; there, a multi-sector focus covers topics such as homelessness and alienation.

Recommendations

Based on the results of the report, a number of recommendations are given for the action plan of the Office of Regional Planning and Urban Transportation and for the further work of other players on public health issues in regional development planning.

Establish goals

The above action plan for public health stipulates that the concrete goals for public health in regional planning must be drawn up in conjunction with the compiled RUFSS process (the regional development programme for Stockholm County). The goals must be well established in and supported by the municipalities and other stakeholders. It is important that such goals are drawn up, validated/supported and established so that they can act as policy instruments.

Clarify the cooperation between players in public health and planning issues

Representatives of health and planning issues need to meet on an ongoing basis. The meetings should be aimed at regional and municipal players. Depending on which perspectives and goals are chosen, there may be reason to gauge which forms are most suitable for close interaction between representatives of healthcare and planning.

Decide how to assess the health impact of the plans

The action plan of the Office of Regional Planning and Urban Transportation includes proposals for a pilot project concerning a health impact assessment (HIA) of one of the current infrastructure projects in the region or another project linked to the RUFSS process (the regional development programme for Stockholm County). The question of how to utilise HIAs should be further analysed. It should be investigated whether the approach, used especially in the UK, of working with an *integrated impact assessment* is suitable and relevant. A preliminary study of this could clarify opportunities and problems.

Produce a best practice guide for the Stockholm region

The many players in the Stockholm region that have started to develop systematic health work would probably be able to draw up a *best practice guide* together featuring good examples of public health work in various locations. This could constitute a way of systematising knowledge about public health and planning issues as well as encouraging growth in this field.

In-depth studies of London

The work in London includes lessons learned that may be of interest to regional planning in the Stockholm region. More detailed study of other issues described in this report may also be useful.

Folkhälsa i planeringen

Handlingsplan för folkhälsofrågor

Regionplane- och trafikkontoret utarbetade under år 2006 en handlingsplan för folkhälsopolicyns genomförande inom Regionplane- och trafiknämndens verksamhetsområde. Handlingsplanens utgångspunkt är att policyn "Folkhälsopolicy för Stockholms läns landsting" ska integreras i Regionplane- och trafikkontorets *kärnverksamhet*: den regionala utvecklingsplaneringen.

En viktig del i handlingsplanen är att folkhälsofrågor av regional karaktär och med relevans för den regionala utvecklingsplaneringen *identifieras* och att *kunskaperna om dem fördjupas*.

I handlingsplanen föreslås bl.a. dels en *internationell metastudie* som omfattar t.ex. Storbritannien, Nederländerna, Frankrike, USA och övriga nordiska länder, dels en genomarbetad SWOT-analys av folkhälsofrågorna ur ett planeringsperspektiv.

Frågeställningar

I rapporten belyses två huvudsakliga frågeställningar:

1. En genomgång av vad som hittills har gjorts i fråga om relevanta folkhälsofrågor i den regionala planeringen, i Sverige och internationellt.
2. En SWOT-analys av det material som tas fram i arbetet med fråga 1.

Följande frågeställningar har stått i centrum för arbetet med rapporten.

Hur integreras folkhälsofrågorna med den regionala utvecklingsplaneringen?

Exempel på hur folkhälsoperspektivet kommer in tidigt i planeringen.

Gränsdragning och interaktion mellan begrepp som hållbar utveckling och folkhälsa?

Former för *samarbete* mellan "folkhälsoaktörer" och planerare.

Vilka behov fokuseras?

Vilka frågor har störst betydelse ur ett folkhälsoperspektiv i det planeringsarbete som bedrivs på framför allt regional nivå men även på kommunal nivå?

Vilken metod används?

Kunskapsunderlag som folkhälsoarbetet i planeringen grundas på.

Vilken kunskap saknas – eller planerar man att ta fram?

Vilken roll spelar hälsokonsekvensbedömningar i planeringsarbetet?

Vilken politik förs?

Exempel på *politiska målformuleringar* och mäldokument om folkhälsoperspektiv i den regionala utvecklingsplaneringen.

Mål- och intressekonflikter mellan folkhälsa och planering och hanteringen av dessa.

Kartläggning och analys

Följande har genomförts:

1. En *inledande workshop* genomfördes i slutet av oktober 2006 med företrädare för Regionplane- och trafikkontoret och Centrum för folkhälsa. Under workshopen diskuterades inriktning och uppläggning av den kartläggning som resulterat i denna rapport.
2. *Övergripande djupintervjuer* genomfördes med företrädare för Centrum för folkhälsa, Statens folkhälsoinstitut och Sveriges kommuner och landsting för att kartlägga metoder och goda exempel i Sverige och i andra europeiska länder.
3. Under projektets gång gick man igenom och analyserade *relevanta dokument*. Det handlar dels om dokumentation som finns tillgänglig via Internet, dels om dokumentation som tillhandahållits av intervju- och kontaktpersoner.
4. Som en del av projektet utarbetades i november–december 2006 *underlag till RUFSP-processen* när det gäller folkhälsofrågor i den regionala utvecklingsplaneringen.
5. *Djupintervjuer* genomfördes med företrädare för ett antal regioner/län, städer och andra aktörer i Sverige och andra europeiska länder. Intervjuerna genomfördes framför allt per telefon.
6. I januari 2007 arrangerades en *andra workshop*, då en *lägesrapport* från arbetet med rapporten redovisades och relevanta projekt diskuterades. Vid workshopen medverkade företrädare för RTK, Centrum för folkhälsa, Statens folkhälsoinstitut, länsstyrelsen, Stockholms stad och Botkyrka kommun.
7. Ett *studiebesök* genomfördes i februari 2007 hos *The Mayors Office* i London där företrädare för bl.a. Greater London Authority och The Regional Public Health Group gick igenom arbetet med folkhälsofrågor i den regionala planeringen i Storlondon.
8. Som en del av underlaget till denna rapport gjordes en *SWOT-analys* av några metoder och arbetssätt som på olika håll används i arbetet med folkhälsa och regional planering.
9. Ett *förslag till rapport* utarbetades och överlämnades till uppdragsgivaren.
10. Efter synpunkter från uppdragsgivaren justerades *slutrapporten*.
11. En *föredragning* av innehållet i rapporten gjordes på Regionplane- och trafikkontoret.

Disposition av rapporten

Rapporten disponeras så att nästa kapitel, *Internationellt perspektiv*, behandlar folkhälsoarbetet i London, Rotterdam, Sheffield, Milano och Wien.

I kapitlet *Svenskt perspektiv* beskrivs ett antal exempel på folkhälsofrågor i planeringen i svenska kommuner och regioner. Efter den översiktliga beskrivningen av folkhälsofrågorna i de regionala utvecklingsprogrammen, beskrivs folkhälsoarbetet i Region Skåne, Sörmland och Halland mer i detalj. Beskrivningen av planering och hälsa på lokal nivå är främst koncentrerad till de kommuner som ingår i "Healthy Cities"-nätverket i Sverige.

I kapitlet *Metoder* beskrivs några av de metoder som används för att integrera planering och folkhälsofrågor, bl.a. HKB, hälsokonsekvensbedömningar och hälsa i MKB.

Nästa kapitel innehåller en översiktlig SWOT-analys av fem olika sätt att arbeta med folkhälsofrågor i planeringen, baserad på det material som kartlagts i arbetet med denna rapport. Dessa är: 1. folkhälsofrågor i regionala utvecklingsprogram, 2. hälsokonsekvensbedömningar, 3. integrerade hälsokonsekvensbedömningar (Integrated Impact Assessment), 4. indikatorer (checklistemetoden) och 5. ett samlat angreppssätt – en *best practice guide*.

Slutkapitlet innehåller övergripande slutsatser om de huvudsakliga frågeställningar vi arbetat med i rapporten samt ett antal rekommendationer inför det fortsatta arbetet med folkhälsofrågor i den regionala utvecklingsplaneringen i Stockholmsregionen.

I bilagan återfinns en mer utförlig beskrivning av hur folkhälsofrågorna behandlats på nationell och regional nivå. Där finns även dokumentation från en workshop om regionens styrkor och svagheter ur ett folkhälsoperspektiv.

Folkhälsa i planeringen nytt kunskapsområde

En slutsats av kartläggningen och analysen är att integrering av hälso- och planeringsfrågor är ett relativt nytt sätt att arbeta på. Det gäller för kommuner och regioner i Sverige liksom för andra europeiska länder. Detta gör att tillgången på relevant empiri och genomförda analyser är begränsad.

Intresset för hälso- och planeringsfrågor växer både i Sverige och i andra länder i Europa. Flertalet av de aktörer som uppmärksammats i denna rapport är övertygade om att den fysiska och strategiska planeringen har en viktig funktion att fylla för en bättre hälsa. Detta oavsett om man talar om hot mot klimatet eller socialt betingade hälso-mönster. De flesta har dock precis inlett sitt arbete och söker lösningar på hur arbetet ska bedrivas.

Ett problem är därför att det *inte finns så många konkreta exempel*. Flera av de dokumenterade lokala projekten har genomförts *innan de nationella besluten* om folkhälso-mål och bestämningsfaktorer antagits av riksdagen – alltså under andra förutsättningar än dem som nu gäller. Många projekt har framför allt ett *kommunalt perspektiv* och har kommuner som ledande aktörer. Detta gör att försiktighet måste iakttas när det gäller att omsätta erfarenheterna i en analys som är relevant för regional planering.

En dimension som ytterligare komplicerar jämförbarheten och analysen är att begreppet "*hållbar utveckling*" på många håll är ett paraplybegrepp även för arbetet med folkhälsofrågorna. Några projekt och jämförelser som fokuserar på hållbar utveckling har därför tagits upp i denna rapport.

Internationellt perspektiv

I detta kapitel beskrivs några exempel på hur europeiska regioner hanterar frågan om samspelet mellan hälsofrågor och regional utvecklingsplanering. Beskrivningen omfattar London, Rotterdam, Sheffield, Wien och Milano. Urvalet baseras på förslag som lämnats vid intervjuer med företrädare för Centrum för folkhälsa, Sveriges kommuner och landsting och Statens folkhälsoinstitut. Listan på tänkbara jämförelseregioner har sedan kompletterats och avgränsats genom egen research. I avsnittet återfinns även kortfattade beskrivningar av Aalborg-deklarationen och Världshälsoorganisationens Healthy Cities-nätverk, som båda har medlemmar i Stockholmsregionen.

Formella och administrativa förutsättningar skiljer sig åt mellan de fyra länder som undersökts. Samverkan på regional nivå kan vara mer eller mindre tvingande för t.ex. kommunerna i en region. En likhet med Sverige är att de traditionella folkhälsofrågorna har en stark lokal förankring. Det regionala planeringsarbetet har under senare decennier med få undantag inte inriktats på folkhälsofrågorna. Det pågår nu ett intressant utvecklingsarbete i alla de regioner som undersökts.

Anledningen till att den regionala dimensionen – särskilt planeringen – ses som mer strategiskt viktig förefaller vara en följd av EU-direktiven om hållbar utveckling och miljökonsekvensbeskrivning. Klimatfrågan har hög aktualitet. I alla regioner ligger fokus på demografiska förhållanden liksom på frågor om utanförskap och delaktighet. Oavsett konstitutionella förutsättningar finns det en strävan efter en bred samverkan över sektorsgränser och över politiska och administrativa nivåer.

De mest intressanta lärdomarna torde finnas att hämta i London, särskilt när det gäller hur den regionala utvecklingsplaneringen handskas med hälsofrågorna. Ett studiebesök, som beskrivs utförligt i rapporten, har gjorts hos de berörda myndigheterna i London. När det gäller särskilda satsningar och initiativ är övriga studerade regioner nog så intressanta.

London

London, som administrativt inkluderar 32 kommuner (boroughs), har sedan år 2000 ett styre som leds av borgmästaren (*The Mayor of London*) och fullmäktige (*The London Assembly*), som består av 25 ledamöter. Förvaltningen går under namnet *The Greater London Authority* (GLA). London har i dag drygt 7,5 miljoner invånare, en ökning med 800 000 under de senaste 20 åren. Ökningstakten förväntas fortsätta även framöver.

Enligt lag är numera den strategiska planeringen i London ett regionalt ansvar. Den strategiska planeringen ska bilda ett bindande ramverk som vägledning för Londons utveckling under de kommande årtiondena. *The London Plan*, som färdigställdes och godkändes år 2004, grundas på tre horisontella teman: *hälsa, jämlikhet och hållbarhet*.

Folkhälsofrågorna har hög prioritet i Londons strategiska och fysiska planering. Det görs stora ansträngningar för att utveckla *The London Plan*, som ett verktyg för bättre hälsa hos befolkningen. Redan när arbetet med planen inleddes år 2000 uppmärksammades att den traditionella, fysiskt orienterade planeringen och hälsosektorn hade få förbindelseänkar. Detta trots att den moderna regionala planeringen under förra seklet

uttryckligen startade för att råda bot på akuta hälsoproblem som sanitära olägenheter, trängsel, dåliga bostäder m.m.

Arbetet med att föra samman regionala planeringsfrågor och hälsofrågor sker på flera sätt:

- Utveckling av institutioner och samverkan mellan myndigheter i olika fack och på olika administrativa nivåer.
- Utveckling och anpassning av olika instrument och verktyg.
- Utveckling av databaser grundade på hälsans bestämningsfaktorer som redskap både för planering och hälsoarbete.

Hälsofrågor i planeringen beskrivs inte som en politisk stridsfråga. Londons kommuner – boroughs – är tvingade att anpassa sin planering till the London Plan.

Utmaningarna

I London konstaterar man att skillnaderna i hälsa har en geografisk dimension. Spädbarnsdödlighet och infektionssjukdomar är nära förknippade med socioekonomiska kriterier för specifika områden. Därför menar man att dessa problem måste tacklas i den rumsliga planeringen. De bestämningsfaktorer som London ägnar särskild uppmärksamhet är:

- Bra kvalitet på bostäder.
- Transportfrågor.
- Sysselsättning och vidareutbildning.
- Utbildning och god uppväxt.
- Servicetillgänglighet.
- Trygghet och säkerhet.
- Livskvalitet (Liveability, open space and public realm).
- Luft-/vattenkvalitet och buller.
- Tillgång till föda.
- Klimatförändringar.

Det främsta styrinstrumentet för hälsofrågorna från stadens sida är The London Plan. Planen kommenteras nedan.

Aktörerna

Borgmästaren och GLA

Sedan borgmästarämbetet infördes i London år 2000 står borgmästaren i centrum för den strategiska utvecklingsplaneringen. Borgmästaren ska, i sin roll som strategisk myndighet, bl.a. bidra till ekonomisk, social och miljömässig utveckling.

Borgmästaren utformar strategier för London inom flera områden:

- transport och kollektivtrafik,
- planering och utveckling,
- ekonomisk utveckling och stadsförnyelse,
- kultur,
- miljö.

Dessa strategier ska enligt lag bidra till en hållbar utveckling och bättre hälsa för londonborna.

I borgmästarens regionala utvecklingsplan (*The Mayor's Spatial Development Strategy – the London Plan*) fastställs policyer för nybyggnation och markanvändning. Alla större planer och bygglovsärenden fastställs av borgmästaren. Det rör sig om ca 400 sådana ärenden varje år.

The Greater London Authority – GLA – beskrivs med sina ca 600 medarbetare som en unik strategisk stadsövergripande förvaltning för London. GLA leds av borgmästaren och The London Assembly (fullmäktige). GLA:s viktigaste ansvarsområden är transporter, polis, brandväsende, ekonomisk utveckling, planering, kultur, miljö och hälsa.

Hälso- och sjukvården

Hälso- och sjukvården i Storbritannien sorterar under det nationella hälsodepartementet (*The Department of Health, DH*). I London finns DH representerat av ett flertal organ, varav flera med engagemang i folkhälsofrågor, övergripande eller inom specialområden. *NHS London* är en strategisk hälsomyndighet i London. Detta nationella organ på regional nivå är ansvarigt för bl.a. kvaliteten i hälso- och sjukvården hos alla de utförare som finns inom det nationella hälso- och sjukvårdssystemet.

Den regionala folkhälsogruppen i London (*the Regional Public Health Group – London²*) är Hälsodepartementets regionala representant i folkhälsofrågor. De arbetar för en bättre hälsa, mot ojämlikhet i hälsa bland annat genom att bygga upp expertkunskap.

Också *London Health Observatory³* är en del av NHS och ett av nio regionala "folkhälsoinstitut" i Storbritannien. Folkhälsoinstitutet arbetar i partnerskap med läkare, forskare, regionala beslutsfattare i hälso- och sjukvården och den frivilliga sektorn. De regionala folkhälsoinstituten sysslar bl.a. med uppföljning av sjukdomstrender, epidemiologi, hälsoinformation och med metodrådgivning inom området hälsa och jämlikhet.

1 <http://www.dh.gov.uk/Home/fs/en>

Kommunerna

Kommunerna (the Boroughs) i Storbritannien utgör viktiga samverkanspartner i det regionala hälsoarbetet. De är skyldiga att följa planen för London (the London Plan). Kommunerna har omfattande uppgifter inom socialväsande och hälsa och verkar bland annat inom följande områden:

- alkohol och missbruk,
- handikappade,
- barn- och familjeomsorg,
- Ohiv och aids,
- inlärningsstörningar,
- psykisk hälsa,
- äldre,
- trygghet.

Uppgifter inom miljö- och planeringsområdet bland kommunerna är t.ex.:

- byggnadstillsyn,
- miljörelaterad hälsa och standarder inom handelsområdet,
- hälsa och säkerhet,
- planering,
- återvinning och renhållning,
- bostadsförsörjning,
- fritid och kultur,
- kollektivtrafik.

Organ som ska brygga över gapet mellan planering och hälsa

GLA

Den valda regionala myndigheten – borgmästarämbetet – har ingen direkt beslutsmyndighet inom hälso- och sjukvården. Borgmästaren är dock skyldig att verka för en bättre hälsa bland londonborna och måste beakta hälsoeffekter av sina förslag. En handfull personer inom GLA:s planerings- och hälsoteam har fått i uppgift att i samverkan med representanter för hälso- och sjukvården arbeta för att genomföra stadens strategier på hälsoområdet.

GLA medverkar i planering och utvärdering och ger underlag för borgmästarens beslutsfattande. GLA har bl.a. utvecklat en *Best Practice Guide* om hur hälsan kan förbättras genom planering. Guiden, som ytterligare kommenteras nedan, presenteras ännu utförligare i kapitlet *Metoder*.

2 <http://www.gos.gov.uk/gol/publichealth>

3 <http://www.lho.org.uk/Default.aspx>

Hälsokommissionen i London⁴

Ett annat initiativ från borgmästaren är inrättandet av Hälsokommissionen i London (*London Health Commission, LHC*) år 2000.

Kommissionen är ett oberoende rådgivningsorgan till borgmästaren. Kommissionen samlar på toppnivå en rad organisationer som representerar ett brett spektrum av kompetens och intressenter. Här finns politiker från London Assembly och representanter på ledningsnivå bl.a. för olika sjukhus, DH, GLA, utbildningssektorn, kommuner, universitets- och forskningsvärlden såsom King's Fund och University College London, London Health Observatory, regeringens Londonkontor, Commission for Racial Equality, Greater London Action on Disability (GLAD), London First, Regional Public Health Group, London Development Agency, London Councils, London Voluntary Service Council och Metropolitan Police Authority.

LHC har begränsade egna resurser och arbetar främst genom sina deltagande organisationers försorg.

Kommissionen ska medverka till en bred samverkan för att nå de uppsatta hälso-målen. Dess uppgifter är att påverka beslutsfattare och läkarkår, ge stöd till lokala aktiviteter och driva på i prioriterade frågor. De frågor som prioriteras för närvarande är:

Prioriterade frågor	Prioriterade grupper	Prioriterade metoder
<ul style="list-style-type: none"> – Ojämlighet i hälsa. – Bredda nyttjandet av hälsans bestämningfaktorer. – Transporter. 	<ul style="list-style-type: none"> – Svarta och andra minoriteter. – Barn och unga. – Handikappade. 	<ul style="list-style-type: none"> – HKB. – Stadsförnyelse. – Grannskapsutveckling. – Stöd till lokal aktivitet

En av LHC:s uppgifter är att publicera en årlig rapport om hälsoläget i London. Uppföljningen baseras på hälsans bestämningfaktorer. Den årliga rapporten presenteras utförligare i avsnittet *Indikatorer* i kapitlet *Metoder*.

LDA:s hälsoteam

Även London Development Agency (LDA),⁵ vars huvuduppgifter ligger inom området ekonomisk utveckling och näringsliv, har ett hälsoteam. LDA har i detta sammanhang den dubbla uppgiften att bidra till den allmänna politiken för bättre hälsa och att ta till vara hälso- och sjukvården som en tillväxtbransch i London. LDA är underställd borgmästaren och är en systerorganisation till GLA.

Londons kommission för hållbar utveckling⁶

I nära anknytning till hälsoområdet fungerar även Londons kommission för hållbar utveckling (London Sustainable Development Commission). Kommissionen, som är tillsatt av borgmästaren, är sammansatt av representanter för näringslivsutvecklingen, socialväsendet och miljöområdet.

4 <http://www.londonhealth.gov.uk>

5 <http://www.lda.gov.uk>

6 <http://www.london.gov.uk/londonissues/sustainability.jsp>

Enheten för hälsosam stadsutveckling

LHC:s och GLA:s nya uppgifter representerar "planerarens" initiativ att närma sig hälsofrågorna. Hälso- och sjukvårdens respons att närma sig planeringen är bl.a. *The Healthy Urban Development Unit (HUDU)*⁷, på svenska ungefär "Enheten för hälsosam stadsutveckling".

Frågan hur sjukvården ska organiseras för att kunna medverka på ett konstruktivt sätt i planeringen har prövats. Flera alternativ har diskuterats, t.ex. att de lokala sjukvårdsoperatörerna själva tar ansvaret, att en särskild enhet placeras inom GLA, en enhet inom regeringens Londonkontor (GoL) eller som en central enhet placerad inom regionala NHS. Man valde det senare alternativet i form av Healthy Urban Development Unit (HUDU). De främsta motiven var att NHS på detta sätt var tvungen att fortsätta att driva frågan och att man kunde få en kritisk massa och förutsättningar att delta i stora projekt.

HUDU är en relativt liten organisation med tre anställda som startade 2004. Den ska hjälpa den nationella sjukvården – NHS – att engagera sig i stadsplaneringen, bland annat genom att stödja alla sjukvårdsenheter i London i planeringsfrågor.

Utmaningen för NHS beskrivs som att *både* uppfylla de behov av ny sjukvårdsservice som den kraftiga befolkningsökningen och andra demografiska ändringar medför *och* att stödja en utveckling som leder till bättre hälsa i Londons olika regiondelar. Det är en speciell utmaning att få in "managers of health" i planeringssystemet. "*Planerarna tänker och agerar i ett långt tidsperspektiv medan vårdprofessionen agerar i nuet*".

Målet för HUDU är att signifikant förbättra hälsan för londonborna. Detta ska ske genom att det skapas hälsosamma och hållbara stadsdelar i huvudstaden. Hälso- och sjukvårdens aktörer ska kunna agera på ett tidigt stadium i planeringsprocessen och påverka utfallet av plan- och bygglovsansökningar.

De slutsatser som dras är att det krävs förändringar inom NHS för att man ska kunna bidra till hälsosamma och hållbara stadsdelar, t.ex. genom att man får till stånd mötesplatser för hälso- och fastighetsbranscherna.

Ett exempel är *London Health and Urban Planning Engagement Toolkit*, som är en systematisk ansats för att bygga relationer mellan vårdpersonal och lokala planerare.

HUDU tillhandahåller även en checklista för planerare "*Watch Out For Health – Planning Checklist*". Denna beskrivs närmare i avsnittet *Indikatorer* i kapitlet *Metoder*.

Verktygen

The London Plan

Följande utgångspunkter betonas för en hälsoinriktad stadsplanering i The London Plan:

- fokus i stadsplaneringen ligger på människors hälsa, välbefinnande och livskvalitet,
- hälsomål som en central del av den politiska beslutsprocessen,
- hälsa som en kärnfråga inom hållbar utveckling,
- kvaliteten i den byggda miljön baserad på livskvalitet för individer och samhällen.

7 <http://www.healthyurbandevelopment.nhs.uk/>

Hälsa måste ses som mycket mer än frånvaro av sjukdom, vilket innebär att planeringen bör anpassas efter ett socialt perspektiv på hälsobegreppet. En utgångspunkt är att tillgängligheten till olika resurser i miljön är ojämnt fördelad.

Målen för The London Plan är följande:

Mål 1: Inrymma Londons tillväxt inom stadens gränser utan att man inkräktar på de öppna ytor.

Mål 2: Göra London till en bättre stad för människor att leva i.

Mål 3: Göra London till en mer välmående stad med en stark och diversifierad ekonomi.

Mål 4: Stärka social gemenskap och motverka utanförskap och diskriminering.

Mål 5: Förbättra Londons tillgänglighet.

Mål 6: Göra London till en mer attraktiv, väl utformad och grön stad

Flera av målen har direkt anknytning till folkhälsa.

Planen är strukturerad så att den inleds med de legala förutsättningarna och en nulägesanalys som särskilt fokuserar drivkrafterna för förändring. Planen innefattar även en bred utvecklingsstrategi som beskriver nyckelfrågorna för rumslig utveckling och hållbarhet.

Folkhälsa är inte ett eget tema/insatsområde utan hanteras som en horisontell dimension tillsammans med jämlikhet och hållbarhet. Planen innehåller policyer för fyra olika teman:

- "Living in London" – hur staden ska hantera befolkningsökningen.
- "Working in London" – hur den ekonomiska utvecklingen ska stödjas.
- "Connecting London" – det kritiska beroendeförhållandet mellan transporttillgänglighet och utvecklingsmöjligheter.
- "Enjoying London" – en politik för förbättring av livskvaliteten i London.

Ett särskilt avsnitt ägnas de horisontella frågorna, dit hälsan hör. Avsnittet är främst fokuserat på miljö, lokalisering, design och kulturarv.

Sammanlagt sker uppföljning av 70 punkter i planen ur ett hälsoperspektiv. Planens hälsoinriktning vilar på lagstiftning.

Best practice-guide för hälsofrågor

Under det senaste året har GLA arbetat med en best practice-guide för hälsofrågor (BPG) (*Health Best Practice Guidance – Improving health through planning*⁸). Guiden beskrivs utförligare i avsnittet *Best Practice Guide* i kapitlet *Metoder*.

Syftet med BPG är att samlat presentera exempel och metoder om hur planeringen kan bidra till en bättre hälsa hos befolkningen. Guiden tar sitt avstamp i borgmästarens uppgift att verka för en bättre hälsa hos befolkningen och den vilar tematiskt på The

8 Mayor of London, Health Issues Best Practice Guidance – Improving health through planning, Consultation Draft, June 2006.

London Plan. BPG är ett resultat av samarbete mellan GLA, sjukvårdsmyndigheterna och en rad institutioner. En styrgrupp har koordinerat arbetet och de olika perspektiv som de olika aktörerna har.

BPG innehåller tre delar. En första del beskriver övergripande verktyg – bl.a. HKB. En andra del lyfter fram arbetsmetoder för olika delfrågor (bostäder, trafik, sysselsättning m.fl.). Det tredje och sista avsnittet ger exempel på metoder för hur planering och sjukvård kan samverka i konkreta projekt.

Målgrupper är planeringsorgan och hälso- och sjukvårdsorgan på regional och lokal nivå, men även privata arkitekter, byggherrar osv. En av huvudfrågorna är att motivera beslutsfattare i kommunerna och andra organ att – i linje med the London Plan – arbeta med hälsofrågorna.

Från hälsokonsekvensbedömning till integrerad hälsokonsekvensbedömning

HKB är ett av de områden som tas upp i best practice-guiden.

Hälsokonsekvensbedömning (Health Impact Assessment, HIA) beskrivs som ett relativt nytt verktyg. Det finns ingen nationell standardmetod eller krav på genomförande av HKB, men allt fler ser ansatsen som värdefull.

Hälsokonsekvensbedömningar ska tillämpas för *alla större satsningar* och gäller alla verksamhetsområden inom GLA. Tillämpningen gäller såväl specifika objekt och strategier som policyer och planer.

Några element i tillämpningen av HKB är:

- Uppbyggnad av en databas för HKB.
- Krav på att planeringsprocessen ska innehålla en offentlig dialog.
- Engagemang från olika intressenter är en viktig del i arbetet med HKB. Dessa ska representera mångfalden hos Londonborna.

För genomförandet av en HKB hänvisar GLA bl.a. till "HKB-portalen" (*Health Impact Assessment Gateway*⁹), en hemsida som upprätthålls av hälsodepartementet.

Hållbar utveckling ses som övergripande för hälsofrågorna, och utifrån detta har man utarbetat en arbetsmodell som man kallar för "*Integrated Impact Assessment*" (IIA), d.v.s. integrerad konsekvensbeskrivning.

Denna integrerade konsekvensbeskrivning baseras på att tre instrument sammanförs till ett:

- MKB och strategisk MKB enligt de nya EU-direktiven,
- social konsekvensbedömning (Social impact assessment),
- hälsokonsekvensbedömning.

Hälsokommissionen har bl.a. lett en Integrerad konsekvensbeskrivning (IIA) tillsammans med *Urban Development and Regeneration Forum* om regelverket för delregio-

9 <http://www.hiagateway.org.uk/page.aspx?o=WhatIsHIA>

nala utvecklingsplaner som ett pilotprojekt. Resultat ledde bland annat fram till att hälsoaspekterna blev bättre tillgodosedda än vad de skulle ha blivit om MKB och HKB hade genomförts var för sig. Konsekvensbeskrivningen beskrivs utförligare i kapitlet *Metoder*.

Sheffield

Staden Sheffield hade 520 700 invånare år 2005. *The Healthy City team* (i fortsättningen hälsoteamet) tillhör Sheffield City Council. Teamet arbetar för att göra staden till en hälsosammare stad med mindre skillnader i hälsotillståndet hos befolkningen. Bland hälsoteamets mål ingår att öka förståelsen för att allmänhet, frivilligorganisationer och privat sektor måste arbeta parallellt med ekonomiska, sociala, miljömässiga och andra faktorer för att hälsotillståndet ska förbättras.

Prioritering och inriktning

Riktlinjerna för arbetet är WHO Europas "Hälsa för alla", som innehåller följande målsättningar:

- rätt till hälsa,
- jämlikhet,
- självbestämmande,
- deltagande,
- ansvarsskyldighet,
- lokal samverkan,
- nationellt och internationellt samarbete.

Samverkan

Under våren 2007 genomförde Sheffield bl.a. ett s.k. "*Health Planning Event*" för planerare på lokal nivå och hälsoexperter. Arrangemanget fokuserar på de viktigaste områdena för planering och hälsa för Sheffield och sätter upp tidsmässiga ramar för både hälsa och planering. Vid evenemanget samverkar arbetsgrupper med blandade kompetenser från planerar- och hälsoområdet med att utarbeta strategier och konkreta åtgärder för att uppnå önskvärda planerings- och hälsoresultat för Sheffield. Planeringen omfattar tre nivåer: 1. planering på grannskapsnivå, 2. översiktsplanering och 3. strategisk planering.

I Sheffield arbetar hälsoexperterna nära stadsbyggnadskontoret (*Planning Department*). Staden samverkar med universitet i hälso- och stadsplaneringsfrågor. Sheffield City Council har tillsammans med bland annat Sheffield Hallam University tagit fram en hälsokonsekvensbedömning för "Sheffield Decent Homes Programme". Syftet med programmet är att förbättra hälsa och livskvalitet hos medborgarna, bidra till att minska hjärt- och lungsjukdomar och olyckor i hemmet, öka säkerheten och ge mentalt välbefinnande.

Metoder

Healthy City team arbetar genom att sprida idén om den hälsosamma staden och informera om samverkan och nya arbetsformer – i första hand genom ett nyhetsbrev. Teamet stödjer projekt som syftar till att öka jämlikheten ur ett hälsoperspektiv. Exempel är projekt i primärvården och ett lokalt hälsoutvecklingsprogram.

Ett prioriterat område är att söka utveckla och finna goda exempel på hur allmänheten och särskilt grupper som är svåra att nå kan involveras. Ett samhällsutvecklings- och hälsoprogram har till exempel *ett aktivt nätverk* av grupper från allmänheten.

De strategiska miljöbedömningar som tas fram i enlighet med EU-direktivet 2001/42/EC (the SEA Directive) omfattar hälsoaspekter.

Sheffield¹⁰ fokuserar på ett mindre antal hälsokonsekvensbedömningar för aktiviteter som bedöms ha stor potential att påverka hälsan hos Sheffields befolkning. I Sheffield har följande hälsokonsekvensbedömningar färdigställts eller är under framtagande:

- tjänlig bostad HKB (Decent Homes HIA),
- motorväg 1 HKB (M1 HIA),
- Sheffields centrum HKB,
- South Yorkshires lokala trafikplan.

Detta har resulterat i att det planeringsverktyg för *hållbarhetsbedömning* (Sustainability Appraisal) som Sheffield tillämpar innehåller hälsoaspekter.

I hållbarhetsbedömningen har ett antal hållbarhetsmål satts upp, varav ett är "*Förutsättningar och service som skapar god hälsa*". I Sheffield Development Framework (ungefär Sheffields utvecklingsplan) finns bland annat följande mål och delmål:

- Målet om möjligheter för alla
"Stadsdelar planerade för att gynna en hälsosam livsstil för alla."
"Lokal tillgång till samhällsservice, hälsa, utbildning, inköp, fritidsanläggningar och nödvändig service, som invånarna kan nå till fots, med cykel eller kollektivtrafik."
- Målet om väl utformade fysiska miljöer
"En hälsosam miljö som omfattar områden för fysisk aktivitet och rekreation och som inte påverkar människor genom föroreningar, buller eller störningar."

Rotterdam

Rotterdam stad ingår tillsammans med sexton andra kommuner i Storrotterdam (Regio Rijnmond). År 2006 var antalet invånare i Regio Rijnmond 1 145 673 och i staden Rotterdam 588 576.

10 <http://www.sheffieldfirst.net/index.asp?pgid=91675>. Sheffield First Partnership is the Local Strategic Partnership for Sheffield. Its purpose is to coordinate the work of a range of different agencies and initiatives and to bring together a wide range of organizations to make Sheffield a successful city and to provide better lives for those who live here. Sheffield First Partnership helps to maximize effort and coordinate activity so improvements happen faster.

Folkhälsofrågorna ombesörjs av *hälsoförvaltningen* (Gemeentelijke Gezondheids Dienst, GGD). Hälsoförvaltningen verkar på regional nivå, men verksamheten rör ofta frågor på kommunal nivå för Rotterdams stad.

Stadsplanering och folkhälsa är två arbetsområden inom förvaltningen. Hälsoförvaltningen har 600 medarbetare. De arbetar med bland annat primärvård, grannskapsnätverk, infektion, hiv/medicin, miljö och hygien.

Rotterdam deltog i fas 3 inom Healthy Cities 1998–2002. Healthy Cities bidrog i hög grad till starten för hälsoengagemanget i staden.

Prioriterade folkhälsofrågor i Rotterdam

Bland prioriterade folkhälsofrågor i Rotterdam återfinns:

- åtgärder för att minska de höga nivåer av koldioxidutsläpp som förekommer i Nederländerna och för att hålla sig till de europeiska riktlinjerna,
- byggande och planering av hållbart storskaliga områden,
- åtgärder för att skapa en hållbar infrastrukturutveckling,
- åtgärder för att motverka utanförskap,
- åtgärder för att främja trygghet och säkerhet.

Politisk inriktning

Politiska beslut har lagt grunden till att folkhälsofrågan är en del av stads- och regionplaneringen. Beslutet om integration av hälso- och planeringsfrågor fattades av kommunfullmäktige 1997. Inriktningen har ändrats beroende på politisk majoritet och har varierat mellan livsmiljö/kvalitet och trygghet/säkerhet.

Det stora politiska engagemanget i folkhälsofrågan i Rotterdam har ytterligare ökat under de allra senaste åren. Exempelvis har kraftfulla och lyckade åtgärder mot hemlöshet genomförts på politiskt initiativ.

Samverkan i planeringen

I Rotterdam har samverkan hög prioritet. Den sker i olika former och med olika partner. Hälsoförvaltningen har bland annat ett utvecklat samarbete med stadsbyggnadskontoret. Förvaltningen har även en kunskapsallians med miljöförvaltningen, som bland annat omfattar samverkan i projekt om miljöbelastande lokaliseringar.

Intresset för hälsa i planering uppstod i och med ett ökat intresse för hållbarhet inom byggsektorn och med planeringen av nya storskaliga områden i staden (*Nesselande*). Enligt en tvärsektoriell policy skapades 1996 kontakter mellan stadsbyggnadskontoret (*Urban Planning and Housing*), bostadsrättsföreningar och aktörer inom byggsektorn, vilket resulterade i ett första samverkansprojekt. Programmet *Stadsplanering och hälsa* har utvecklats sedan dess. Syftet har varit att förespråka hälsa och välbefinnande och att förebygga sjukdom och risker genom att utveckla, bygga och underhålla bebyggelse och miljö. Hälsoförvaltningen ger ofta rekommendationer i anslutning till nya planer för staden. Hållbarhetsaspekter är särskilt viktiga i utvecklingsplaner för omvandlingsområden, infrastrukturinvesteringar och stora områden med nylokalisering av byggnader.

Hälsöförvaltningen har varit rådgivande sedan 1970 för *Bestemmingsplan*, en fysisk plan med formell laglig status. I den regionala utvecklingsplanen för Rotterdam 2020 har folkhälsofrågorna integrerats med miljöfrågorna.

Hälsöförvaltningen har deltagit i arbetet med den kommunala översiktsplanen för utveckling av fysisk, ekonomisk och social struktur till år 2030. I planen preciseras särskilda *investeringar* för en bättre hälsa, som sedan översatts till fysiska kriterier, det vill säga vad stadsplanerna bör innehålla för att bidra till att uppnå målen inom hälsoområdet. Ett exempel är initiativet att starta ett projekt för drogberoende personer där hälsöförvaltningen bidrog till lokaliseringsspecifikation, byggnadsmaterial, underhåll och ersättning för kostnader.

Trafikplanen är ett exempel på samarbete mellan hälsöförvaltningen, kommunen och regionen. I planarbetet har beräkningsmetoder och modeller för hälsoeffekter från trafiksystemet använts för att visa påverkan på människoliv.

Metoder

År 1997 publicerade hälsöförvaltningen rekommendationer för *Hälsosamt byggande*, som innehöll en översikt över möjliga åtgärder relaterade till stadsplanering och hälsa. Dokumentet avsåg att förenkla frågan om hälsa och planering genom praktiska riktlinjer. Dokumentet omfattar cirka 150 rekommendationer, som är klassade inom 15 huvudteman och som omfattar miljöfaktorer, rörlighet, säkerhet och grönska. Vid sidan av den tematiska indelningen är rekommendationerna kategoriserade för respektive steg i planeringsprocessen. Alla rekommendationer har en beskrivning av hälsöförvaltningens tänkbara bidrag och deltagande i planeringsarbetet.

Gesundheiteffektreportage är en variant av hälsokonsekvensbedömning, som främst är fysiskt inriktad. Arbetet pågår med att förena en *Gesundheiteffektreportage* och en miljökonsekvensbeskrivning (MKB) på nationell nivå.

Särskilda projekt som bland annat rör allergisanerade hus och åtgärder för huvudgator har genomförts. Dessutom genomför Rotterdam workshops med stadsplanerare och hälsoexperter.

Milano

Milano har ca 1,3 miljoner invånare och näringslivet domineras av olika tjänstebanscher, såsom handel, transport, bank och finans, försäkring, konsultföretag, design-, reklam- och medieföretag. Staden fick en ny administration i juni 2006 i samband med att en ny borgmästare valdes. Borgmästaren har bland annat skapat en särskild avdelning för hantering av hälsofrågor.

Prioritering och inriktning

Milano fokuserar särskilt två stora problem:

- Luftföroreningar.
- Sociala problem, som bl.a. beror på en stor andel äldre (34 procent av befolkningen är över 65 år).

Folkhälsoarbetet fokuserar bl.a. bra bostäder och miljöer för äldre.

Goda levnadsomständigheter för äldre människor ses som en av de viktigaste frågorna för en hälsosam stad. Frågan studeras utifrån en mångdimensionell utgångspunkt, och man tar hänsyn till förhållandet mellan sociala frågor, bostadsbyggande och kommunala problem. Resultaten av dessa analyser är utgångspunkterna för den nya sociala och ekonomiska stadsplaneringen.

Just nu pågår arbete med tre WHO-projekt: *Hälsosam stadsplanering*, hälsokonsekvensbedömningar och *Hälsosamt åldrande*.

Projekt som pågår i staden handlar exempelvis om att skapa grönområden, påverka människors livsstil och öka användningen av cykel i staden.

Samverkan

Hälsosam stadsplanering startades 1999. Det bidrog till att etablera projekt som involverade stadsdelsförvaltningar, Healthy Cities-kontoret vid social- och hälsoavdelningen, stadsutvecklingsavdelningen, planerings- och arkitekturavdelningen och Milanos tekniska universitet. Ett syfte med projektet har varit att sammanföra praktiker och teoretiker.

Kommunen har inlett arbetet med att förstärka samarbetet mellan olika aktörer inom folkhälsoområdet och planeringen, men bedömer att man ännu inte nått så långt i denna process.

Metod

I projektet *hälsosam stadsplanering* arbetade man i flera steg. I ett första steg identifierades allmän och privat sektorsplanering, som redan fungerar utifrån WHO:s huvudprinciper för en hälsosam stad – rättvisa, hållbar miljö, samverkan mellan sektorer och kommunengagemang.

I ett andra steg genomfördes projektet i några utvalda bostadsområden, med stort inflytande från boende och lokala aktörer. Dessa pilotprojekt ledde dessutom till metodutveckling inom administrationen i kommunen.

De nya metoderna låg i steg tre till grund för riktlinjer för att förebygga ohälsa i stadsplaneringen. Riktlinjerna har sedan samlats i ett strategiskt dokument om stadsplanering, som tillämpas även inom andra verksamhetsområden i Milano.

Hälsokonsekvensbedömningar

Milano planerar att införa hälsokonsekvensbedömningar när staden ska ta fram en översiktsplan för staden. I framtiden vill de använda dessa bedömningar när de utvärderar specifika projekt.

Wien

I Wien bor 1,8 miljoner människor. Ca 23–24 procent av befolkningen är över 60 år.

Staden har arbetat aktivt med hälsofrågor sedan 1989, då den blev medlem i WHO:s Healthy Cities. Medlemskapet lade grunden till en förnyelse av arbetet med hälsa i Wien. En projektbyrå grundades. Åtgärder som hälsoinformation och andra hälsofrämjande insatser ses som viktiga bidrag till att stärka medvetenheten kring hälsofrågorna och till att förbättra hälsan för Wiens befolkning. Arbetet genomförs bl.a. genom målgruppsorienterade program och modellprojekt.

Prioritering

Staden arbetar enligt WHO:s prioriteringar med *hälsosamt åldrande* (healthy ageing) och *hälsosam stadsplanering* (healthy urban planning).

Samverkan

Staden har etablerat samarbete mellan avdelningarna "Folkhälsa och sociala frågor" och "Stadsplanering" för något år sedan. Avdelningarnas gemensamma rapport "*Safeguarding Quality of Life for Older People*" skrevs år 2005 och är en översikt över litteratur och projekt om hälsoarbete och stadsplanering för målgruppen äldre.

Ett av de första gemensamma projekten var "Healthy Gardens", där syftet var att öppna paviljonger för patienter i parker runt sjukhusen.

Ett pilotprojekt har startats i två områden i Wien med syftet att öka livskvaliteten och hälsan bland äldre människor. Mätmetoderna härstammar från både stadsplanering och hälsoförebyggande arbete. Bland annat används ett arbetsmiljöverktyg, "Vitalbalanz", som ursprungligen är från Tyskland och som används inom företag för att bedöma de anställdas hälsa. Utmaningen ligger nu i att förädla metoden för användning på människor som bor i bostadsområdena.

De två bostadsområdena valdes ut med hjälp av en metod där sociala och ekonomiska faktorer mäts. Det verktyg som användes i Wien heter "Fuzzy Logic" och innehåller kvalitativa data som ska ge en bild av den gradvisa förändring som sker i området. Till exempel mäts människors friskhet i form av aktivitet och mental ålder i stället för i den faktiska åldern.

Metod

Genom deltagande i WHO:s Healthy Cities har staden förbundit sig att ta fram en hälsoplan, Das Wiener Gesundheitsförderungsprogram 2000, som sedan utvecklats vidare.

Hälsokonsekvensbedömningar används inte inom kommunen. Det är ett nytt arbetsätt som företrädare för kommunen säger sig vara lite främmande inför. De tycker att de är komplicerade att genomföra samtidigt som man inte ser fördelarna med dem.

Aalborgdeklarationen

Den 9–11 juni 2004 hölls den fjärde *Europeiska konferensen rörande städer för hållbar utveckling i Aalborg*. Målet med konferensen var att utveckla och fastställa gemensamma åtaganden för att uppnå en hållbar utveckling i städer.

Under konferensen antog representanterna 50 åtaganden – de så kallade ”50 Aalborg Commitments”, på svenska deklarationen ”*Aalborg +10 – Inspirerande framtider*”.

Den ursprungliga Aalborgdeklarationen fastställdes 1994 av deltagarna i den europeiska konferensen om långsiktigt hållbar stadsutveckling. Den reviderade deklarationen ”Aalborg +10” syftar till att skapa ett strategiskt och koncentrerat arbete med hållbar stadsutveckling i europeiska städer och kommuner. Den beskriver Aalborgåtagandena – tio utpekade områden med vardera fem åtaganden, som de undertecknande kommunerna förbinder sig att arbeta med och uppfylla på sikt. Inom ett år från det att deklarationen undertecknats ska en lägesbeskrivning tas fram.

Ett syfte med beskrivningen är att den ska kunna användas som utgångspunkt för en målformuleringsprocess, där delmål ska formuleras inom två år från undertecknandet.

De tio områdena rör:

1. styrning och förvaltning – ökad deltagandedemokrati,
2. lokal styrning i riktning mot hållbarhet,
3. naturliga gemensamma nyttigheter,
4. ansvarfulla konsumtionsmönster och val av livsstil,
5. planering och stadsbyggnad,
6. bättre framkomlighet och mindre trafik,
7. lokala hälsofrämjande insatser,
8. livskraftig och hållbar lokalekonomi,
9. jämlikhet och social rättvisa,
10. lokalt till globalt.

Målen för planering och stadsbyggnad rör t.ex. förnyelse av utsatta områden, användning av mark inom stadens gränser framför oexploaterad mark i stadens utkanter, blandning av olika användningar och verksamheter i byggnader och bebyggelse, bevarande av det urbana kulturarvet och hög kvalitet i byggandet.

Sedan konferensen har 350 kommuner, däribland flera från Stockholmsregionen, undertecknat Aalborgdeklarationen. En femte konferens inom ramen för Europeiska konferensen rörande städer för hållbar utveckling ägde rum i Sevilla i mars 2007.

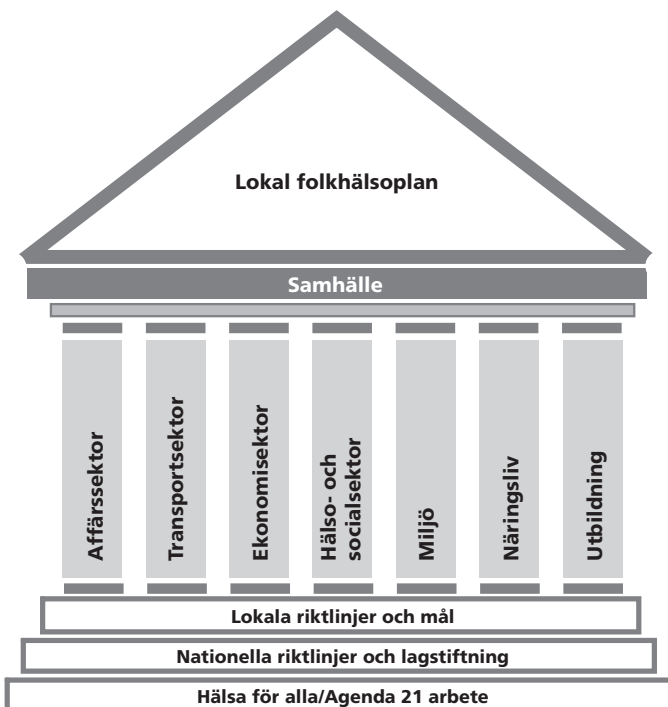
WHO – Healthy Cities

WHO:s Healthy Cities-program¹¹ för hälsoförbättringar engagerar kommuner och även landsting/regioner inom en rad områden såsom:

- politisk uppslutning,
- institutionell utveckling,
- kompetensutveckling,
- planering,
- genomförande av partnerskapsbaserade innovativa projekt.

Särskild uppmärksamhet ägnas ojämlikhet i hälsa, fattigdom, behov hos utsatta grupper och ekonomiska och miljömässiga bestämningsfaktorer för hälsan. I arbetet strävar man även efter att genomföra hälsokonsekvensbedömningar i samband med utveckling av hälsa i storstadsplanering. WHO brukar beskriva pelarna för en lokal folkhälsoplan med hjälp av nedanstående figur.

WHO Healthy Cities-programmet är nu inne i sin fjärde fas, 2003–2008. Huvudteman är åldrande och hälsa, hälsa i storstadsplanering och hälsokonsekvensbedömningar.



¹¹ <http://www.euro.who.int/healthy-cities>

Svenskt perspektiv

I detta avsnitt beskrivs ett antal exempel på folkhälsofrågor i planeringen i svenska kommuner och regioner. Folkhälsofrågor i de regionala utvecklingsprogrammen presenteras endast översiktligt, medan folkhälsoarbetet på regional nivå i Halland, Skåne och Sörmland beskrivs något mer detaljerat. Utgångspunkten för beskrivningen av kommuner är de kommuner som ingår i Healthy Cities-nätverket i Sverige.

Folkhälsofrågorna blir allt viktigare såväl i regionerna som i kommunerna. Samtidigt är folkhälsofrågor i planeringen av den regionala utvecklingen ett nytt perspektiv, där aktörerna fortfarande söker lämpliga samverkansformer och metoder. Det handlar både om att få traditionella hälso- och planeringsaktörer att arbeta tillsammans och om att uppnå en fungerande interaktion mellan de insatser som görs på regional och kommunal nivå.

I de regionala utvecklingsprogrammen är ambitionen i folkhälsofrågor generellt sett hög, medan konketionsnivån när det gäller vad som ska genomföras är låg. Dessutom varierar prioriteringarna.

De tre län som studerats något djupare visar på olika sätt att hantera folkhälsa och planeringsfrågor. I Halland finns en gemensam folkhälsopolicy för landstinget och kommunerna. Utifrån denna har Region Halland beslutat att folkhälsan ska beaktas vid alla politiska beslut, genom en relativt enkel hälsokonsekvensbeskrivning. I Skåne byggs ett ambitiöst folkhälsoarbete upp i regionens regi. En stark samverkan finns sedan tidigare mellan regionens sjukvård och kommunerna i folkhälsofrågorna. Nu är ambitionen att även det regionala utvecklingsarbetet systematiskt ska beakta folkhälsoaspekter. I Sörmland har man haft en annan utgångspunkt och valt att låta hållbar utveckling fungera som ett övergripande mål för folkhälsoarbetet.

Folkhälsofrågor i regionala utvecklingsprogram

För att få en bild av hur arbetet med folkhälsofrågor sker kopplat till regional utveckling i svenska län, har en genomgång gjorts av de regionala utvecklingsprogrammen (RUP:ar).

Förutom Stockholms län har följande regioner regionala utvecklingsprogram: Blekinge, Kalmar, Kronoberg, Norrbotten, Skåne, Uppsala, Västerbotten, Gotland, Örebro och Östergötland. Län som har strategier eller visioner är Dalarna, Halland, Jämtland, Västra Götaland och Värmland.

I förordningen om regional utvecklingsplanering (SFS 2003:595, 6 §) slås fast att *”Länsstyrelsen och samverkansorganet eller det regionala självstyrelseorganet skall verka för att det av riksdagen fastställda målet för regional utvecklingspolitik uppnås i länet och beakta de nationella målen för integration, jämställdhet och miljö för att säkerställa en hållbar regional utveckling.”*

Av propositionen, som föregått förordningen, framgår att ett syfte med den regionala utvecklingspolitiken är att åstadkomma en effektivare sektorssamordning och regionala hänsynstaganden inom olika politikområden. Regeringen poängterar att det behövs flera offensiva strategier i kombination med riktade åtgärder för att stärka hållbar utveckling och livskraft i alla delar av landet. Inom ramen för metodutvecklingsarbetet har

även frågor om folkhälsa, förebyggande folkhälsoarbete och miljöaspekter kommit att behandlas.¹²

Sammanfattning av folkhälsa i RUP

Folkhälsa behandlas på något sätt i samtliga regionala utvecklingsprogram (RUP:ar). Det varierar från att folkhälsa har ett eget område till att det finns integrerat i texten som en viktig målsättning eller som ett behov. I något program har man utgått från landstingets folkhälsomål i beskrivningen. Benämningen hälsokonsekvensbedömningar (HKB) förekommer inte i någon RUP. Underlag om hälsoaspekter, såsom antal arbetslösa och sjukskrivna, finns i flera program som en beskrivning av nuläget.

Generellt är de regionala utvecklingsprogrammen och visionerna av övergripande karaktär. Visionerna innehåller i de allra flesta fall en antydning till "det goda livet" eller till att länet har en attraktiv miljö och ett attraktivt näringsliv, vilket också omfattar hälsoperspektivet. Det saknas definitioner av folkhälsobegrepp och/eller det saknas tydliga projekt och planer på genomförande liksom uppgifter om vilka som ska delta i genomförandet.

En komplikation vid en jämförelse mellan de regionala utvecklingsprogrammen och strategierna är att ansvaret för det regionala utvecklingsarbetet ligger på olika organ och på att det inte finns någon klar mall för hur en RUP ska se ut.

En övergripande matris över folkhälsofrågor i RUP presenteras nedan.

Län	Övergripande koppling till folkhälsa i RUP	Projektansatser/prioriteringar Samband med folkhälsa
Blekinge	Hållbarhet. Hälsa och säkerhet. Miljöförstöring och ohälsa.	Folkhälsa i de kommunala översiktsplanerna. Idrott och kultur. Folkhälsoråd/välfärdsråd.
Dalarna	Folkhälsa som delmål. Attraktivitet.	Identifiera luckor. Barns och ungdomars uppväxtvillkor.
Jämtland	Livsmiljö och attraktionskraft. God hälsa som delmål. Kompetens och arbetskraftsförsörjning.	Folkhälsa i kommunala översiktsplaner.
Kalmar	Arbetsmarknad. Livskvalitet. Barn och unga. Attraktivitet. Miljö. Hälsa – en tillväxtbransch.	Folkhälsocentrum, som landstinget samordnar. Fem delmål för att bli Sveriges bästa hälsolän.

12 <http://www.nutek.se/sb/d/137>, se även Regionplane- och trafikkontoret, Folkhälsopolycyns integrering i RTK:s verksamheter, Rapport 2005-12-20, stencil.

Län	Övergripande koppling till folkhälsa i RUP	Projektansatser/prioriteringar Samband med folkhälsa
Kronoberg	Hållbar utveckling. Barn och unga. Alkohol- och drogkonsumtion. Brottsförebyggande arbete.	Alla beslut ska balanserat beakta ekonomiska, sociala och miljömässiga konsekvenser i ett längre tidsperspektiv. Fysisk planering ska grundlägga goda levnadsvillkor. De nationella folkhälsomålen ska anpassas till regional och lokal nivå.
Norrbottnen	Folkhälsa som en av tre grundläggande utmaningar. Attraktiva livsmiljöer. Hållbar utveckling. God hälsa på lika villkor. Barn och unga.	Folkhälsoindikatorer: medellivslängd och ohälsotal. Samverkan.
Skåne	Tillväxt, attraktivitet, bärkraft och balans. Arbetskraftsförsörjning.	Hälsa som indikator. Samverkan med föreningslivet. Samarbete med kultursektorn – etablera ett forum för folkhälsa och kultur. Fysisk aktivitet och idrott.
Uppsala	Social hållbarhet. Äldre. Kultur- och naturmiljöer.	Attraktiva boendemiljöer och goda livsvillkor
Västerbotten	Attraktiv boendemiljö, inflyttning. Kompetensutveckling och arbetskraftsförsörjning. Klimat.	
Västra Götaland	God hälsa som fokusområde. Barns uppväxtvillkor. Arbetsrelaterad ohälsa.	Modell för löpande uppföljning och utvärdering.
Örebro	Hållbar utveckling. Miljö. "Demokratisk hälsa". ¹³	Landstingets folkhälsoprogram är ett av de program som är kopplade till RUP.
Östergötland	Prioriteras som hälsoregion Mångfald och integration	Miljö kvalitetsmålen. Kulturinstrument för folkhälsa.

13 "Demokratisk hälsa" handlar om människan som medborgare och kompetent aktör i ett socialt samspel och i det demokratiska samtalet. Ett samhälle med god folkhälsa förutsätter och skapar demokratiskt kompetenta individer och vice versa.

Region Halland

Region Halland initierar och deltar i utvecklingen av folkhälsoarbetet i länet. Som grund för folkhälsoarbetet har landstinget och kommunerna i Halland antagit en gemensam *folkhälsopolicy*.¹⁴

Region Hallands huvuduppgifter inom folkhälsoområdet är att initiera och delta i utvecklingen av folkhälsoarbetet i länet utifrån folkhälsopolicens intentioner. Region Halland ska se till att folkhälsoaspekten lyfts fram i det regionala utvecklingsarbetet samt stärka det lokala utvecklingsarbetet kring folkhälsa. Det genomförs även insatser inom särskilda områden som t.ex. alkohol, tobaksavvänjning och tobaksprevention.

Folkhälsoarbetet i Halland består både av hälsofrämjande och sjukdomsförebyggande insatser. Arbetet fokuseras mot det mer hälsofrämjande synsättet, vilket utgår från det friska och de faktorer som man vet påverkar individens välbefinnande i positiv riktning. Det sjukdomsförebyggande arbetet grundas på medicinska kunskaper om vad som skapar ohälsa, och detta har tidigare varit det dominerande synsättet.

På länsövergripande nivå arbetar man i Region Halland med följande utvecklingsområden:

- fysisk aktivitet på recept (FaR),
- hälsa på arbetsplatsen,
- hälsofrämjande skola,
- hälsofrämjande hälso- och sjukvård,
- hälsokonsekvensbedömningar,
- befolkningsstudier,
- hälsosam och trygg sexualitet,
- stödande miljöer i bostadsområden.

Egen modell för hälsokonsekvensbedömningar

Region Halland har beslutat att beakta hälsan vid alla politiska beslut. Detta görs genom hälsokonsekvensbedömningar.

Verktyget som används är en enkel hälsomatrix som utgår från fem övergripande mål: ökad gemenskap och delaktighet, goda uppväxtvillkor, ökad kompetens och sysselsättning, bättre livsmiljöer och hälsosammare levnadsvanor.

14 Region Halland, Folkhälsopolicy för Halland 2002–2008.

Hälsomatrix

Hälsokonsekvensbeskrivning inom Region Halland				
Ärende: Prioriterad/e grupp/er:				
<i>Folkhälsopolicyns övergripande mål= faktorer som påverkar hälsan</i>	<i>Prioriterad grupp</i>		<i>Hela befolkningen</i>	
	<i>Kort sikt</i>	<i>Lång sikt</i>	<i>Kort sikt</i>	<i>Lång sikt</i>
Ökad gemenskap och delaktighet				
Goda uppväxtvillkor				
Ökad kompetens och sysselsättning				
Bättre livsmiljöer				
Hälsosammare levnadsvanor				
<p>Med ökad gemenskap och delaktighet avses faktorer såsom möjlighet till inflytande och påverkan, att ha sociala nätverk samt känna meningsfullhet och framtidstro</p> <p>Med goda uppväxtvillkor avses faktorer som gynnar en positiv hälsoutveckling särskilt för utsatta barn</p> <p>Med ökad kompetens och sysselsättning avses faktorer såsom arbete/sysselsättning, utbildning och att ha en ekonomisk trygghet</p> <p>Med bättre livsmiljöer avses faktorer såsom fysisk inne- och utemiljö</p> <p>Med hälsosammare levnadsvanor avses faktorer såsom tobak, missbruk av alkohol och droger, inget narkotikabruk, fysisk aktivitet, kostvanor samt trygghet och säker sexualitet</p> <p>Avsikten med att definiera en prioriterad grupp är att belysa om förslaget leder till en mer jämlik hälsa. Med prioriterad grupp avses grupp med sämre hälsa jämfört med hela befolkningen. Utifrån kunskapen om den ojämliga hälsan handlar det om gruppen/del av gruppen barn och ungdomar, kvinnor, invandrare, lågutbildade, äldre, arbetslösa respektive ensamstående föräldrar eller kombinationer av dessa. Därutöver kan i ett enskilt ärende finnas annan grupp som kan definieras som prioriterad grupp/del av grupp förutsatt att denna bedöms ha en sämre hälsa än övriga befolkningen.</p>				
Främjar förslaget hälsoutvecklingen för prioriterad/e grupp/er med sämre hälsa?				
Ja Nej Om ja, i vilken utsträckning Lite-----Mycket				
Främjar förslaget hälsoutvecklingen för befolkningen?				
Ja Nej Om ja, i vilken utsträckning Lite-----Mycket				
Kommentar och motivering:				
...				

Som kunskapsunderlag arbetar man med olika befolkningsstudier. Under 2005 togs en övergripande studie fram där cirka 5 000 hallänningar mellan 18 och 84 år besvarade en enkät om bl.a. sin hälsa, tandvård, levnadsvanor, arbetsmiljö, värk, trygghet och sociala relationer. Resultaten jämförs med riket i stort. Under 2006 tog man fram en särskild rapport om barns hälsa kopplad till olika miljöfaktorer.

Folkhälsa i Region Skåne

Region Skåne tog 2005–2006 flera beslut som innebar en ambitionshöjning av regionens folkhälsoarbete.¹⁵

- Ett folkhälsoutsnitt inrättades direkt under Regionstyrelsen.
- En regional folkhälsoenhet inrättades i koncernledningsstaben.
- En ny regional folkhälsostrategi utarbetades i samverkan med Kommunförbundet Skåne.

Den regionala strategin baseras på de nationella målsättningarna för folkhälsoarbetet. I strategin beskrivs hälsoarbetet utifrån olika perspektiv: hälsofrämjande, åtgärder för att förebygga sjukdom och insatser som rör vård och rehabilitering.

En viktig förutsättning för folkhälsoarbetet är samverkan mellan lokala, regionala och nationella aktörer. Inom regionen är de viktigaste aktörerna Hälso- och sjukvårdsnämnden, Regionala utvecklingsnämnden och Folkhälsoutsnittet. De viktigaste externa samverkansaktörerna anges vara kommunerna i Skåne och Kommunförbundet Skåne.

Fem fokusområden pekas ut för det regionala folkhälsoarbetet:

- jämlik och jämställd hälsa – strukturella faktorer,
- skola, arbetsliv, boendemiljö och friluftsliv,
- kost och fysisk aktivitet,
- tobak och alkohol,
- psykosocial ohälsa.

I den regionala strategin beskrivs vikten av att arbeta i stödprocesser som rör bevakning och analys, kunskapsstöd, samarbete, uppföljning, information och kommunikation.

Skillnaderna i medellivslängd och hälsosituation mellan olika kommuner och stadsdelar i Skåne beskrivs som avsevärda. Många hälsorelaterade problem och psykosocial problematik finns hos vissa befolkningsgrupper. Detta avspeglas också i en geografisk dimension och ses som ett hot mot hållbar utveckling. Hälsokonsekvensbeskrivningar, HKB, har tidigare inte tillämpats systematiskt. Från och med år 2007 ska dock hälso-perspektivet vägas in i regionens beslutsprocesser för att man på sikt ska uppnå en mer hälsofrämjande samhällsstruktur. Folkhälsoperspektivet ska integreras i det regionala utvecklingsprogrammet och i andra strategiska planer. Metoder för hälsokonsekvensbedömningar ska utvecklas i samverkan mellan lokala, regionala och nationella aktörer.¹⁶

Regional utveckling

Den regionala utvecklingsplanen i Skåne baseras på fyra mål: tillväxt, attraktionskraft, bärkraft och balans. Den regionala utvecklingsnämnden ansvarar för helheten inom området regional utveckling. Inom området finns dessutom Nämnden för kollektivtrafik,

15 Revisorerna i Region Skåne, Granskning av Region Skånes folkhälsoarbete, juni 2006.

16 Region Skåne, Regionstyrelsen, Protokoll § 185–197, 2006-11-27.

Kulturnämnden och Miljö- och naturvårdsnämnden. Alla tre har ansvaret inom sina respektive sektorer.

Sektorn Regional utveckling har enligt den regionala folkhälsostategin ansvar för och ska integrera folkhälsoperspektivet i det regionala utvecklingsarbetet och det regionala utvecklingsprogrammet i enlighet med de nationella målområdena. Kampen mot arbetslöshet är ett prioriterat område. Skog, natur (t.ex. Skåneleden) och kultur utgör värdefulla tillgångar i folkhälsoarbetet. Därmed har avdelningen för miljöstrategier och Kultur Skåne ett särskilt ansvar för att arbeta hälsofrämjande. Även Skånetrafiken har att beakta folkhälsoperspektivet, särskilt avseende ren luft och säkerhet.

I den granskning som genomförts av Region Skånes folkhälsoarbete konstateras dock att organisationen för regional utveckling står vid sidan av regionens samlade folkhälsoarbete och att en av de viktigaste uppgifterna är att integrera folkhälsofrågorna i det regionala utvecklingsarbetet.¹⁷

Hållbarhetsstrategi för Sörmland

Samverkan

Regionförbundet Sörmland är ett samverkansorgan för Landstinget Sörmland och de nio kommunerna i länet: Eskilstuna, Flen, Gnesta, Katrineholm, Nyköping, Oxelösund, Strängnäs, Trosa och Vingåker. Regionförbundet Sörmland har tagit fram en strategi för hur målet om en långsiktig hållbar utveckling ska uppfyllas inom Regionförbundet Sörmlands verksamhetsområden. Huvuduppgiften var att hitta ett ramverk för en utveckling präglad av hållbarhet. Förslag till hållbarhetsstrategi antogs av regionfullmäktige den 23 november 2006¹⁸.

Strategin

Kapitlet Strategi är uppdelat i två block med totalt fyra steg:

- Principer för hållbarhetsbedömning av projekt
 - Steg 1: Grundprinciper som innebär ett förhållningssätt till och kunskap om hållbar utveckling.
 - Steg 2: Specifika principer – checklista – som tillämpas vid start av enskilda aktiviteter och åtgärder.
- Uppföljning – indikatorer och analys av verksamhetsåret
 - Steg 3: Indikatorer.
 - Steg 4: Analys av måluppfyllelse.

Steg 3 och 4 består i en samlad uppföljning av allt arbete, först genom avläsning av indikatorer, sedan genom en måluppfyllelseanalys.

17 Revisorerna i Region Skåne, Granskning av Region Skånes folkhälsoarbete, juni 2006.

18 Hållbarhetsstrategi för Sörmland – Regionförbundets rapportörskap, Slutrapport, november 2006, Hållbar utveckling.

Strategin ska användas genom att regionförbundet under en tidsperiod om minst två år vid start av projekt använder steg 1 och 2 i strategin.

I nulägesbeskrivningen konstateras att ohälsotalet i Sörmland är högre än riksgenomsnittet, vilket visar på en sämre livskvalitet och på större utslagning från arbetsmarknaden.

Metod

Steg 2 - Checklista med principer

Hållbarhetsstrategin innehåller en checklista med principer för hållbar utveckling. Principerna i listan har två syften: dels att ge stöd och vägledning för formulering av beslut och för det dagliga arbetet, dels att ge stöd för egenkontroll som visar om arbetet stödjer en hållbar utveckling – ”som vi uppfattar och förstår den här och nu”.

Vid start av och stöd till enskilda projekt och åtgärder används checklistan med principer kopplade till de tre dimensionerna – ekonomiska, sociala och ekologiska förhållanden – av hållbar utveckling och regionförbundets fokusområden. Fokusområdena är infrastruktur, kommunikationer, näringslivsutveckling, utbildning och kompetensutveckling. För varje åtgärd anges namn samt en sammanfattande beskrivning av åtgärden. I checklistan ska man sedan svara på frågor om de tre hållbarhetsdimensionerna och frågor utifrån det specifika fokusområdet.

Svaren i checklistan används för att göra en samlad bedömning av åtgärdens kvaliteter ur hållbarhetssynpunkt och som diskussionsunderlag. Checklistan är ett sätt att hantera frågan om hur vi ska arbeta. Den stora vinsten är att man går igenom hållbarhetsfrågor i början av varje projekt.

Indikatorer och uppföljning av mål

För att följa upp en organisations bidrag till hållbar utveckling används indikatorer och analys av måluppfyllelse. Uppföljningen kan ses som en rimlighetsbedömning. Indikatorerna är till för att komplettera strategin och möjliggöra en uppföljning av Regionförbundets arbete och för att kunna se förändringar över tid. Indikatorerna består av ett urval av indikatorerna i regeringens skrivelse 2005/06:126. Särskilda indikatorer för arbetsinsatser har man också för avsikt att följa upp. När indikatorerna är tillämpade, görs en analys av resultatet och måluppfyllelsen.

Folkhälsofrågor och metodik i strategin

Folkhälsa är en av flera frågor som ingår i hållbarhetsstrategin. I den sociala dimensionen i checklistan finns flera aspekter på folkhälsa, till exempel frågan *Hur påverkar åtgärden hälsa och livskvalitet?* Bland frågor kopplade till fokusområden i checklistan finns frågan *Hur påverkar åtgärden människors livsstil?* Dessutom finns folkhälsoaspekter kopplade till andra frågor på listan, utan att vara särskilt specificerade.

Ingen av indikatorerna i steg 3 uttrycker hälsotillståndet konkret. Flera av indikatorerna har nära koppling till folkhälsa, till exempel indikatorer som rör arbetslöshet eller jämställdhet. En indikator för arbetsinsatser är *Hur många åtgärder/hur mycket medel har avsatts för bland annat ökad friskhet.*

Folkhälsoarbete och planering i kommuner

Över 1 200 kommuner och städer från mer än 30 länder i Europa är hälsosamma städer, ”Healthy Cities”. Dessa är sammanlänkade genom nationella, regionala, storstads- och tematiska Healthy Cities-nätverk. Det nationella Healthy Cities-nätverket för hälsosamma städer bildades 2004. Tio svenska kommuner är medlemmar i nätverket. Nätverkets uppgift är att:

- stödja medlemskommunerna i deras utveckling av den lokala folkhälsopolitiken och det lokala folkhälsoarbetet,
- arbeta för en god och jämlik hälsa för alla genom att bidra till utveckling av tvärsektoriellt lokalt folkhälsoarbete,
- medverka till genomförande av och metodutveckling för uppföljning av de nationella folkhälsomålen,
- vara en samarbetspart inom det nationella välfärds- och folkhälsoområdet,
- vara en mötesplats för samarbete och erfarenhetsutbyte mellan medlemskommunerna.

Healthy Cities-nätverket arbetar med att stötta kommunerna för att utveckla hälso-konsekvensbedömningar (HKB) till ett bättre arbetsredskap. Enligt nätverket används modellen inte på ett tillfredställande sätt i beslutsprocessen i dag.

Arbetet med att utveckla bättre HKB påbörjade under 2006. Nätverket har bland annat haft en utbildning för medlemskommunerna, där experten Erica Ison från England föreläste om sina erfarenheter om HKB.

I det följande beskrivs folkhälsoarbetet i de tio kommuner som ingår i nätverket i bokstavsordning. Några av kommunerna – Norrköping, Västerås, Helsingborg och Örebro – har bildat ett särskilt *partnerskap för hållbar välfärdsutveckling*. En viktig utgångspunkt är bostadsområden där folkhälsoarbete bedrivs på bred front med medverkan från kommunernas bostadsföretag och andra aktörer. Ett bostadsområde med särskilda behov har valts ut i varje kommun. Delaktighet och inflytande är viktiga teman för insatserna.

Jämförande analys av partnerskapskommunerna

Under 2004 genomfördes en kartläggning och en jämförelse av folkhälsoarbetet i de fyra kommunerna i partnerskapet för hållbar välfärdsutveckling: Helsingborg, Norrköping, Västerås och Örebro.¹⁹ Kartläggningen visar att samtliga fyra kommuner har valt att placera folkhälsofrågorna på en strategisk övergripande nivå och att frågorna återfinns i styrdokument. Helsingborgs kommun skiljer sig genom att de har en specifik enhet för hållbar utveckling och en politisk styrgrupp ansluten direkt till enheten.

19 Partnerskap för hållbar välfärdsutveckling. Kartläggning av kommunerna Helsingborg, Norrköping, Västerås och Örebro. Karin Fröding, Institutionen för vårdvetenskap och omsorg, Örebro Universitet 2004.

Västerås och Örebro baserar arbetet på de folkhälsopolitiska program som antagits i respektive stad. Helsingborg utgår från Healthy City-konceptet, och Norrköping hade vid undersökningstillfället beslutat att ta fram ett folkhälsoprogram.

När det gäller systematisk uppföljning och utvärdering av folkhälsoarbetet, använder sig Helsingborg, Västerås och Örebro av olika varianter av välfärdsbokslut. Helsingborg hade dessutom inrättat en tjänst bara för dessa frågor.

I den intervjuundersökning som genomförts som en del av kartläggningen framgår det att Helsingborg använder HKB, medan respondenter från Västerås och Örebro framför kritik mot HKB. De framgångsfaktorer som framförs av respondenterna när det gäller det kommunala folkhälsoarbetet är:

- politiskt engagemang och mandat,
- arbetsprocesser i folkhälsofrågor,
- personella resurser.

Helsingborg – särskild enhet för välfärd och hållbar utveckling

Folkhälsofrågorna hanteras på en strategisk nivå i kommunen och riktlinjer är angivna i styrdokument. Kommunen har en specifik enhet för välfärd och hållbar utveckling liksom en politisk styrgrupp. Helsingborg har tagit fram en *Plan för hållbar utveckling*²⁰, som revideras årligen i samband med budgetbeslut. Nuvarande plan kommer att gälla även denna mandatperiod. Planen grundas på statistik som beskriver tillståndet i Helsingborg och pekar ut sakområden där staden behöver bli bättre. Arbetet med folkhälsofrågor är förvaltningsöverskridande. Tydliga länkar finns till den fysiska planeringen (luft, trafikplan och trygghet). Enheten för välfärd och hållbar utveckling samarbetar i hög grad med stadsbyggnadskontoret.

Arbetslöshet, barns och ungdomars uppväxtvillkor, otrygghet, våld och brottslighet är de områden som prioriteras i Helsingborgs arbete med folkhälsofrågor. Även i den gemensamma folkhälsoplanen för kommunerna och det tidigare sjukvårdsdistriktet i nordvästra Skåne, där Helsingborg ingår, är barns och vuxnas levnadsvanor ett av de prioriterade områdena.

Helsingborg arbetar enligt Healthy Cities-principer om bland annat ett brett folkhälsoarbete och Agenda 21. Arbetet har pågått sedan 1999, då kommunen blev med i WHO Healthy Cities. Arbetet har flera fokusområden, bland annat hälsosam stadsplanering, HKB och äldre människors hälsa.

Arbetet är baserat på genomarbetade underlag, bland annat välfärdsbokslut och folkhälsoenkäter som genomförs vart fjärde år. I välfärdsbokslutet visas bland annat skillnader i inkomster inom olika områden, delaktighet, barnens uppväxtvillkor, skillnader mellan män och kvinnor och skillnader mellan infödda svenskar och invandrare.

Hälsokonsekvensbedömningar

Enheten för hållbar utveckling har tagit fram en metod för att arbeta med HKB i många olika planer – i t.ex. trafikplanen, biblioteksplanen och cykelplanen. Kommunen avser att fortsätta att arbeta med HKB som instrument.

Malmö – välfärdsredovisningar

Malmö stad bedriver folkhälsoarbete sedan 1996. Arbetet leds politiskt av Välfärds- och folkhälsokommittén med kommunstyrelsens ordförande i ledningen. Huvudinriktningen i folkhälsoarbetet handlar om droger, sexuell hälsa och välfärdsredovisning.

Handlingsplanen "Välfärd för alla – det dubbla åtagandet" antogs 2004 av kommunfullmäktige.²¹ I planen presenteras åtgärder för att stärka socialt och ekonomiskt svaga grupper i Malmö. Vid intervjuer med företrädare för kommunen identifierades inga konflikter mellan folkhälsa och planering. Det finns en vilja att arbeta med ett brett perspektiv på dessa frågor. Folkhälsoarbetet har byggts upp genom att ett nätverk, där alla stadsdelar ingår, bildats.

Välfärdsredovisningar som bygger på de elva nationella folkhälsomålen genomförs årligen sedan 2002. HKB har diskuterats i kommunen, men ännu har inget beslut fattats om att tillämpa metoden. Som faktaunderlag använder Malmö sig av kvalitetsredovisningar, kartläggning av barns och ungas levnads- och drogvänor etc.

Folkhälso-, vård- och omsorgsberedningen svarar för den politiska ledningen av folkhälsoarbetet. På stadskontoret finns en folkhälsoenhet som har i uppdrag att stödja utvecklingen av kommuners välfärds- och folkhälsoarbete.

Malmö stad bedriver ett omfattande samarbete med Region Skåne i ett flertal hälsofrågor. Socialmedicinska enheten (SME) var en del i Malmö stad när arbetet startade, och hade hälsoplanerare knutna till varje stadsdel. Nu har regionen tagit över sjukvårdsfrågorna och ansvaret för SME, men Malmö fortsätter arbetet enligt samma modell.²²

Trollhättan – regional samverkan

Folkhälsoarbetet i Trollhättans kommun koordineras genom Folkhälsorådet, som är ett samarbetsorgan mellan Trollhättans stad, den lokala hälso- och sjukvårdsnämnden, primärvårdsområdet i Göta Älvdalen, Försäkringskassan, Arbetsförmedlingen och Polismyndigheten. Västra Götalandsregionen delfinansierar kommunens folkhälsoarbete genom att svara för 50 procent av kostnaderna.

Arbetet utgår från en hälsopolitisk handlingsplan för 2004–2007, där prioriterade områden är trygghet (kvinnofrid och drog- och brottsförebyggande arbete) och fysisk aktivitet.

I planeringen sätts fokus på miljöfrågor och trafikfrågor. En intressekonflikt som finns i staden har att göra med den förtätning av staden som sker, och som leder till att man bygger alltmer i bullerutsatta lägen.

21 Malmö stad, Välfärd för alla – det dubbla åtagandet, 2004.

22 Revisorerna i Region Skåne, Granskning av Region Skånes Folkhälsoarbete, juni 2006.

HKB har provats som metod inom några nämnder, och personalen har fått utbildning i metoden. HKB har inte genomförts på något stort planeringsarbete i kommunen. Kommunen genomför konsekvensbedömningar i samband med sitt arbete med översiktsplanen, där också sociala konsekvenser ingår. Detta sker i resonemangsform och utan någon särskild checklista. Det är mer fokus på MKB, bl.a. för att det är en lagstadgad bedömning. Kritiken mot att ha flera olika typer av konsekvensbedömningar är att de är arbetskrävande att genomföra. Det finns också risk för att konsekvenser bedöms för sent, när beslut redan har tagits.

Kommunen genomför välfärdsbokslut. Det finns kunskapsunderlag inom delområden, och ett behov av att sammanställa dessa till en helhet.

Västerås – regional samverkan

I Västerås kommun hanteras folkhälsofrågorna på strategisk nivå, och de har även tagits in i styrdokument. Ett folkhälsoprogram²³ har antagits av kommunfullmäktige. Arbetet leds av folkhälsostrategen på Stadsledningskontoret och en styrgrupp i vilken direktörer i staden och bostadsbolaget ingår. Det finns ett folkhälsoråd som ska skapa möjligheter, höja kompetensen och föreslå nya satsningar och projekt. I rådet sitter för närvarande landstinget, högskolan, representanter för staden, Apoteket och Friskis & Svettis.

Att arbeta med folkhälsofrågor i den regionala utvecklingsplaneringen innebär, enligt kommunala företrädare, ofta en intressekonflikt, i den bemärkelsen att det oftast finns flera alternativ och att det är svårt att möta allas behov. Det är viktigt att föra resonemang och vara tydlig om detta.

Kommunen har satsat på att bygga en cykelstad för att öka vardagsmotionen bland Västeråsborna. De 60 mil långa cykellederna har krav på att vara trafiksäkra och inte innehålla för många stopp.

Kommunens arbete har även fokuserat på levnadsvanor, t.ex. att motverka övervikt bland befolkningen. Man samverkar med landstinget om detta. Kommuner har tagit fram rekommendationer tillsammans med läkare. Man prioriterar även skolans utemiljö och planerar för att den ska stimulera till rörelse och lek.

Kommunen genomför en miljö- och folkhälsoredovisning varje år. Välfärdsbokslut har diskuterats länge, men kommunen har inte fattat något beslut om att ta fram ett sådant. Kommunen använder inte HKB, men frågan diskuteras. Däremot har kommunen undertecknat Aalborgdeklarationen, i vilken det ingår att arbeta med HKB.

Kunskaperna tillgodoses bland annat genom en undersökning om liv och hälsa, som görs av Landstinget. Kommunen har behov av att arbeta med kunskap och statistik på ett mer systematiskt sätt än tidigare. I dag går det att följa det arbete som görs, men kommunen strävar efter en tydligare systematik i beslutsprocessen.

23 Folkhälsoprogram för Västerås stad.

Metoder

I detta avsnitt beskrivs kortfattat ett antal metoder för att arbeta med folkhälso- och planeringsfrågor: Hälsokonsekvensbedömningar, Hälsanalyser i MKB, Integrerad hälso-konsekvensbedömning (Integrated Impact Assessment), Indikatorer och Best Practice Guides. I följande avsnitt görs en SWOT-analys av var och en av metoderna.

Hälsokonsekvensbedömning

Vad är en hälsokonsekvensbedömning – HKB?

Ett övergripande syfte med en hälsokonsekvensbedömning (HKB) är att ge planerare och beslutsfattare kunskap om de samlade hälsoeffekterna inför ett politiskt beslut.²⁴ En HKB ska kunna användas för att påverka besluten till förmån för hälsoaspekterna.

HKB eller på engelska HIA (Health Impact Assessment) utvecklades för att uppväga bristfälliga värderingar av människors hälsa i miljökonsekvensbeskrivningar och sociala konsekvensbedömningar.²⁵

WHO definierar HKB enligt följande: ”*En kombination av metoder genom vilka politiska beslut, ett program eller ett objekt bedöms utifrån sina möjliga effekter på hälsan i en befolkning samt fördelningen av dessa effekter inom befolkningen.*”²⁶

En central åtgärd inom HKB är att identifiera ett förslags påverkan på hälsa och välbefinnande inom en eller flera populationer, inklusive särskilt utsatta grupper. En annan är att identifiera bra sätt att formulera och lyfta frågorna: Hur kan vi förstärka de positiva effekterna samtidigt som vi undviker eller minskar de negativa?

Hur arbetar man med HKB?

Det finns olika sätt att jobba med HKB, såväl inom Sverige som i andra länder. Teoretiskt finns det två olika hälsomodeller. Den första är biomedicinsk och beskriver hälsa i termer av sjukdom med fokus på bot, behandling och lindring. Den andra är social eller socioekonomisk och använder hälsofaktorerna för att beskriva vägar mot välbefinnande, med fokus på friskvård och förbättring av hälsotillståndet. Dessa båda modeller har i sin tur givit upphov till två motsvarande HKB-modeller, en biomedicinsk och en socialmedicinsk.

Det finns också olika ambitionsnivåer när det gäller exempelvis vilka folkhälsomål, bestämningsfaktorer och prioriterade grupper som ska omfattas av en HKB.

Det finns en stegvis process som grund för HKB-arbetet. Antalet steg kan variera, benämnas olika och ha något olika fokus.

Följande steg kan dock beskrivas i en vanlig HKB-process.²⁷

24 Vägledning för hälsokonsekvensbedömningar, Statens folkhälsoinstitut.

25 www.healthycities.se

26 WHO Gothenburg Consensus Paper, 1999.

27 Statens folkhälsoinstitut, Vägledning för hälsokonsekvensbedömningar.

Steg	Nyckelfrågor	Förväntat resultat
Gallring – screening	Ska en HKB genomföras? Vad ska denna HKB belysa?	Beslut om att HKB ska genomföras.
Planering – omfattning	Vilka alternativ ska jämföras? Vilka avgränsningar ska göras? Hur ska processen se ut? Vilka mål, bestämningsfaktorer och grupper ska omfattas? Vilka verktyg ska användas?	En plan för att genomföra HKB upprättas och fastställs.
Analys – värdering	Vilka är hälsokonsekvenserna? Vilka blir förbättringarna respektive försämringarna? Vilket är resultatet av analysen?	Analys av hälsokonsekvenser.
Beslutsstöd	Hur presenteras resultatet så att det blir begripligt och användbart för beslutsfattarna?	Slutsatser och rekommendationer utifrån analysen.
Utvärdering	Fungerade processen? Gav HKB avsett resultat?	Lärande och förbättringar inför kommande HKB.

Folkhälsoinstitutets rekommendationer är i stort sett identiska med motsvarande råd som ges i Storbritannien²⁸.

Hälsomatrix och checklistor

Ett verktyg som lyfts fram av FHI är den s.k. hälsomatrixen²⁹. Matris är ett underlag för att påvisa hur ett beslut kan påverka möjligheten att nå olika mål och hur olika grupper påverkas.

Typexempel på en *hälsomatrix*:

	Prioriterade grupper	Barn	Vuxna	Äldre	Yrkesförare	Hela befolkningen
Mål	Bestämningsfaktorer					
Säkra miljöer och produkter	Skador i trafikmiljö.					
Säkra miljöer och produkter	Transport av farligt gods.					
Ökad fysisk aktivitet	Stödjande miljö för fysisk aktivitet.					

²⁸ <http://www.hiagateway.org.uk/page>.

²⁹ Statens folkhälsoinstitut, Vägledning för hälsokonsekvensbedömningar. [asp?o=WhatisHIA](http://www.fhi.se/Statens-folkhalsinstitut/Vagledning-for-halsokonsekvensbedomningar.aspx?o=WhatisHIA)

Den enklaste formen för bedömningar med hälsomatrisen är att sätta plus (+) för förbättringar, minus (-) för försämringar och noll (0) för oförändrat läge. Fördjupade och mer kvalificerade analyser kan också göras.

Checklistor för HKB kan utvecklas för att användas i respektive steg i HKB-processen, exempelvis i arbetet med planering och omfattning av HKB och/eller i utvärdering av HKB-processen.

Folkhälsoinstitutet om HKB i RUP

Statens folkhälsoinstitut berör i rapporten "Folkhälsa i regionala utvecklingsprogram" sambandet mellan en god folkhälsa och en god ekonomiskt utveckling som grunden för att skapa en god livsmiljö, socialt och miljömässigt. I rapporten utvecklas ett förslag om hälsokonsekvensbedömning (HKB), som en metod för att få med folkhälsoperspektivet i processen att ta fram regionala utvecklingsprogram (RUP).

Folkhälsoinstitutet lämnar bland annat följande rekommendationer:

- *"Inför arbetet är det viktigt att skapa samsyn om innehållet i begreppet hållbar utveckling. Vad innebär de tre aspekterna miljömässig, ekonomisk och social hållbarhet? Den miljömässiga dimensionen är väl känd och definierad genom miljö-kvalitetsmålen och det arbete som bedrivits för att implementera dessa. De elva målområdena för folkhälsa är ännu inte lika välkända som miljö-kvalitetsmålen, men utgör nödvändiga inslag i den sociala dimensionen.*
- *Analysen i RUP-arbetet anger förutsättningarna för det fortsatta arbetet. Genom att redan från början få med den kunskap om medborgarnas hälsa som tjänstemän från exempelvis länsstyrelsen, landstinget och kommunerna besitter utifrån sina olika perspektiv, kan folkhälsoperspektivet få genomslag genom hela den fortsatta processen.*
- *För att folkhälsoperspektivet ska få genomslag i RUP är det också viktigt att strategiska representanter för folkhälsofrågorna får inflytande exempelvis genom en central position i processen."*³⁰

En slutsats är att det behövs mer kunskaper, bland annat om kopplingen mellan regionala insatser/utvecklingstendenser och hälsa. Regionförstoringens betydelse ur ett folkhälsoperspektiv är exempel på en fråga som bör utvecklas. Vidare bör folkhälsans betydelse för ekonomisk hållbarhet förtydligas.

Nutek har i sitt metodutvecklingsarbete framfört att hälsokonsekvensbedömningar (HKB) bör vidareutvecklas för att de ska bidra till en socialt hållbar utveckling på samma sätt som strategiska miljöbedömningar (MB) bidrar till en miljömässigt hållbar utveckling. Nutek rekommenderar användning av indikatorer, för hälsans bestämningsfaktorer vid uppföljningen av utvecklingsprogrammen, för att se om utvecklingen i regionen är socialt hållbar.

³⁰ Statens folkhälsoinstitut, Folkhälsa i regionala utvecklingsprogram, 2005.

Hälsokonsekvensbedömningar i Storbritannien

Hälsokonsekvensbedömningar har en relativt utbredd användning i Storbritannien. Exempelvis i London ska alla större satsningar och alla planer underkastas en hälsokonsekvensbedömning. Se även avsnittet *London* i kapitlet *Internationellt perspektiv* om HKB.

NICE är en oberoende organisation i Storbritannien med ansvar för att ge råd om folkhälsa och prevention. De tillhandahåller även en HKB-portal (*The Health Impact Assessment Gateway*, www.hiagateway.org.uk/page.aspx?o=WhatisHIA) med HKB-relaterad information för planerare och sjukvårdsproducenter.

NICE understryker följande principer och värderingar för HKB, vilket samtidigt utgör en metodologisk grund för hälsokonsekvensbedömningen:

- Demokrati – rätten för människor att medverka, direkt eller genom valda representanter, vid formulerandet av policyer som påverkar deras liv.
- Jämlikhet – principen att minska ojämlikhet och skillnader i hälsostatus, som har sin grund i faktorer som kan undvikas eller är orättvisa.
- Hållbar utveckling – principen att utvecklingen ska tillgodose dagens behov utan att kompromettera möjligheten för framtida generationer att tillgodose sina.
- Vetenskaplig grund – principen att transparenta, systematiska och opartiska processer utnyttjas samtidigt som bästa möjliga evidens från olika vetenskapliga discipliner och metoder används.
- Holistiskt angreppssätt på hälsa – principen att hälsa bestäms av ett brett spektrum av faktorer från alla sektorer i samhället: hälsans bestämningfaktorer.

Evidens om faktiska eller potentiella konsekvenser kan komma från många källor. En bra HKB strävar efter att försäkra identifiering och användning av olika typer av evidens. Här finns, enligt NICE, ofta problem med tillgång till tillräckliga data. Principen måste då vara att använda bästa möjliga tillgängliga evidens och att insamlingen bör ske med metodologiskt rigorösa metoder.

Evidens kan vara av blandad kvalitet. Den kan vara motsägelsefull eller begränsad. Därför bör, enligt NICE, dess signifikans bedömas i särskild ordning. Det sker oftast i en dialogprocess med intressenterna för att säkra att rekommendationerna baseras på en förståelse av de skilda perspektiv som intressenterna representerar.

Miljökonsekvensbeskrivningar och folkhälsa

Miljökonsekvensbeskrivning (MKB) återfinns i Miljöbalken (MB) för projekt och i Plan- och bygglagen (PBL) för planer. I en analys av lagstiftningen konstaterar Socialstyrelsen att *"Definitionerna i lagstiftningarna är överlappande och i hög grad beroende på tolkarens egna värderingar. Säkerhet är en del av hälsobegreppet. De sociala aspekterna av hälsa är också en faktor när man bedömer vilka konsekvenser som kan accepteras för att få lämplig markanvändning på lång sikt."* Däremot är det, enligt Socialstyrelsen, inte tydligt om sociala aspekter ingår i övrigt vid bedömning av inverkan på hälsa.³¹

31 Socialstyrelsen, Hälsa i miljökonsekvensbeskrivningar – Resultat från en undersökning om hur hälsa uppfattas och beskrivs, 2001.

Ur Plan- och bygglagen (PBL)

PBL 1 kap. 1 §. Denna lag innehåller bestämmelser om planläggning av mark och vatten och om byggande. Bestämmelserna syftar till att med beaktande av den enskilda människans frihet främja en samhällsutveckling med jämlika och goda sociala levnadsförhållanden och en god och långsiktigt hållbar livsmiljö för människorna i dagens samhälle och för kommande generationer.

Ur miljöbalken (MB)

MB 1 kap. 1 §. Bestämmelserna i denna balk syftar till att främja en hållbar utveckling som innebär att nuvarande och kommande generationer tillförsäkras en hälsosam och god miljö. En sådan utveckling bygger på insikten att naturen har ett skyddsvärde och att människans rätt att förändra och bruka naturen är förenad med ett ansvar för att förvalta naturen väl.

Miljöbalken ska tillämpas så att

1. människors hälsa och miljön skyddas mot skador och olägenheter oavsett om dessa orsakas av föroreningar eller annan påverkan,
2. värdefulla natur- och kulturmiljöer skyddas och vårdas,
3. den biologiska mångfalden bevaras,
4. mark, vatten och fysisk miljö i övrigt används så att en från ekologisk, social, kulturell och samhällsekonomisk synpunkt långsiktigt god hushållning tryggas, och
5. återanvändning och återvinning liksom annan hushållning med material, råvaror och energi främjas så att ett kretslopp uppnås.

MB 12 kap. 6 §. Inom ramen för en miljöbedömning enligt 11 § skall myndigheten eller kommunen upprätta en miljökonsekvensbeskrivning där den betydande miljöpåverkan som planens eller programmets genomförande kan antas medföra identifieras, beskrivs och bedöms. Rimliga alternativ med hänsyn till planens eller programmets syfte och geografiska räckvidd skall också identifieras, beskrivas och bedömas.

Miljökonsekvensbeskrivningen skall innehålla

6. en beskrivning av den betydande miljöpåverkan som kan antas uppkomma med avseende på biologisk mångfald, befolkning, människors hälsa, djurliv, växtliv, mark, vatten, luft, klimatfaktorer, materiella tillgångar, landskap, bebyggelse, forn- och kulturlämningar och annat kulturarv samt det inbördes förhållandet mellan dessa miljöaspekter.

Enligt Socialstyrelsens analys är det ett generellt krav att en MKB ska ge underlag för en samlad bedömning av planens inverkan, och bedömningen ska göras utifrån PBL. Det står att den som ska genomföra en MKB får fritt välja perspektiv.³² Hälsa kan behandlas på olika sätt:

- Hälsosam livsmiljö: bebyggelseutveckling med förebyggande av olyckor, föroreningar och bullerstörningar, skapande av goda klimatiska och hygieniska förhållanden, tillgänglighet, grönområden och lekplatser, säker trafikmiljö.
- Socialt god livsmiljö: bebyggelseutveckling med utgångspunkt i frihet, jämlikhet, solidaritet, integration och trygghet.
- Trivsamt livsmiljö: bebyggelseutveckling med god natur- och kulturmiljö, estetiskt tilltalande miljö och "trevnad".

Socialstyrelsens slutsatser är att det inte finns någon tydlig definition av begreppet hälsa i lagstiftningen, varken i PBL eller i miljöbalken. Av förarbetena kan man förstå att "PBL har ett mer främjande hälsobegrepp – samhället ska planera för en god livsmiljö"³³. Miljöbalken har å sin sida en mer skyddande utgångspunkt på hälsa, "där de medicinska och omgivningshygieniska aspekterna står i fokus."³⁴

Socialstyrelsen menar att det inte finns anledning att rekommendera en viss metod eller att ange vissa rutiner för hur "påverkan på människors hälsa" ska beskrivas. Den största bristen är att det saknas kunskap för bedömningen av påverkan på människors hälsa. Dessutom finns det inte någon tydlig koppling mellan berörda aktörer när det gäller att arbeta ömsesidigt och metodologiskt med hälsofrågor.³⁵

Socialstyrelsen har vidareutvecklat en modell för hur miljömedicinska bedömningar kan tillföras och införlivas i MKB. "*Genom att arbeta efter en stegvis modell kan påverkan på människors hälsa tydligare beskrivas i MKB. En miljömedicinsk bedömning är inte tänkt att utgöra ett eget dokument i en MKB utan bör integreras i processen. Det innebär att dessa frågor bör finnas med redan vid beställningen av en MKB och under processens gång.*"³⁶ Se nästa sida.

32 Ibid.

33 Ibid.

34 Ibid.

35 Ibid.

36 Ibid.

Steg 1 – Beskriv verksamheten med fokus på påverkan på människors hälsa

Genom att beskriva verksamheten ger man en bild av denna och de faktorer som kan komma att påverka människors hälsa.

- Sker/hanteras något som kan påverka hälsan? Ja/nej.
- Vad? Kemikalier, bulleralstrande verksamheter, utsläpp i luft, vatten och mark.
- Vilka ämnen kan finnas i utsläppen och vilken kunskap finns om hälsoeffekterna?

Steg 2 – Beskriv omgivningen

En beskrivning av omgivningen och vilka människor som finns inom alternativens geografiska område, som kan komma att påverkas av projektet. Finns det särskilt känsliga individer inom området? Är området redan utsatt för exponeringar av miljöfaktorer? Hur skiljer sig de olika alternativen åt?

- Sker emissioner till omgivningen som kan påverka hälsan?
- Inventering av den befolkning som kan komma att bli exponerad.
- Vilka exponeringsnivåer kan förväntas – hur ofta och hur länge? Spridningsberäkningar.
- Risk för kraftig exponering, s.k. worst cases, och haverier.
- Gräns- och riktvärden, lågrisknivåer, miljökvalitetsnormer, hälso-relaterade mål?

Steg 3 – Beskriv påverkan på människors hälsa

Detta steg är den egentliga miljömedicinska bedömningen. Genom att visa hur exponeringen påverkar den berörda befolkningen kan bedömningen av hälsoaspekterna i MKB underlättas. Här kan även skadeförebyggande åtgärder beskrivas. Hur kan utsläpp och hantering av farliga ämnen reduceras? Hur bör de mätas och kontrolleras? Vad kan hälsoeffekterna leda till, d.v.s. vilka konsekvenser kan förväntas? Sociala, psykosociala och ekonomiska konsekvenser?

- Vad vet man om hälsoeffekter vid de aktuella exponeringsnivåerna? Vilka effekter (sjukdomar, besvär, symtom, störningar)?
- Långsiktiga effekter? Akuta effekter?
- Hur länge och hur ofta? Haverier – hur många kan drabbas/andel av befolkningen?
- Känsliga grupper (barn, äldre, personer med funktionshinder, m.fl.)

Integrerad konsekvensbedömning³⁷

I Storbritannien fäster man uppmärksamhet vid att de nya direktiven från EU innehåller avsevärt starkare skrivningar om hälsa i miljökonsekvensbeskrivningar (MKB) än i hälsokonsekvensbeskrivningar (HKB).³⁸ Som en effekt av detta verkar det nu vara aktuellt att föra ihop HKB och MKB i en integrerad bedömningsprocess. Samtidigt kan *hållbar utveckling* vara det övergripande även för många hälsofrågor. I den andan har man skapat en arbetsmodell som kallas ”*Integrated Impact Assessment*” (IIA), d.v.s. integrerad konsekvensbedömning³⁹.

I bl.a. London uttalas avsikten att i första hand satsa på integrerade hälsokonsekvensbedömningar. De beskrivs som kombinationer av ekonomiska, miljömässiga, sociala och andra former av konsekvensbedömningar, som tidigare kanske gjorts isolerade från varandra. Man noterar samtidigt att den traditionella MKB-processen inte explicit har inkluderat hälsa.

De slutsatser man har dragit efter långa diskussioner och prövning av en mängd metodansatser är att hälsokonsekvensbedömningen (HKB) kan integreras med och har mycket gemensamt med andra former av konsekvensbelysningar, såsom

- Miljökonsekvensbeskrivning – MKB, (environmental impact assessment – EIA).
- Strategisk miljökonsekvensbedömning (strategic environmental assessment – SEA).
- Ekonomisk konsekvensbedömning (economic impact assessment).
- Social konsekvensbedömning (social impact assessment).

Den brittiska erfarenheten är vidare att den integrerade modellen ger möjlighet till ett ökat deltagande, insyn och acceptans (public accountability) i beslutsprocessen.

Flersektoriell approach

Kärnan i den integrerade ansatsen är ett interdisciplinärt och multisektoriellt arbetssätt som kan tillämpas både på planer och på projekt. Utgångspunkten är att konsekvensbedöma effekterna på den samlade miljön, inkluderande fysiska, ekonomiska och sociala

37 Källan till detta avsnitt är främst ”NICE”. NICE är en oberoende brittisk organisation som ansvarar för att tillhandahålla nationell rådgivning för bättre hälsa, prevention och hantering av ohälsa. The HealthImpact Assessment Gateway ger tillgång till HKB-relaterad information med planerare och sjukvårdsproducenter som målgrupp. www.hiagateway.org.uk/page.aspx?o=WhatIsHIA

38 <http://www.communities.gov.uk/>

39 Where other impact assessments are required, there is the option to consider whether a separate HIA would be useful, or whether it should be integrated with the other assessments. For example, there is a health element in environmental impact assessments, and in some situations it may be worth considering enhancing the health and equity element of environmental assessment, rather than undertaking a separate HIA. Many IIA and SIA tools and methods would fulfil the definition of HIA, and this is not surprising when comparing the wider determinants of health approach used in HIA with the broad approaches used in integrated and social assessments. (Källa: www.hiagateway.org.uk/page.aspx?o=WhatIsHIA)

aspekter i ett helhetsperspektiv – snarare än att fokusera på en isolerad faktor. Den integrerade modellen har således sina idémässiga rötter i FN:s Riodeklaration 1992.

Den integrerade arbetsmodellen medverkar till att stärka hälsodimensionen i MKB. Trots att skydd av god hälsa understryks som en kritisk faktor, är erfarenheten att MKB (EIA och SEA) sällan omfattat kriterier för hälsa och att professionella representanter för hälsa sällan deltar i arbetsprocessen.

En intressant erfarenhet är att "ägandet" av MKB eller andra konsekvensbedömningar inte har varit relaterade till hälsosektorn. Det har blivit ett hinder mot att effektivt integrera hälsodimensionen. Trots att MKB breddats tematiskt, tenderar de flesta MKB att ignorera det vida spektret av möjliga hälsokonsekvenser. Hälsa i MKB innehåller främst effekter på den biofysiska miljön (toxikologiska aspekter på luft och vatten), men saknar ofta övriga av hälsans beståndsdelar.

Om man inkorporerar hälsokonsekvensbedömningar i miljökonsekvensbedömningar, kan detta problem lösas. Erfarenheten är att vidden av hälsofrågorna bäst tas till vara av en bred grupp sakägare som inkluderar både allmänhet och hälsoexperter.⁴⁰

Det finns fler internationella exempel på integrerade hälsokonsekvensbedömningar, men angreppssätten varierar. De sonderfaller grovt i tre olika delar.

1. Vidgande av miljökonsekvensbedömningen så att den omfattar ekonomiska och sociala element.

I Nederländerna har en integrerad konsekvensbedömning gjorts för en stadsplan för ett industriområde – Wijkermeerpolder. Ett integrerat koncept, som har legal status som MKB, täckte sakområden som miljö, ekonomi och livskvalitet ur ett socialt perspektiv.

2. Hållbarhetsbedömningar (sustainability impact assessment).

Hållbarhetsbedömningar återfinns bl.a. i FN:s miljöprogram för integrerade konsekvensanalyser av handelsregler (*United Nations Environment Program: reference manual for the integrated assessment of trade-related policy*). Denna manual är ursprungligen utformad för att stödja beslutsfattare att genomföra integrerade konsekvensanalyser av ekonomiska, miljömässiga och sociala effekter av internationell handel.

3. Integrerade konsekvensanalyser av klimatförändringar, som genomförs genom att nyttja vetenskaplig modelleringsteknik.

T.ex. *Centre for Regional Integrated Assessment, Penn State University i USA* har presenterat ett ramverk för integrerade regionala konsekvensanalyser för global klimatförändring. Modellen är baserad på en vetenskaplig datorbaserad modell för att prognostisera framtida ekologiska, ekonomiska och sociala konsekvenser av klimatförändring. Hälsaspekter har dock ett relativt litet utrymme i modellen.

40 <http://www.hiagateway.org.uk/page.aspx?o=relatedtohealth>

Indikatorer

Indikatorer i regionalt utvecklingsarbete i Sverige

I Sverige utgör indikatorer det verktyg som flest regioner använder i arbetet med att integrera hållbar utveckling i det regionala utvecklingsarbetet. Nutek och Hållbarhetsrådet har studerat användningen av indikatorer i en studie 2006⁴¹.

I studien konstateras att hållbarhetsindikatorer kan variera mycket i sin komplexitet. Indikatorerna kan vara både kvantitativa och kvalitativa.

Hållbarhetsrådet har tillsammans med bl.a. Nutek, SKL och regeringens samordningskansli för hållbar utveckling under 2006 tagit fram en ny nationell indikatorsmodell. Målet med den nya indikatormodellen är att ta fram indikatorer som kan brytas ned till kommunnivå. Modellen består i dag av 87 indikatorer, som tagits fram utifrån ett underlag som skapades av SCB. Indikatorerna grupperas under sex olika rubriker, varav hälsa är en. De två huvudindikatorerna under rubriken hälsa är "medellivslängd" och "våld".

I den ovan nämnda rapporten görs en fallstudie av användningen av hållbarhetsindikatorer i arbetet med det regionala utvecklingsprogrammet, RUP, i Kalmar län. Tillämpningen av indikatorerna lyckades inte, eftersom de inte fick förväntad uppmärksamhet av politiker och beslutsfattare. Indikatorerna visade sig medföra tre nackdelar eller problem:

1. Förändringar i de aspekter som beaktades genom indikatorerna gick för långsamt och därmed var det inte möjligt att visa förändringar årsvis.
2. Statistiken som levererades var för gammal för att väcka intresse.
3. Statistiken fanns inte på regional eller kommunal nivå.

I dag pågår ett arbete med att utveckla nya indikatorer utifrån dessa erfarenheter.

Hälsoindikatorer i London

Londons Healthy Urban Development Unit (HUDU), som är en relativt nystartad del i sjukvårdssystemet (NHS), har utarbetat en checklista – *Watch Out for Health* – med indikatorer för att värdera planeringsbeslut utifrån hälsoaspekter⁴². Checklistan är baserad på WHO:s publikation "Healthy Urban Planning". Avsikten är att listan på indikatorer ska kunna användas som ett självskattningsverktyg i ett flertal planeringssammanhang såsom:

- planansökningar,
- översiktsplaner (Master plans) och detaljplaner (Area action plans),
- lokala och regionala utvecklingsplaner och fysiska strategier.

41 Verktøy for hållbar regional utveckling. R 2006:11. Nutek och Hållbarhetsrådet.

42 Londons Healthy Urban Development Unit, HUDU – Watch Out for Health – Planning Checklist (www.healthyurbandevelopment.nhs.uk/documents/planning_checklist/Watch_Out_For_Health_Planning_Checklist.pdf)

Guide för hälsofrämjande hållbara samhällen

Hälsobefrämjande livsstil – Uppmuntrar och underlättar planeringspolicyer och planer en hälsobefrämjande livsstil? Möjligheter till lek och rekreation? Öppna ytor? Planera grönområden, parker och lekplatser inom femton minuter från hemmet.

Bostadskvalitet – Uppmuntrar och underlättar planeringspolicyer och planer en bra kvalitet i bostäderna? Standard för ett livslångt boende? Förändringsbart och flexibelt? Är bostäderna väl designade, har de den bästa möjliga energistandarden och är de konstruerade av miljövänliga material? Blandning av boendegrupper? Ekonomisk tillgänglighet?

Tillgång till arbete – Uppmuntrar och underlättar planeringspolicyer och planer tillgång till arbete och vidareutbildning? Uppmuntras en diversifierad arbetsmarknad för de boende? Skapas möjligheter för företagande?

Tillgänglighet – Underlättar planeringspolicyer och planer tillgänglighet? Uppmuntras social mobilitet? Kollektivtrafik till rimliga kostnader? Minskas beroendet av bil? Minimeras behovet att resa? Är gatorna vänliga för gång- och cykeltrafikanter?

Livsmedel – Uppmuntrar och underlättar planeringspolicyer och planer tillgång till fullödig och lokalt producerade livsmedel? Ger planen utrymme för kolonilotter, "healthy living centres"? Skyddas god jordbruksmark? Undviks stormarknader?

Reduktion av kriminalitet och samhällets säkerhet – Uppmuntrar och underlättar planeringspolicyer och planer reduktion av kriminalitet och ökas säkerheten i samhället? Finns en effektiv övervakning av gator? Dämpas trafik och hastighet?

Luftkvalitet – Uppmuntrar och förbättrar planeringspolicyer och planer luftens kvalitet och en attraktiv miljö? Är staden väl utformad? Bra kvalitet på offentliga plaster? Minimeras luft och bullerstörningar? Bevaras existerande kvaliteter?

Socialt sammanhang och socialt kapital – Uppmuntrar och underlättar planeringspolicyer och planer socialt sammanhang and socialt kapital? Mötesplatser för social interaktivitet, fritid och förstärkning av lokal handlingskraft? Undviks att samhällen splittras av stora trafikleder och/eller kommersiella områden? Är det troligt att ojämlikhet i hälsa reduceras?

Offentliga tjänster – Uppmuntrar och underlättar planeringspolicyer och planer tillgång till bra offentliga tjänster? Rätt service på rätt plats? Hållbar konstruktion på offentliga byggnader? Finns möteslokaler och är människor uppmuntrade att vara delaktiga?

Minimerad resursförbrukning – Uppmuntrar och underlättar planeringspolicyer och planer reduktion av avfall, minimerar användning av energi, vatten och nyttjandet av icke förnyelsebara resurser? Uppmuntras återvinning? Undviks nedsmutsning och förgiftning av mark?

Klimatförändring – Uppmuntrar och underlättar planeringspolicyer och planer ett stabilt klimat och minimering av växthusgaser? Reduceras energianvändning i trafik och byggnation?

Ovanstående indikatorer kan användas i en matris för självskattning. För varje indikator ställs följande frågor: Är den relevant? Är den signifikant? Positiv eller negativ konsekvens samt Din bedömning.

Ett annat exempel på användning av indikatorer för hälsa ges av London Health Commission (LHC).⁴³ LHC, som är en sammanslutning av ledande tjänstemän inom hälso- och sjukvård och planering, publicerar en årlig rapport som baseras på hälsans bestämningsfaktorer. Indikatorerna i aggregerad form⁴⁴ framgår nedan.

Indikator	Samband med ojämlikheter i hälsa
1. Arbetslöshet	Samband med dödlighet, skador, förgiftning, hjärt- och kärlsjukdomar liksom med depression, ångest och självskaadebetenden.
2. Arbetslöshet bland svarta och etniska minoriteter	Som ovan.
3. Deltagande i utbildning (procentuell andel som når gymnasiebehörighet)	Utbildning minskar risken för arbetslöshet och fattigdom, som har negativa effekter på hälsan.
4. Andel otjänliga bostäder	Kan förorsaka eller bidra till dålig hälsa eller skador och förvärra situationen bl.a. genom fukt, kyla, dålig design eller dåligt ljus.
5. Inbrottsfrekvens per 1 000 invånare	De faktorer som påverkar nivån på kriminaliteten förefaller även påverka hälsan. Kriminalitet kan också påverka hälsa direkt genom att den skapar otrygghetskänsla.
6. Luftkvalitet – NO ₂ och PM10	Förorenad luft kan skada hälsan. Unga, gamla och personer med andningsproblem är särskilt känsliga.
7. Trafikskadade per 1 000 invånare	Trafikskador är en viktig risk för hälsan, även om de i många fall kan undvikas. De sociala klasskillnaderna i trafikskador är märkbara.
8. Förväntad livslängd vid födseln	En god summerande indikator för hälsostatus hos befolkningen.
9. Spädbarnsdöd	Spädbarnsdödligheten påverkas av mödrarnas hälsa, social klass och vårdens kvalitet.
10. Andel i befolkningen som har en självupplevd god hälsa	En bra indikator på hälsostatus bland vuxna.

Anm. NO₂ är kvävedioxid och PM10 är inandningsbara partiklar.

Best Practice Guide

Beskrivningen av Best Practice Guide (BPG) som instrument i dessa frågor utgår i huvudsak från ett exempel från Mayor of London ”*Health Issues Best Practice Guidance – Improving health through planning*” från 2006.

Bakgrunden till att BPG tagits fram är bl.a. att ett nytt planeringssystem tillämpas, som uppmantrar kommuner (local authorities) att arbeta systematiskt med sociala frå-

⁴³ För en förklaring se avsnittet om London.

⁴⁴ Mayor of London, Health Issues Best Practice Guidance, June 2006.

gor och hälsofrågor i planeringen. Samtidigt har den nationella sjukvårdsmyndigheten NHS tagit fram en policy för att arbeta mer strategiskt med att integrera planerings- och hälsofrågor.

I den övergripande utvecklingsplanen för London, The London Plan, är folkhälsofrågor en horisontell fråga som ska beaktas på en rad olika områden.

Syftet med den BPG som tagits fram i London är att sprida kunskap om folkhälsofrågor inför implementeringen av The London Plan i olika utvecklingsplaner. Guiden är till för såväl lokala planerare, primärvård som för hälsoansvariga på regional nivå. För planerarna ska guiden vara ett stöd genom att man utgår från befintliga exempel och metoder för att förklara principerna för hälsosam planering och för hur dessa kan genomföras.

BPG i London innehåller några huvuddelar:

- nyckelverktyg för att prioritera folkhälsa,
- åtgärder mot ojämlikhet i hälsa utifrån hälsans bestämningsfaktorer,
- integrering av hälsa i planeringen bl.a. genom ett effektivt partnerskap mellan hälso- och planeringsaktörer.

Bland nyckelverktygen tas särskilt upp:

- kärnprinciper för hälsosam planering,
- Health Impact Assessments – HIA (motsvarigheten till HKB), som även inkluderar arbete med Integrated Impact Assessment,
- checklistor för hälsa i planeringen.

När det gäller åtgärder mot ojämlikhet i hälsa lyfts de indikatorer fram som framgår av *Guide för hälsofrämjande hållbara samhällen* ovan.

Avsnittet om integrering av hälsa och planering har som fokus drivkrafter, ansvaret för hälso- och sjukvården, integrerad social infrastruktur och partnerskap för att integrera planering och hälsa.

För varje bestämningsfaktor återfinns ett fylligt avsnitt med metoder och hänvisningar till regionala, nationella eller internationella guider eller erfarenheter.

SWOT-analys

SWOT-analysen i detta avsnitt är begränsad till fem metoder eller arbetssätt: Hälsokonsekvensbedömningar, hälsoanalyser i MKB, "Integrated Impact Assessment", indikatorer och "Best Practice Guides". Grunderna för metoderna är beskrivna i föregående avsnitt. "Best Practice Guide" skiljer sig från övriga metoder på så sätt att den är en slags handbok för användarna och kan innehålla alla fyra övriga metoder och dessutom andra metoder än dessa.

SWOT valdes för beskrivning och analyser av de fem metoderna, eftersom den kan ha relevans för hur man kan arbeta regionalt för att stimulera integrationen mellan folkhälsa och regional utvecklingsplanering hos en rad olika aktörer.

Bedömningarna i SWOT-analyserna i avsnittet grundar sig på följande:

- Styrkor och svagheter beskrivs utifrån vad som kännetecknar varje metod.
- Möjligheter och hot beskrivs utifrån hur vi bedömer metodens genomförbarhet.

Hälsokonsekvensbedömning – HKB

Styrkor

- Tvärvetenskaplig/intersektoriell.
- Kvantitativa och kvalitativa metoder.
- Tydliggör den sociala dimensionen.
- Helhetstänkande.
- Koppling till hållbar utveckling.

Möjligheter

- Hälsomatrisen inkluderar alla policy-områden och kan därför vara attraktiv.
- Kvalitativ målgruppsanalys på regional nivå.
- Aktörer kan se effekterna av sina egna prioriteringar.
- Kan genomföras med dialogteknik.

Svagheter

- Tar mycket tid.
- Kan uppfattas som komplex.
- Kan bidra till att "obstruera planeringen".
- Engagerar representanter för hälsa mer än representanter för planering.

Hot

- Svårt att samla alla berörda aktörer kring ett gemensamt HKB-arbete.
 - Oro för att HKB kan vara krånglig.
 - Bristande tillgång till vetenskaplig evidens.
-

Hälsoanalyser i MKB

Styrkor

- Förstärkning av sociala bestämningsfaktorer i MKB.
- Ökade inslag av helhetssyn.
- Koppling till hållbar utveckling.

Möjligheter

- Redan utarbetade och förankrade regler och rutiner.
- Mindre resurskrävande än att starta en parallell konsekvensbedömning av hälsa.
- Förstärker medborgarperspektivet i MKB.
- Engagerar hälsoprofessionen i planering.

Svagheter

- Planerardominans.
- Fokus på biomedicinska faktorer, snarare än sociala.
- Arbetar sällan med dialogteknik.

Hot

- Institutionaliserad arbetsform som kan vara svår att ändra.
 - Beredskap hos representanter för hälsa att delta i MKB-processer.
 - Tillgång till evidens.
-

Integrerad konsekvensbedömning (Integrated Impact Assessment – IIA)

Styrkor

- Integrerar konsekvensbedömningen i ett enda verktyg.
- Ger förutsättningar för helhetssyn.
- Gemensam arena för planerare och representanter för hälsosektorn.
- Dialog.

Möjligheter

- Rationalisering – ett samlat dokument att arbeta med.
- Det finns ett antal exempel på hur IIA används där kunskap kan hämtas.

Svagheter

- Risk att verktygen blir multipla i stället för integrerade.
- Biomedicinska faktorer bättre förpackade än sociala och socioekonomiska faktorer.
- Otillräcklig tillgång till evidens.
- Kan förutsätta juridisk analys.

Hot

- Ännu relativt okänt och oprövat.
 - Det krävs mer utvecklingsarbete innan det kan användas än vad som krävs av HKB.
-

Indikatorer

Styrkor

- Aktuell statistik kan göras tillgänglig i ett helhetsperspektiv.
- Utveckling över tid kan följas.
- Pedagogiskt användbar för fler användare.
- Utveckling hos olika områden och grupper kan följas.

Möjligheter

- Det finns mycket befintlig statistik på folkhälsområdet som kan användas.
- Kan styras på basis av tillgängliga data.

Svagheter

- Tar mycket tid och resurser att konstruera.
- Tar mycket tid och resurser att följa upp.
- Svår att koppla till specifika beslut.
- Statistiken kan vara för gammal.
- Känslig för tekniska problem.

Hot

- Det finns en utbredd skepsis mot indikatorer som styrinstrument.
 - Risk att bedömningen sker mekaniskt och inte kopplat till den reella beslutssituationen.
 - Risk att alla perspektiv inte beskrivs på ett balanserat sätt.
-

Best Practice Guide

Styrkor

- Erbjuder en handbok till dem som ska jobba med både planering och folkhälsoarbete.
- Innehåller både metodik och konkreta exempel.
- Kräver inget stort utvecklingsarbete hos användaren.
- Kan förena en hälsokonsekvensbedömning med en prioriterad agenda för aktiva åtgärder.

Möjligheter

- Kan vara en attraktiv och pedagogisk kunskapskälla för många kommuner och andra aktörer som har begränsat med tid och resurser för ett eget utvecklingsarbete.
- Befrämjar lärande och kontakter mellan olika aktörer som arbetar med liknande frågeställningar.
- Ger utrymme för "målstyrning".
- Fokus på gemensamma möjligheter och problem.

Svagheter

- Ingen enhetlig metodik.
- Svårare att kvalitetssäkra.
- Kräver att "utgivaren" har legitimitet hos användarna.
- Tar tid och resurser att upprätta första gången.
- Behöver uppdateras (forskning och lärande).

Hot

- Kan medföra att en diversifiering av olika metoder växer fram. Gynnar detta ett samlat regionalt arbetssätt i frågan?
 - Om det inte kommuniceras pedagogiskt kan risk finnas för backlash – "not invented here".
-

Slutsatser och rekommendationer

Slutkapitlet innehåller slutsatser om de frågeställningar utredningen fokuserat och ett antal rekommendationer inför det fortsatta arbetet med folkhälsofrågor i planeringen i Stockholmsregionen.

Huvudsakliga frågeställningar – slutsatser

Det övergripande syftet med denna utredning är att beskriva metoder och erfarenheter av samverkan mellan folkhälsoarbete och regional utvecklingsplanering i Sverige och utomlands.

Folkhälsofrågorna växer i uppmärksamhet både i regionerna och i kommunerna, såväl i Sverige som i de studerade regionerna i andra europeiska länder. Samtidigt är folkhälsofrågor i den regionala planeringen ett nytt perspektiv, där aktörerna fortfarande söker lämpliga samverkansformer och metoder. I de regioner och kommuner som studerats, och som valts ut just för att kunna tjäna som intressanta exempel, har frågeställningarna om folkhälsa i planeringen generellt sett hög aktualitet. Den fysiska och strategiska utvecklingsplaneringen på lokal och regional nivå anses ha en nyckelfunktion i arbetet för en bättre och mer jämlik hälsa.

Integrering av planering med folkhälsofrågorna

En av de huvudfrågor som utredningen sökt svar på är i vilken omfattning och i så fall hur folkhälsofrågor och planering integreras.

Generellt kan konstateras att det finns ett växande intresse för folkhälsa och utvecklingsplanering hos studerade svenska aktörer. Det avspeglas i flertalet regionala utvecklingsplaner och även hos många kommuner. Hittills finns dock få konkreta exempel på en sådan integration. Hälsokonsekvensbedömningar (HKB) är ett konkret exempel, men hittills har inte många sådana genomförts i Sverige.

Uppdelningen mellan planerare och hälsoprofession är inget specifikt svenskt problem utan det är något man brottas med i flera länder, trots att samhällsplaneringen från början i hög grad motiverades utifrån hälsoaspekter.

De europeiska jämförelseregionerna som valdes ut bedömdes ha kommit relativt långt i sitt arbete. De är därför knappast representativa. Det kan noteras att Rotterdam i Nederländerna har en lång tradition av intervention i planeringen av hälsosektorn. Wien har inom ramen för *Healthy Cities* valt att fokusera särskilt de äldre i samverkan mellan social sektor och planering. Även Milano arbetar med *Healthy Ageing*. Till skillnad från Wien avser Milano att satsa på HKB, men har ännu inte kommit särskilt långt i denna process.

De mest ambitiösa satsningar som studerats i denna utredning återfinns i London och Sheffield. I bägge fallen arbetar man med den dubbla målsättningen att 1. åtgärda identifierade ohälsoproblem baserade på hälsans bestämningsfaktorer och 2. konsekvensbedöma alla policyer, planer och större lokaliseringar/exploateringar ur ett brett hälsoperspektiv. Också i dessa regioner är dock integrationen mellan hälsa och regional planering relativt ny.

Ett särskilt intressant exempel är London, där man både från lagstiftarens, hälso- och sjukvårdens och regionens/borgmästarens sida driver ett ambitiöst och systematiskt arbete på flera fronter. The London Plan genomsyras av hälsofrågor i ett horisontellt perspektiv. Både från planeringens och sjukvårdens sida har nya ledningsfunktioner och institutioner utvecklats. Det drivs – nationellt och regionalt – ett aktivt metodutvecklingsarbete och bland annat genom Londons Best Practice Guide ett målmedvetet förankrings- och kompetensutvecklingsarbete. Detta gör att

- folkhälsofrågorna kommer in tidigt i planeringen,
- en tydlig roll- och ansvarsfördelning skapas mellan olika aktörer,
- nya organ och/eller utpekade tjänstemän både på planerings- och hälsosidan ges uttalade roller som brobyggare.

På svenskt håll är de ”konstitutionella” förutsättningarna för samverkan mellan stat, kommun och region relativt unika. Eftersom de lokala och regionala perspektiven i hög grad griper in i varandra, finns tydliga samordningsbehov mellan regional och kommunal nivå, men även inom kommuner och mellan regionala aktörer. Man arbetar ofta med nya organ, t.ex. folkhälsoråd, för att få ett tvärsektorielt arbetssätt.

Som framgår av rapporten sker närmandet mellan folkhälsa och planeringsfrågor ur olika utgångspunkter. I vissa fall har folkhälsoprofessionen initiativet (t.ex. i Skåne och Halland) och börjar sätta avtryck på den regionala planeringen. På andra håll (t.ex. i Sörmland) är hållbar utveckling ett övergripande mål, och folkhälsa ett av flera delområden under detta övergripande mål. Detta gäller särskilt för planerarprofessionen.

En sammantagen slutsats är att det inte finns en vedertagen metod som används för att integrera folkhälsa och planering. Många aktörer söker sig fram till lösningar.

De exempel som studerats visar att det inte är tillräckligt med övergripande viljeyttringar för att få till stånd en interaktion mellan folkhälsa och planering. Några framgångsfaktorer för en god interaktion är

1. politiskt förankrade mål,
2. ett stort engagemang från ledningsnivå både bland planerare och inom hälso- och sjukvården,
3. mötesplatser för de bägge professionerna,
4. personer som kan verka som brobyggare mellan de två världarna,
5. ett starkt medborgarperspektiv.

Vilka behov fokuseras?

Folkhälsoarbetet bedrivs i de studerade kommunerna och regionerna i regel utifrån ett brett perspektiv. På svensk botten lyfter flera regionala utvecklingsprogram fram länets attraktivitet, fysisk aktivitet, barn och ungdomar, miljö, arbetskraftsförsörjning och arbetsrelaterad hälsa.

Kommuner tar fasta på hälsa bland barn och unga. Därutöver är säkerhet, arbetslöshet, alkohol och droger, brottsförebyggande arbete, kost och motion, skadeförebyggande liksom miljö och andra hållbarhetsfrågor vanligt förekommande prioriteringar.

Vanliga frågor i de exempel som studerats på kontinenten är äldres hälsa, infrastruktur- och transportsystem, klimat, luft, mark, vatten, livsmedel, socialt utanförskap och hälsa i boendet.

I de brittiska exemplen trycks särskilt på delaktighet (Sheffield) och jämlikhet (både Sheffield och London). Londons ansats är mycket bred och baseras i princip på hälsans samtliga bestämningsfaktorer. Som framgår av avsnittet *London* i kapitlet *Internationellt perspektiv* prioriterar Londons hälsokommission såväl hälsofrågor som målgrupp och metod. Prioriterade hälsofrågor i London är ojämlik hälsa, hälsans bestämningsfaktorer generellt samt transportsystemet. Prioriterade grupper är minoriteter, barn och unga samt funktionshindrade.

Vilken metodik används?

Det är svårt att identifiera konsoliderade och vetenskapligt prövade verktyg.

Närmast kommer *hälsokonsekvensbedömningar*, som diskuteras i ett flertal kommuner och regioner inom och utom Sverige. Tester av HKB inskränker sig till ett fåtal exempel i Sverige, varav några genom Folkhälsoinstitutets försorg. Helsingborgs kommun torde vara den aktör som har mest erfarenhet av HKB, vilket har prövats bl.a. på flera planer. Region Halland tillämpar, som framgått tidigare, en enkel modell för självskattning av beslutsärenden. Flera aktörer förefaller dock vara tveksamma till att införa HKB-instrumentet med hänsyn till det merarbete det skulle skapa.

I Storbritannien är hälsokonsekvensbedömningar – *Health Impact Assessments* – införda på bred front. Det finns flera organisationer både oberoende och med förankring i NHS och på *community*-sidan (närmast kommunförbund), som villigt delar med sig av råd och erfarenheter. Den allmänna linjen är att man förespråkar en anpassning av metoden, som kanske snarast ska beskrivas som en ansats, till den faktiska situationen. Man är dock nogga med att peka på behovet av systematik och *evidens*.

I Storbritannien, liksom i Sverige (Socialstyrelsen), förs en diskussion om att föra samman de olika konsekvensanalyserna (MKB, m.fl.) som förekommer med HKB till ett integrerat instrument (*integrerad konsekvensbedömning*). Här pekas både på resursfrågan – att inte köra i dubbla spår – och att man på detta sätt kan ge ökad tyngd åt hälsa i planeringsprocesserna.

Indikatorer är vanligt förekommande i Sverige och utomlands, t. ex. i Rotterdam. Ansatserna varierar i ambition och stringens. Det görs generellt många insatser för att ta fram *kunskapsunderlag* för folkhälsoinsatser – bl.a. välfärdsbokslut, folkhälsoenkäter och indikatorer. Ofta saknas en klar koppling till planeringsfrågor.

Dialoger används i samband med ovan nämnda metoder för att göra förankrade avvägningar mellan olika hälso-/hållbarhetsdimensioner. Generellt trycker många regioner och kommuner på att arbetet med hälsofrågor i den regionala utvecklingsplaneringen måste ha ett starkt medborgarperspektiv.

I London har en *Best Practice Guide* tagits fram som inspiration och beskrivning av metoder, som kan användas såväl kommunalt som regionalt för att nå de utsatta hälso-målen.

Vilken politik förs?

I många exempel från såväl Sverige som andra länder har man ägnat tid åt att formulera och förankra övergripande mål, inriktning och handlingsplaner för folkhälsoområdet. Det finns färre exempel från den strategiska utvecklingsplaneringen. Återigen är London ett exempel där man styr med tydliga politiska mål.

I Rotterdam har man positiva erfarenheter av ett aktivt politiskt ledarskap i hälsofrågorna, bland annat har man fått sektorsövergripande fokus på frågor som hemlöshet och utanförskap.

Hälsoområdet innehåller många målkonflikter. Enligt flera kommuner och regioner som studerats, förutsätter det att processen baseras på en systematisk och pedagogisk procedur för bedömning och avvägning. Dialogmetoder, värdekompass eller i förekommande fall en bredare medborgardialog kan vara bra verktyg.

Övriga slutsatser

De legala och administrativa förhållandena liksom förvaltningskulturen skiljer sig en hel del mellan de studerade länderna. Likväl finner man att det är flera centrala frågeställningar som förenar.

Av erfarenheterna i London att döma kan det vara fruktbart att arbeta i två dimensioner:

1. att fastställa målsättningar för de mest prioriterade hälsoområdena,
2. att hälsobedöma planer och förslag.

På så sätt skapas både engagemang och gränsöverskridande lösningar för välmotiverade behov samtidigt som hälsobedömningen blir en källa för kunskapsspridning. Systematik, uppföljning och lärande är viktigt. Dialogmetodikerna kan användas för att balansera mellan olika perspektiv och för att få en större förankring av hälsofrågorna.

Rekommendationer

Utifrån resultaten i rapporten lämnas här ett antal rekommendationer inför RTK:s och andra aktörers fortsatta arbete med folkhälsofrågor i planeringen.

Fastställ mål

Förekomsten av tydliga mål är en otvetydig framgångsfaktor för att driva hälsofrågor inom planeringsramen.

I Regionplane- och trafikkontorets handlingsplan för folkhälsa framhålls att de konkreta målen för folkhälsa i den regionala planeringen ska utarbetas i samband med den samlade RUFs-processen. Målen måste vara välförankrade hos kommunerna och andra intressenter.

Även när folkhälsa ses som en horisontell dimension behövs mål. En utgångspunkt för att i dialog formulera mål är folkhälsorapporten, som blir klar till hösten 2007.

Tydliggör samverkan mellan folkhälsa och planering

Det behövs tydliga arenor där representanter för både hälsa och planering kan mötas. Mötena bör omfatta både regionala och kommunala aktörer.

Beroende på vilka perspektiv och mål som väljs, kan det finnas anledning att värdera vilka former som är de mest ändamålsenliga för en tät interaktion mellan hälso- och planeringssidan. Hur kan hälso- och sjukvårdens reguljära resurser kopplas in i konkret arbete? Hur ska metodutveckling, uppföljning m.m. drivas vidare?

Arbetet med evidens är särskilt viktigt.

Bestäm hur planerna ska hälsokonsekvensbedömas

I RTK:s handlingsplan finns förslag om ett pilotprojekt för hälsokonsekvensbedömning (HKB) för något av de nu aktuella infrastrukturprojekten i regionen, eller för något annat projekt kopplat till RUFs-processen. Frågan om hur HKB ska användas bör analyseras vidare.

Det bör undersökas om den, framför allt brittiska, tanken att arbeta genom en *integrerad konsekvensbedömning* är lämplig och relevant. En förstudie om detta skulle kunna klargöra möjligheter och problem.

Utveckla Best Practice Guide för Stockholmsregionen

De många aktörerna i Stockholmsregionen som har påbörjat utvecklingen av ett systematiskt hälsoarbete skulle sannolikt gemensamt kunna utveckla en best practice-guide. Detta skulle kunna vara ett sätt att

- få en samlad bild av lokala, regionala och nationella mål inom planering och hälsa som rör hela regionen,
- systematisera kunskaperna om folkhälso- och planeringsfrågor,
- sprida kunskaper om bra exempel och metoder i Sverige och i andra länder,
- stimulera utvecklingsarbetet när det gäller olika metoder,
- utveckla en tydlig rollfördelning mellan aktörerna i regionen.

Fördjupade studier av London

Det finns mot bakgrund av den regionala planeringens idémässiga rötter i Stockholmsregionen, intressanta lärdomar att hämta i London. Fördjupade kontakter och studier skulle t.ex. kunna ägnas åt

- hur folkhälsofrågan förs in på ett övergripande plan och i specifika projekt,
- den institutionella uppbyggnaden,
- arbete med uppföljning av indikatorer,
- utveckling från HIA till IIA,
- dialogen med intressenter och medborgare,
- Best Practice Guide.

Folkhälsa en utmaning i planeringen

I arbetet med den regionala utvecklingsplanen för Stockholm är begreppet ”utmaningar” viktigt. Frågeställningen är vilka utmaningar regionen står inför och när visionen för regionens utveckling ska förverkligas. Svaret på hur utmaningarna ska hanteras utgör en del av de regionala utvecklingsstrategier som ska utvecklas under planeringsprocessen.

De utmaningar som har identifierats är i korthet⁴⁵

- att möjliggöra befolkningstillväxt och samtidigt förbättra regionens miljö och invånarnas hälsa,
- att vara en liten storstadsregion och samtidigt internationellt ledande,
- att öka tryggheten i regionen samtidigt som omvärlden upplevs som mer osäker,
- att minska klimatpåverkan och samtidigt ha en tillgänglighet som möjliggör ekonomisk tillväxt,
- att bygga ikapp samtidigt som behoven fortsätter att växa,
- att öppna regionen och samtidigt minska utanförskapet.

Folkhälsofrågorna återfinns i flera av dessa utmaningar. Som det tidigare har framgått har exempelvis genomförandet av The London Plan successivt kommit att betona hälsofrågorna i allt högre grad, som ett viktigt strategiskt element i den regionala utvecklingen. Det i sin tur faller tillbaka på tydliga politiska målsättningar om hälsa, jämlikhet och hållbarhet.

De institutionella förutsättningarna i Stockholmsregionen skiljer sig dock kraftigt åt från förhållandena i bl.a. London. Strategier inom folkhälsoområdet inom regionen måste baseras på en bred samverkan mellan kommuner, landsting, andra regionala organ och statliga myndigheter för att bli verkningsfulla. Samtidigt har i denna rapport belysts att det finns ett tydligt fortsatt behov av att utveckla evidensbaserade metoder för samspelet mellan långsiktig planering och hälsa.

En utmaning för folkhälsofrågan i regionens utvecklingsplanering är mot den bakgrunden:

Att bedriva en regional utvecklingsplanering som leder till förbättringar av hälsans bestämningsfaktorer *samtidigt* som interaktionen mellan aktörer inom folkhälsa och planering systematiseras och en gemensam metodik för folkhälsa och planering utvecklas.

⁴⁵ Regionplane- och trafikkontoret, Visionen – Norra Europas mest attraktiva storstadsregion, 2007.

Referenser

Intervjuer

Anette Jansson, Sveriges Kommuner och Landsting (SKL).

Anita Linell, Statens folkhälsoinstitut.

Eva Järliden, Folkhälsoplanerare, Örebro kommun.

Eva Renhammar, folkhälsoplanerare i Malmö stad.

Elisabeth Bengtsson, chef för avdelningen för hållbar utveckling i Helsingborgs stad samt koordinator för stadens WHO-engagemang.

Emilio Cazzani, Milano kommun, Stadsplaneringsdirektör, Milano stad.

Grant Pettitt from GLA Health Team.

Inger Karlsson, Linköpings kommun.

Jane Carlsen, Principal Planner, Policy & Partnerships, Greater London Authority.

Josine van den Bogaard, Senior Advisor Healthy Housing and Urban Planning, Rotterdam.

Karin Thesenius, Trollhättans kommun.

Kristina Harsbo, miljöchef, Faluns kommun.

Lena Kanström, chef, Centrum för folkhälsa.

Lena Svedevall, Koordinator på Healthy Cities-nätverket, Östersund.

Lina Lundberg, folkhälsovetare på styrningsenheten, Karlstads kommun.

Nanner Herriott, the Regional Public Health Group in London.

Shelley Gould from the Mayor's London Plan Team (har skrivit Best Practice Guide).

Solveig Sandberg, Västerås kommun.

Titti de Verdier, WSP Analys & Strategi.

Tove Corneliussen, Trollhättans kommun.

Ursula Heubel, Vienna Healthy City project.

Dokumentation

Sverige

Plan för hållbar utveckling i Helsingborg, Kunskapsunderlag 2006.

Hälsokonsekvensbeskrivning, Helsingborgs stad, juni 2005. Kerstin Månsson.

Hälsokonsekvensbedömning av ett vägtrafikprojekt, Fallstudie väg 73, Statens folkhälsoinstitut.

Vägledning för hälsokonsekvensbedömningar, Statens folkhälsoinstitut.

Stadsförnyelse i Lindängen, Malmö stad.

Hållbarhetsstrategi för Sörmland – Regionförbundet Sörmlands Rapportörskap. Slutrapport november 2006. Hållbar utveckling.

www.nutek.se Regionalt utvecklingsprogram, se även Regionplane- och trafikkontoret, **Folkhälsopolicyns integrering i RTK:s verksamheter**, Utkast 2005-12-20.

Revisorerna i Region Skåne, **Granskning av Region Skånes folkhälsoarbete**, juni 2006.

Region Skåne, Regionstyrelsen, **Protokoll §§ 185–197**, 2006-11-27.

Region Halland, **Folkhälsopolicy för Halland 2002–2008**.

Regionplane- och trafikkontoret, **Visionen – Norra Europas mest attraktiva storstadsregion**, 2007.

www.falun.se Miljöförvaltningen och **Folkhälsoprogram för Falu kommun**, 2006.

Malmö stad, **Välfärd för alla – det dubbla åtagandet**, 2004.

Socialstyrelsen, **Hälsa i miljökonsekvensbeskrivningar** – Resultat från en undersökning om hur hälsa uppfattas och beskrivs, 2001.

Välfärdsbokslut 2005, Östersunds kommun.

Vägledning för hälsokonsekvensbedömningar, R2005:39, Statens folkhälsoinstitut.

WHO Gothenburg Consensus Paper, 1999.

Socialstyrelsen, **Hälsa i miljökonsekvensbeskrivningar – Resultat från en undersökning om hur hälsa uppfattas och beskrivs**, 2001.

Verktyg för hållbar regional utveckling. R 2006:11. Nutek och Hållbarhetsrådet.

Webbplatser och organisationer

www.healthycities.se

www.helsingborg.se

www.malmo.se

www.ostersund.se

www.dittnyahageby.nu

London

The Mayor of London, The London Plan.

Consultation Draft: **Health Issues best Practice Guidance; Improving Health trough planning**. Mayor of London, 2006.

Camden Ms Claire Torkington, Healthy City Project Coordinator, **Camden Healthy Cities Health Partnerships** – Public Health Camden PCT 4th Floor, West Wing St Pancras Hospital.

Greater London Authority: <http://www.london.gov.uk/mayor/health/index.jsp>

<http://www.dh.gov.uk/Home/fs/en>

<http://www.gos.gov.uk/gol/publichealth>

<http://www.lho.org.uk/Default.aspx>

<http://www.londonshealth.gov.uk>

Webbplatser och organisationer

NICE, www.hiagateway.org.uk/page.aspx?o=WhatisHIA, NICE är en oberoende brittisk organisation som ansvarar för att tillhandahålla nationell rådgivning för bättre hälsa, prevention och hantering av ohälsa. The Health Impact Assessment Gateway ger tillgång till HKB-relaterad information med planerare och sjukvårdsproducenter som målgrupp.

<http://www.communities.gov.uk>

Rotterdam

Walda I "Housing and urban planning: an innovative filed for municipal health services", Municipal Health Service Rotterdam.

Municipal Health Service Rotterdam, **Presentation Urban Planning and Health.**

Sheffield

Mejlkorrespondens januari 2007 med Geoff Green, professor i urban policy vid CRESR och rådgivare till WHO:s europeiska kontor, <http://www.shu.ac.uk/cresr/staff/g.green.html>

Mejlkorrespondens februari 2007 med Andrea Kanaris, WHO Healthy City Coordinator, Health Partnership Team, <http://www.sheffieldfirstforhealth.net/healthcity/index.php>

Webbplatser och organisationer

Sheffield Healthy City Team, <http://www.sheffield.gov.uk/your-city-council/neighbourhood-renewal-and-partnership/local-strategic-partnership-managers/healthy-city-team>

Sheffield First Partnership, <http://www.sheffieldfirst.net/index.asp?pgid=91675>

Milano

Healthy urban planning in practice: **experience of European cities**, WHO rapport, 2003.

Wien

Webbplatser och organisationer

Gesundheitsförderung in Wien, <http://www.magwien.gv.at/who/index.htm>

Österreichisches Gesunde Städte Netzwerk (ÖGSN). <http://www.magwien.gv.at/who/netzwerk.htm>

WHO-Projekt "Wien – Gesunde Stadt", <http://www.wien.gv.at/who/foerder.html>

<http://www.euro.who.int/healthy-cities>

Bilaga: Bakomliggande styrdokument och utredningar

Nationella styrdokument

Nationella mål för folkhälsan

Riksdagen antog nationella mål för folkhälsan 2003. Det övergripande målet är att skapa *samhälleliga förutsättningar för en god hälsa på lika villkor för hela befolkningen*.

Fokus för de nationella målen är hälsans bestämningsfaktorer – det vill säga faktorer i samhället och i människors levnadsförhållanden som bidrar till hälsa och ohälsa.⁴⁶

I propositionen för folkhälsa, Prop. 2002/03:35, anges *elva målområden* som innehåller de bestämningsfaktorer som har störst betydelse för att skapa förutsättningar för en jämlik och jämställd hälsa.

1. Delaktighet och inflytande i samhället.
2. Ekonomisk och social trygghet.
3. Trygga och goda uppväxtvillkor.
4. Ökad hälsa i arbetslivet.
5. Sunda och säkra miljöer och produkter.
6. En mer hälsofrämjande hälso- och sjukvård.
7. Gott skydd mot smittspridning.
8. Trygg och säker sexualitet och en god reproduktiv hälsa.
9. Ökad fysisk aktivitet.
10. Goda matvanor och säkra livsmedel.
11. Minskat bruk av tobak och alkohol, ett samhälle fritt från narkotika och dopning samt minskade skadeverkningar av överdrivet spelande.

De första sex målområdena handlar om förhållanden i samhället och vår omgivning som skapar våra livsvillkor, d.v.s. strukturella faktorer. De sista fem målområdena rör levnadsvanor som individen själv påverkar mer direkt, men där strukturella faktorer ofta spelar en stor roll.

Propositioner om folkhälsa och regional utvecklingsplanering

Propositionen för folkhälsa (Prop. 2002/03:35) anger att varje statlig myndighet har ett ansvar för frågor inom det egna politik- och verksamhetsområdet. Det övergripande målet innebär att de myndigheter som har uppgifter eller verksamheter som direkt påverkar folkhälsan också aktivt ska arbeta för att bidra till en positiv hälsoutveckling.

Förordningen om regional utvecklingsplanering (SFS 2003:595, 6 §) slår fast att *”Länsstyrelsen och samverkansorganet eller det regionala självstyrelseorganet skall verka för att det av riksdagen fastställda målet för regional utvecklingspolitik uppnås i länet och beakta de nationella målen för integration, jämställdhet och miljö för att säkerställa en hållbar regional utveckling”*.

46 FHI, Folkhälsa i regionala utvecklingsprogram, A 2005:13.

Av propositionen framgår att ett syfte med den regionala utvecklingspolitiken är att åstadkomma en effektivare sektorssamordning och regionala hänsynstaganden inom olika politikområden. Regeringen poängterar att det behövs flera offensiva strategier i kombination med riktade åtgärder för att stärka en hållbar utveckling och livskraft i alla delar av landet. Inom ramen för metodutvecklingsarbetet har även frågor om folkhälsa, förebyggande av ohälsa och miljöaspekter kommit att behandlas.

Hälsokonsekvensbeskrivningar en rekommenderad metod

Inom Statens folkhälsoinstitut har ett förslag utvecklats om hälsokonsekvensbedömning (HKB) som en metod för att få med folkhälsoperspektivet i processen att ta fram regionala utvecklingsprogram, RUP. Det övergripande syftet med en hälsokonsekvensbedömning är att ge planerare och beslutsfattare kunskap om de samlade hälsoeffekterna av ett beslut. Det kan gälla beslut om projekt, planer, verksamheter eller förslag till enskilda åtgärder. En hälsokonsekvensbedömning ska bidra till en förbättring av beslutsunderlaget och också kunna användas för att påverka besluten till förmån för hälsan.⁴⁷

Statens folkhälsoinstitut behandlar i rapporten "Folkhälsa i regionala utvecklingsprogram" olika samband mellan folkhälsa och miljömässig, social och ekonomisk hållbarhet.⁴⁸ I rapporten påpekas sambandet mellan en god folkhälsa och en god ekonomiskt utveckling som grunden för att skapa en god livsmiljö, socialt och miljömässigt.

Nutek har i sitt metodutvecklingsarbete framfört att hälsokonsekvensbedömningar bör vidareutvecklas för att bidra till en socialt hållbar utveckling på samma sätt som strategiska miljöbedömningar (MB) bidrar till en miljömässigt hållbar utveckling. Nutek rekommenderar användning av indikatorer som hälsans bestämningsfaktorer vid uppföljningen av utvecklingsprogrammen för att få en bild av om utvecklingen i regionen är socialt hållbar.⁴⁹

Folkhälsa och hållbarhet

I statens strategi för hållbar utveckling ses en god hälsa som framtidens viktigaste resurs. Ohälsa och sociala och könsrelaterade skillnader i hälsa ses som ett grundläggande hot mot hållbar utveckling.⁵⁰

Enligt Statens folkhälsoinstitut finns det uppenbara synergier mellan miljö kvalitetsmålen och målområden för folkhälsa. Rapporten från Folkhälsoinstitutet pekar på att

47 Statens folkhälsoinstitut. "Hälsokonsekvensbedömningar för social och miljömässig hållbarhet. En generell beskrivning av hur man går tillväga." Utkast 2005-03-21.

48 Statens folkhälsoinstitut, "Folkhälsa i regionala utvecklingsprogram", Slutrapport från Statens folkhälsoinstitut, tillika slutrapport från strategigruppen Främja hälsa och förebygga ohälsa, Rapport nr A 2005:13.

49 Nutek, Regionala utvecklingsprogram, RUP. Ett metodutvecklingsarbete. "Programkomplexet", 2005.

50 Statens folkhälsoinstitut, Folkhälsa i regionala utvecklingsprogram, Slutrapport från Statens folkhälsoinstitut, tillika slutrapport från strategigruppen Främja hälsa och förebygga ohälsa, Rapport nr A 2005:13.

natur- och kulturmiljövård hör nära samman med friluftsliv, fysisk aktivitet, hälsa och välbefinnande. Kultur- och naturlandskap stärker människornas känsla av samhörighet. God bebyggd miljö har bärighet på delaktighet och inflytande, social trygghet samt trygga och goda uppväxtvillkor. Regionernas ekonomiska tillväxt anges vara en förutsättning för god folkhälsa, och god folkhälsa en förutsättning för ekonomisk tillväxt.

Landstingets folkhälsopolicy

I juni 2005 fastställde fullmäktige i Stockholms läns landsting en folkhälsopolicy "Folkhälsopolicy för Stockholms läns landsting". Ett motiv för folkhälsopolicyn är att ge alla verksamheter i landstinget gemensamma utgångspunkter för arbetet med folkhälsofrågor. Policyns övergripande mål är en god och jämlik hälsa för alla i länet.

Inom ramen för landstingets folkhälsopolicy finns fem mål

Mål 1 Goda livsvillkor – Ojämlighet i hälsa ska minska.

Mål 2 God miljö – Den miljörelaterade hälsan ska förbättras.

Mål 3 Goda arbetsförhållanden – Den arbetsrelaterade hälsan ska förbättras.

Mål 4 Hälsosamma levnadsvanor – Förutsättningarna för goda levnadsvanor ska förbättras och ohälsa på grund av livsstil ska minska.

Mål 5 God psykisk hälsa – Den psykiska ohälsan ska minska.

Varje nämnd och styrelse ansvarar för folkhälsoarbetet inom sitt verksamhetsområde och ska därför utarbeta och anta egna föreskrifter och instruktioner i enlighet med folkhälsopolicyn.

Landstingets tio viktigaste miljöåtgärder

Centrum för folkhälsa och landstingets miljöavdelning har på uppdrag av landstingsfullmäktige identifierat de tio viktigaste miljöåtgärderna för Stockholms läns landsting. Utgångspunkten för arbetet har varit att förbättra hälsan för befolkningen i Stockholms län.⁵¹

Några exempel på åtgärder som har beröring med regional utvecklingsplanering

- information om betydelsen av luftföroreningar,
- handlingsplan för att öka andelen kollektivtrafikresenärer,
- forskning om vägtrafikens miljöinducerade effekter.

51 Stockholms läns landsting, De tio viktigaste miljöåtgärderna för att förbättra hälsan hos befolkningen i Stockholms län, Stockholm i augusti 2005.

Folkhälsa i den regionala utvecklingsplaneringen

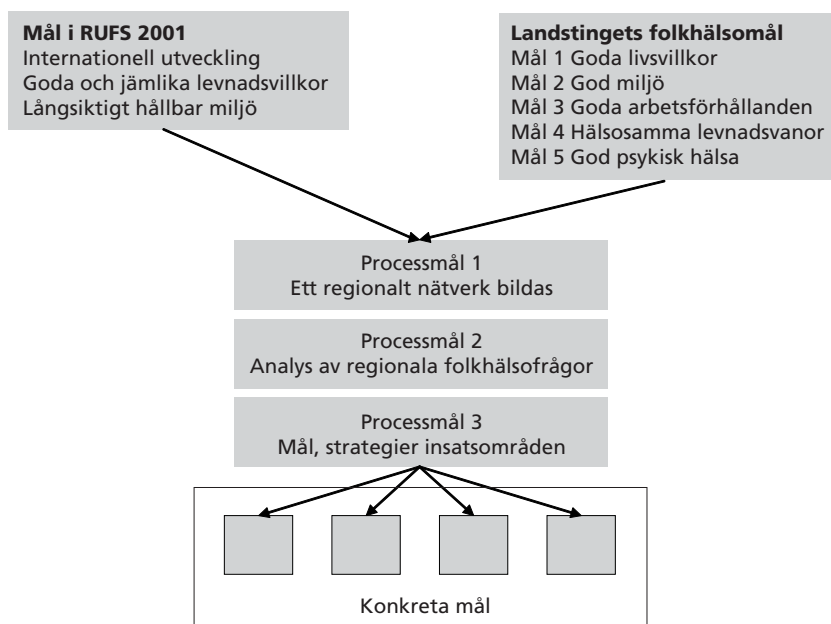
Regionplane- och trafikkontorets handlingsplan för folkhälsa

Regionplane- och trafikkontorets handlingsplan för folkhälsa, som utarbetades våren 2006, har som utgångspunkt att integrera "Folkhälsopolicy för Stockholms läns landsting" i Regionplane- och trafikkontorets kärnverksamhet: den regionala utvecklingsplaneringen. Handlingsplanens övergripande mål är en god och jämlik hälsa för alla i länet. Det ansluter till Stockholms läns landstings övergripande mål för folkhälsopolicyn.

Nedbrytningen av konkreta folkhälsomål kommer att ske inom ramen för den fortsatta planeringsprocessen. För att folkhälsofrågorna ska kunna integreras i planeringsprocessen på ett systematiskt och fruktbart sätt har flera processmål identifierats:

1. Ett nätverk för regional samverkan och samråd för folkhälsofrågor i den regionala utvecklingsplaneringen bildas.
2. Folkhälsofrågor av regional karaktär och med relevans för den regionala utvecklingsplaneringen identifieras och fördjupas kunskapsmässigt.
3. Konkreta förslag till mål, strategier och insatsområden för folkhälsofrågor inom den regionala utvecklingsplaneringen utvecklas inom analysramen för hållbar utveckling och även utifrån målen om jämlikhet och konkurrenskraft. Detta sker på basis av de mål för regional utveckling som fastställs av Regionplane- och trafiknämnden.

Handlingsplanen beskrivs även i nedanstående processbild:



Strategi och genomförande

Den strategiska ansats som ska följas för att nå dessa mål är för det första att utveckla en god systematik för folkhälsoarbete i regional planering: Detta kan göras genom att man nyttjar kartläggningar och rapporter om folkhälsobehov och identifierar evidensbaserade metoder.

För det andra initieras samverkan och lärande mellan relevanta och engagerade aktörer. Arbetet ska baseras på att den regionala utvecklingsplaneringen har en positiv påverkansmöjlighet.

Genomförandet ska ske i fyra faser: analysfas, genomförande av pilotprojekt, prioritering och samråd i den regionala utvecklingsplaneringen och uppföljning som grund för systematiska förbättringar.

Analysfasen kommer att domineras av två frågeställningar:

- Utveckling av ett regionalt nätverk för folkhälsofrågor i den regionala planeringen.
- Säkrande av underlag för bedömning och prioriteringar av folkhälsofrågor med regional relevans, både med hänsyn till faktiska behov och metodologiska förutsättningar.

Vid planering av sådana pilotprojekt kan man behöva analysera kopplingen mellan miljökonsekvensbeskrivningar (MKB), HKB och den sociala dimensionen av hållbar utveckling liksom målkonflikter som rör folkhälsa och regional planering.

Avsikten i handlingsplanen är att resultatet av analys- och metodutvecklingsarbetet ska vägas samman med övrigt programarbete i den regionala utvecklingsplaneringen.

Folkhälsa i RUFSS 2001

RUFSS 2001 behandlar inte folkhälsofrågorna explicit. Samtidigt återfinns hållbarhetsfrågor och folkhälsofrågor både inom de grundläggande målen och i många åtgärder och strategier. Det är särskilt uttalat när det gäller den fysiska miljön, t.ex. grönområden, transportsystem och teknisk infrastruktur. Folkhälsoperspektivet gör sig gällande i mindre utsträckning när det gäller sociala faktorer, men återfinns i inriktningar såsom "Integration och invandring" och "Kompetensutveckling och FoU".

RTK genomförde hösten 2004 ett *brett samråd om RUFSS 2001*. Aktualitetsprövningen gäller RUFSS användbarhet som planerings- och verksamhetsstöd för regionens aktörer. Flera remissinstanser lyfte då fram folkhälsofrågorna i sina svar. *Statens folkhälsoinstitut* anser att RUFSS bör ta hänsyn till de nationella folkhälsomålen. *KSL* anser att kunskaperna från den senaste folkhälso rapporten för länet bör nyttjas i högre grad för analyser och konsekvensbeskrivningar. Enligt *KSL* bör RUFSS tydliggöra kopplingen mellan de val som görs i den fysiska planeringen och effekterna på folkhälsa. *Länsstyrelsen* anser att det behöver klargöras hur samhällsplaneringen långsiktigt kan medverka till att förebygga ohälsa. *Centrum för folkhälsa* anser att RUFSS i större omfattning bör omfatta mål som folkhälsan och dess bestämningsfaktorer.

RTK kommenterar svaren med att folkhälsofrågan bör behandlas mot bakgrund av både landstingets övergripande ansvar för folkhälsan och frågans stora aktualitet. Sett i

ett historiskt perspektiv har folkhälsan varit en viktig utgångspunkt för samhällsplaneringen.

RTK-utredningar om folkhälsa

RTK har låtit genomföra flera studier om hälsoperspektivet i den regionala planeringen.

En sådan studie, "*Hälsokonsekvensanalyser på regional nivå, Promemoria 2:2001*", gavs ut i januari 2001. Syftet var att behandla planalternativens hälsokonsekvenser. En central slutsats som dras i rapporten är att den fortsatta region- och trafikplaneringen regelbundet bör följas upp med hälsokonsekvensbeskrivningar och efterföljande välfärdsbokslut. För att följa trendutvecklingen är återkommande folkhälsorapporter ett bra instrument.

I rapporten uppmärksammas bl.a. utveckling av regionala centrum för att ge medborgarna ökad trygghet och förbättrade sociala kontakter. För att upprätthålla en god livskvalitet och motverka ohälsa är ett gott inomhusklimat, minimering av buller och luftföroreningar och även tillgång till grönområden av stor betydelse. Särskild hänsyn bör tas till den ökade risken för exponering för skadliga nivåer av luftföroreningar, speciellt i tunnlar. Vid utbyggnad eller nyanläggning av flygplatser i länet bör riskerna med ökande bullerstörningar i närliggande bostadsområden beaktas.

I arbetspromemoria 2:2004, "*Hälsoperspektiv på regional planering*", är ett syfte att ge underlag för hälsokonsekvensbeskrivningar. Promemorian består av fyra kapitel.

I det första kapitlet tas bl.a. upp sambandet mellan *inriktningsområdena i RUF*S och *hälsans bestämningsfaktorer*. Frågan hur man kan analysera folkhälsomålens relevans i planeringen diskuteras. Nyckeln i en sådan analys är hälsans bestämningsfaktorer. Det är ett angreppssätt som bland annat används i det WHO-ledda nätverket Healthy Cities. Enligt detta angreppssätt kan planeringsåtgärder identifieras som påverkar bestämningsfaktorerna. Exempelvis kan "Hälsosam livsstil" främjas genom att planera attraktiva och säkra bostadsområden med rekreativsmöjligheter och närhet till arbete och centrum som uppmuntrar till en "hälsosam livsstil". I det andra kapitlet ges en introduktion av teori och metod för att analysera *hälsans nivå och fördelning* mellan olika grupper av människor. I det tredje kapitlet ges en belysning av forskningsläget inom området "*Sunda och säkra miljöer*" och samband mellan miljörelaterade hälsoproblem och den regionala utvecklingsplaneringen. Det avslutande avsnittet behandlar *EU:s program* för gemenskapsåtgärder på folkhälsoområdet.

I augusti 2004 gav RTK ut en promemoria "*Nya frågor i den regionala utvecklingsplaneringen. Lärdomar från andra regioner*". Promemorian analyserar hur fem frågeområden – kultur, folkhälsa, urbaniserad landsbygd, mångfald och jämställdhet – behandlas i den regionala utvecklingsplaneringen. I promemorian konstateras att RUFS behandlar flera viktiga områden för folkhälsan utan att omnämna folkhälsoperspektivet. Folkhälsoperspektivet kan bli tydligare i den regionala utvecklingsplaneringen inom sakområden som trafik, grönsstruktur och bostadsbyggande.

Slutligen finns det ett stort antal RTK-undersökningar, vilka i större eller mindre omfattning behandlar folkhälsofrågor i planeringen. En nyansering av planeringens

fokus på folkhälsoproblem behöver göras. Även insatser från Stockholms läns landsting utanför RUFSS behövs i utvecklingsplaneringen, exempelvis av landstingets Centrum för folkhälsa.

Workshop om styrkor och svagheter

Dokumentation från workshop om regionens problematik ur ett folkhälso-perspektiv onsdagen den 31 maj 2006

Medverkande organisationer: Folkhälsoinstitutet, länsstyrelsen, Centrum för folkhälsa, Kommunförbundet Stockholms län, Botkyrka kommun, Stockholms socialtjänstförvaltning, Stockholms miljöförvaltning, Stockholms stadsbyggnadskontor och Regionplane- och trafikkontoret.

De nitton deltagarna delades upp i två grupper för att göra SWOT-analyser av nationella folkhälsomål ur ett regionalt folkhälso- och planeringsperspektiv.

Uppgiften innebar att analysera:

- Vilka styrkor har Stockholmsregionen avseende ett specifikt folkhälsomål?
- Vilka svagheter har Stockholmsregionen avseende ett specifikt folkhälsomål?
- Vilka möjligheter kan planeringen i Stockholmsregionen medverka till att ta till vara avseende ett specifikt folkhälsomål?
- Vilka hot kan planeringen i Stockholmsregionen motverka avseende ett specifikt folkhälsomål?

Följande folkhälsomål diskuterades av de två arbetsgrupperna:

- Ekonomisk och social trygghet (nationellt mål 2).
- Sunda och säkra miljöer och produkter (nationellt mål 3).
- Trygga och goda uppväxtvillkor (nationellt mål 5).
- Ökad fysisk aktivitet (nationellt mål 9).

Resultat angående nationellt mål 2, "Ekonomisk och social trygghet".

Styrkor

- Regionens demografiska situation med en relativt ung befolkning
- Resursstark region
- Stark arbetsmarknad
- Regionförstoring

Svagheter

- Inflyttning
- Segregation
- Trafikmiljö
- Regionförstoring alstrar mer trafik
- Brist på hyresrätter
- Upplevelser av otrygghet
- Inkomstojämlikhet och fattigdom
- Dåliga yttre miljöer
- Svårt att påverka trygghetssystemen (statlig angelägenhet)

Möjligheter

- Helhetssyn – "man kan inte bygga bort segregation, man måste arbeta mycket bredare"
- Samverkan över myndighets-/sektorsgränser
- Mångfald
- Inflytande över boende, planering m.m.
- Social service
- Flerkärnighet – regionala kärnor utanför centrala Stockholm
- Skapa ekonomisk trygghet – påverkbart för lokala och regionala aktörer
- Skapa balanserad demografisk utveckling
- Bättre utbildning
- Infrastruktur och bebyggelsehelheten
- HKB

Hot

- Äldrande befolkning
 - Brist på verktyg att komma åt de stora problemen segregation och trafik
 - Världsläget – kan alstra stora flyktingströmmar
 - Ojämligheten – sociala spänningar
 - Dålig koordinering mellan aktörer och politikområden
-

Resultat angående nationellt mål 3, "Sunda och säkra miljöer och produkter".

Styrkor

- Bättre beaktat i existerande planering
- MKB
- Närmiljö
- Tillgång till natur, gröna kilar

Svagheter

- Miljöhot
- Trafik
- Buller
- Ökande allergier

Möjligheter

- Samarbete
- Friskfaktorer
- Kostpolicy

Hot

- Målkonflikter mellan olika samhällsmål
-

Kommentar: När det gäller hot och möjligheter fokuserades för mål 5 och mål 9 vilka åtgärder man kan arbeta med i den regionala planeringen för att stärka möjligheterna och motverka hoten.

Resultat angående nationellt mål 5, "Trygga och goda uppväxtvillkor".

Styrkor

- Stor tillgänglighet och stort utbud
- Många valmöjligheter
- Mycket kunskap i regionen
- Många kanaler för att göra insatser
- Resursstark region
- Stark arbetsmarknad

Möjligheter

- Skapa ny kunskap på regional nivå om ungas fritid
- Utgå från dem som ska bo i ett område när man bygger
- Planera för flexibilitet
- Engagera flera aktörer i arbetet
- Planera i olika tidsperspektiv

Svagheter

- Stor tillgänglighet och stort utbud
- Ytliga relationer, anonymitet
- Dåliga resultat i många skolor
- Komplexa liv i storstadsmiljön
- Stora skillnader inom regionen och inom kommuner
- Svårt med arbete och bostäder för unga
- Trångboddhet för vissa grupper

Hot (åtgärdsförslag)

- Samverkan över kommungränser
 - Planera för flexibilitet
 - Utveckla kunskap om hur man planerar för att minska skillnader
 - Regional kraftsamling kring fokuserade sakområden
 - Förbättra befintliga bostadsområden
-

Resultat angående nationellt mål 9, "Ökad fysisk aktivitet".

Styrkor

- Många motionerar mycket
- Stort utbud av aktivitetsmöjligheter
- Många grönområden

Möjligheter

- Bra kollektivtrafik till grönområden
- Sammanhängande regionalt cykelvägnät
- Beakta tillgänglighet i planeringen

Svagheter

- Många motionerar för lite
- Höga kostnader för många aktiviteter
- Konkurrens om tiden för att röra på sig från arbete, arbetsresor, TV och datorer
- Unga tjejer sitter still

Hot (åtgärdsförslag)

- Bevara friluftsområden
 - Vakta de gröna kilarna
 - Planera för trygghet och minskad kriminalitet
-

Referenser

Skriftliga källor från Regionplane- och trafikkontoret och Centrum för folkhälsa

Folkhälsopolicy för Stockholms läns landsting, CFF.

Aktualitetsprövning av RUFSS 2001. Samråd 2004, RTK

Direktiv för arbetet med att förbereda en ny regional utveckling. RTN 2005-0470, RTK

Folkhälsopolicyns integrering i RTK:s verksamheter, PM 2005-12-20. RTK.

Förslag till handlingsplan – Folkhälsa i den regionala utvecklingsplaneringen 2006-03-31, RTK

Hållbar utveckling i RUFSS 2001. En analys av resonemang och perspektiv inför kommande regional utvecklingsplanering. Promemoria Nr 7, september 2005, RTK

Hälsans betydelse för den framtida arbetskraftsförsörjningen, 2006, RTK

Hälsokonsekvensanalyser på regional nivå, Promemoria 2:2001, RTK

Hälsoperspektiv på regional planering. Underlag för hälsokonsekvensbeskrivningar. Arbetspromemoria 2:2004, RTK

Nya frågor i den regionala utvecklingsplaneringen – lärdomar från andra regioner. Promemoria 11:2004, RTK

Regional utvecklingsplan för Stockholms län 2001 (RUFSS 2001), RTK

Övriga skriftliga källor

Folkhälsa i regionala utvecklingsprogram, A 2005:13. Statens folkhälsoinstitut.

Folkhälsans bestämningsfaktorer och indikatorer, 2005-02-10. Statens folkhälsoinstitut.

Folkhälsopolitisk rapport 2005. Statens folkhälsoinstitut.

Folkhälsorapport – Folkhälsan i Stockholms län 2003. Samhällsmedicin, Stockholms läns landsting.

Förslag till folkhälsoprogram för Stockholms stad, januari 2006. Stockholms stad.

Hälsokonsekvensbedömning av ett vägtrafikprojekt. Fallstudie väg 73. Statens folkhälsoinstitut.

Lokal folkhälsopolitik i praktiken – Nynäs- hamns 3-års satsning, 2005. Nynäs- hamns kommun Ilija Batljan.

Livsviktigt. Grön väg till hälsa. Svenska naturskyddsföreningen

Människor och hälsa i Nacka. Nacka kommun

Markos Kyprianou, EU-kommissionär inom hälsoområdet; **European Health Policies, Conference of German Health Ministers**, München 30 juni 2005.

Utveckling av Länsstyrelsens folkhälsoarbete i Stockholms län, Rapport 2005:20. Länsstyrelsen.

Plan för folkhälsoarbetet i Botkyrka kommun 2005–2009. Botkyrka kommun.

Pia Schmidtbauer m.fl. **Tänkvärda trädgårdar. När utemiljön blir en del av vården (Formas)**.

Ragne Andersson m.fl, **Naturen och hälsan**. Skogsstyrelsens förlag.

Regeringens proposition 2002/03:35, **Mål för folkhälsan**. Regeringen

Studie av fastigheter och kvarter. Boendets utsatthet för buller och luftföroreningar i Västerort Stockholm, 2006. Statens folkhälsoinstitut

Uppdrag att redovisa förslag till metoder för att stärka arbetet med regionala utvecklingsprogram, 2004. Nutek.

Upplands Väsby kommun ur ett folkhälsoperspektiv, 2004. Upplands Väsby kommun.

**Upplands Väsby kommuns folkhälso-
program 2006–2008**. Upplands Väsby kommun.

Uppdrag och funktioner i det regionala arbetet med folkhälsa, 2005, Bergman och Dahlbäck AB.

Vägledning för hälsokonsekvensbedömningar. Med Fokus på social och miljömässighållbarhet. Statens folkhälsoinstitut.

Webbplatser

www.folkhalsoguiden.se Centrum för folkhälsa

<http://www.euro.who.int/healthy-cities> WHO

www.sll.se och www.hsn.sll.se/MPA Stockholms läns landsting

Regionplane- och trafikkontorets rapporter

På www.rtk.sll.se/publikationer finns förteckning över samtliga RTK:s publikationer från år 1997.

Rapporter

- 2001:1 Stockholmsregionens roll för Sveriges tillväxt
- 2001:2 Storstads konkurrens i norra Europa
- 2001:3 Blåstrukturen i Stockholmsregionen
- 2001:4 Upplevelsevärden
- 2001:5 Kvinnorna, näringslivet och framtiden
- 2001:6 Informationssystem för regionala grönområden
- 2002:1 Mälardalen – en region?
- 2002:2 Trafikpolitik i Nordamerika och Asien
- 2002:3 Fler till högre utbildning
- 2003:1 Flera kärnor
- 2003:2 Stockholmsregionens samspel med sin nära omgivning
- 2003:3 Destination Stockholm
- 2003:4 Trafikpolitik – samspelet mellan stat och region
- 2003:5 Hållbar utveckling för forskningen?
- 2004:1 Yrkesutbildning i Stockholmsregionen
- 2004:2 Stockholmsregionen och EU-utvidgningen
- 2005:1 Kunskapsregioner i konkurrens – regional samverkan för framgång
- 2005:2 Infrastrukturplanering i Stockholmsregionen
- 2006:1 Företagens FoU i Stockholm – Mälardalenregionen
- 2006:2 Transportsystemets finansiering
- 2006:3 Samverkan i Stockholmsregionen
- 2006:4 Räcker arbetskraften?
- 2007:1 Planering för minskad boendesegregation
- 2007:2 Stockholmsmigranterna kring millennieskiftet
- 2007:3 Eftervälsundersökning 2006
- 2007:4 Från Hörjel till Cederschiöld
- 2007:5 Begrepp inom regional utveckling
- 2007:6 Stationsstruktur i ABC-stråket
- 2007:8 Ansvarskommittén och storstaden
- 2007:9 Universitet och högskolor i Stockholms län – nuläge och trender
- 2007:10 Vision, mål och strategier före regional utveckling. Program för regional utvecklingsplan (RUF2010)
- 2007:11 Social Interaction in the Virtual Stockholm Region
- 2007:12 Vi ses på Internet Om Stockholmsregionens virtuella rum för socialt kapital (endast digital version www.rtk.sll.se)
- 2007:13 Stockholmsregionen i ett europeiskt perspektiv
- 2007:14 Stockholmsregionens hamnstruktur – underlag till ett förhållningssätt

- 2007:15 Transeuropeiska transportnätverk (TEN-T) i Stockholm-Mälardalenregionen
- 2007:16 Vision, objectives and strategies for the regional development of Stockholm. Programme for a new Regional Development Plan (RUF2010)
- 2008:1 Kultur i regional utvecklingsplanering
- 2008:2 Folkhälsa i regional utvecklingsplanering

Program och förslag

- 2000:1 Stockholmsregionens framtid
En långsiktig strategi
- 2000:2 En region för framtiden
- 2000:3 Regionplan 2000
- 2000:4 Trafiken i regionplan 2000
- 2000:5 Ekonomisk tillväxt, förnyelse och integration
- 2000:6 Kompetensutveckling och FoU
- 2000:7 Östersjöperspektivet
- 2001:1 RUF2010 Regional utvecklingsplan för Stockholmsregionen
- 2001:2 RUF2010 Samrådsredogörelse
- 2002:1 Regional utvecklingsplan 2001 för Stockholmsregionen. Synpunkter på utställningsförslag
- 2002:2 Regional utvecklingsplan 2001 för Stockholmsregionen. Antagen regionplan
- 2003:1 Lägesrapport 2003 om förnyelse, integration och kompetens i Stockholmsregionen
- 2003:2 Insatser för förnyelse och integration i Stockholmsregionen – 2003
- 2003:3 Insatser för kompetens och FoU i Stockholmsregionen – 2003
- 2003:4 Regional Development Plan 2001 for the Stockholm Region
- 2004:1 Genomförande av RUF2010
- 2004:2 Aktualitetsprövningen av RUF2010
- 2006:1 Aktualitetsrapport – Aktualitetsprövning av RUF2010

Beställ från

Regionplane- och trafikkontoret
 Box 4414, 102 69 Stockholm
 Tel 08-737 44 92 Fax 08-737 25 66
 e-post: rtk@rtk.sll.se www.rtk.sll.se