



VÄSTRA
GÖTALANDSREGIONEN
FOLKHÄLSOKOMMITTÉN

Kartläggning

Folkhälsoarbetets organisering i Västra Götaland



VÄSTRA
GÖTALANDSREGIONEN

NOVEMBER 2010

Anne Svensson
Anna Svensson
Folkhälsokommitténs kansli

1 UPPDRAG	1
1.1 SYFTE.....	2
1.2 BAKGRUND	2
2 GENOMFÖRANDE	3
2.1 FOLKHÄLSOAVTAL.....	3
2.2 ENKÄTER.....	3
3 RESULTAT	4
3.1 FOLKHÄLSOPLANERARTJÄNSTEN	5
3.2 TVÄRSEKTORIELLT RÅD	7
3.3 STYRDOKUMENT	9
3.4 EKONOMI	12
4 REFLEKTION	14
Bilaga 1	16
Bilaga 2	17
Bilaga 3	18

1 Uppdrag

Våren 2010 diskuterade Folkhälsokommittén Västra Götalandsregionen det lokala folkhälsoarbetets organisering och hur samverkansformerna via avtal med kommunerna ser ut. Folkhälsokommittén ville få en ökad kunskap om folkhälsoarbetets organisering i Västra Götaland och ansåg att en kartläggning skulle kunna leda till erfarenhetsutbyte men också ge möjlighet till utveckling av folkhälsoarbetet. I maj 2010 antogs förslaget på uppdragshandling av Folkhälsokommittén och kartläggningen påbörjades, se bilaga 1.

1.1 Syfte

Att få ökad kunskap om folkhälsoarbetets organisering i Västra Götaland utifrån avtal mellan Västra Götalandsregionen och kommunerna.

Områden som studerats är folkhälsoplanerar-/samordnartjänsten, tvärsektorielltråd, styrdokument och ekonomi. En avgränsning har gjorts för Göteborgs stad, där endast vissa delar av avtalen redovisas. Detta på grund av pågående omorganisering av stadsdelarna.

1.2 Bakgrund

När Västra Götalandsregionen bildades 1999 fanns ett uttalat politiskt intresse för folkhälsoarbete. Västra Götalandsregionen agerade för att folkhälsoarbete skulle finnas i alla kommuner inom Västra Götaland och budgeterade riktade pengar till folkhälsoarbete. I varje kommun inom hälso- och sjukvårdsnämndsområdena skulle en person verka med ansvar för folkhälsoarbete (Hälso- och sjukvårdsstyrelsen budget, 1999.) Utgångspunkten för folkhälsoarbetet mellan Hälso- och sjukvårdsnämnderna och kommunerna var tvärsektoriell samverkan och regionen verkade för att tvärsektoriella råd skulle etableras i kommunerna i Västra Götaland.

En uppföljning av folkhälsoarbetet i Västra Götaland har genomförts 2003 i samarbete med Mössebergs forskningsstation. I den beskrivs organisation och planer men även prioriteringar av nämnder och kommuner.

2 Genomförande

Uppdraget har kommunicerats med hälso- och sjukvårdskanslierna och i RUFF-gruppen (Regional Utveckling För Folkhälsa). RUFF-gruppen är en samordnande arbetsgrupp för ett nätverk för folkhälsoarbete där representanter ingår från lokal, regional och nationell nivå. Utifrån uppdraget formulerades ett antal frågeställningar (se bilaga 2) som kartläggningen skulle besvara. Frågorna diskuterades med hälso- och sjukvårdskansliernas samordnare för folkhälsa och RUFF-gruppen.

Insamling av material för att besvara frågeställningarna har skett dels genom de avtal som är upprättade mellan hälso- och sjukvårdsnämnderna och kommunerna/stadsdelar gällande lokalt folkhälsoarbete, dels genom webbaserat enkätutskick till folkhälsoplanerarna/samordnarna i Västra Götaland.

2.1 Folkhälsoavtal

Avtalen mellan Hälso- och sjukvårdsnämnderna (HSN) och kommunerna/stadsdelarna gällande lokalt folkhälsoarbete är de starkast bindande dokumenten för det lokala folkhälsoarbetet. Därför samlades avtalen in och granskades. Avtalen kategoriserades efter folkhälsoplanerar/samordnartjänsten, tvärsektorielt råd, styrdokument och ekonomi. Sedan gjordes sammanställning utifrån likheter och skillnader. Kompletterande uppgifter och förtydliganden har inhämtats muntligt från den samordnande funktionen för folkhälsoarbetet på respektive hälso- och sjukvårdskansli (HSK).

2.2 Enkäter

De frågeställningar som inte gick att besvara utifrån avtalen inhämtades genom utskick av enkät till samtliga folkhälsoplanerare/samordnare. För utskick och bearbetning av data användes QuestBack, som är ett webbaserat verktyg för insamling och analys av data. 48 folkhälsoplanerare/-samordnare i Västra Götaland ombads svara på webbenkäten. Svarefrekvensen var hundra procent. Webbenkäten skickades inte ut till Göteborgs stad och inte heller till Göteborgs stads stadsdelar på grund av pågående omorganisation och sammanslagning av stadsdelarna.

3 Resultat

Det finns avtal mellan alla hälso- och sjukvårdsnämnder och kommuner inom respektive hälso- och sjukvårdsnämndsområde i Västra Götaland. Avtalen är fleråriga, oftast tre eller fyra år. Syftet med avtalen är att reglera samverkan och samfinansiering av främjande och förebyggande insatser i kommunen. Avtalen reglerar hälso- och sjukvårdsnämndens och kommunens åtagande. De omfattar även folkhälsoplanerarens/-samordnarens tjänst och uppdrag, det tvärssektoriella rådets sammansättning och uppdrag samt överenskommelser angående folkhälsoplaner och uppföljning. Det finns också ett flertal tilläggsavtal gällande folkhälsoarbete och insatser. Tilläggsavtalen (mellan Hälso- och sjukvårdsnämnderna och kommunerna) avser oftast en extra satsning på ett geografiskt område, en målgrupp eller en specifik insats.

Göteborgs Stad och HSN 5,11 och 12 har tidigare haft ett gemensamt centralt avtal för det befolkningsinriktade folkhälsoarbetet. Från 2010-01-01 tecknade HSN 5, 11 och 12 ett centralt avtal med Göteborgs Stad om stöd till det lokala folkhälsoarbetet. Samtidigt tecknades för första gången lokala avtal mellan respektive HSN och 19 av de nuvarande 20 stadsdelsnämnderna (SDN). Både det centrala och de lokala avtalen förlängs ett kalenderår i taget om inte uppsägning av avtalet sker. Utifrån de nya stadsdelarna behöver nya avtal mellan respektive HSN och SDN tecknas från 2011-01-01. För att säkra avtalen har avsiktsförklaringar skrivits. I avsiktsförklaringen är HSN och SDN överens om vissa förändringar.

Vid genomgång av avtalen upptäcktes få skillnader mellan de nämndområden som är knutna under samma hälso- och sjukvårdskansli. Därför redovisas resultatet utifrån Hälso- och sjukvårdens kansliområden. Då avvikelser förekommer som är av vikt utifrån frågeställningarna, anges detta. Nämndområdenas hälso- och sjukvårdskanslier:

HSN 1, 2, 3	Fyrbodals, HSK Uddevalla
HSN 4, 7	Mellersta och Södra Bohuslän, HSK Göteborg
HSN 5,11, 12	Göteborgs stad, HSK Göteborg
HSN 6, 8	Sjuhärads/ Mittenälvsborg, HSK Borås
HSN 9, 10	Skaraborg, HSK Mariestad

Här följer en sammanställning av resultat från genomgång av avtalen och enkätundersökningen. Denna rapport redovisar endast samverkansavtalen med kommunerna. Tilläggsavtalen redovisas inte. Hela resultatet av enkäten finns tillgänglig på följande länk fram till 2011-09-15:

<http://web2.easyresearch.se/APP/Reports/ReportViewer.aspx?P=5287.913551&Preview=false>

3.1 Folkhälsoplanerartjänsten

Alla avtal säkerställer att en tjänsteman ska arbeta med lokalt folkhälsoarbetet i respektive kommun i Västra Götaland. Detta kommer även att gälla de nya avtalen från 2011 med Göteborgs stads stadsdelar. I avtalen för Fyrbodalsområdet samt Mellersta och Södra Bohuslänsområdet står uttryckligen att tjänsten ska omfatta heltid och att kommunen ska vara huvudman. I avtalen för Mellersta och Södra Bohuslän står dessutom att det ska vara en tillsvidareanställning. Liknande skrivning finns även i avtalen för Sjuhärad/Mittenälvsborgsområdet, där det står att det ska finnas minst en årsarbetare anställd i kommunen.

Skaraborgsområdet skiljer sig från övriga områden då folkhälsoplaneraren har Västra Götalandsregionen som huvudman. Tjänstgöringsgrad finns inte omnämnt i avtalet, men det finns medel avsatta till en heltidstjänst i respektive kommun. HSN Göteborg har idag inte definierat någon tjänstgöringsgrad, men i avsiktsförklaringen mellan HSN och SDN avseende lokalt folkhälsoavtal 2011 är det inskrivet att tjänsten folkhälsoplanerare/samordnare ska omfatta en årsarbetare.

Enligt enkätsvaren är tjänstgöringsgraden i huvudsak 100 procent, endast sju folkhälsoplanerare/samordnare har lägre tjänstgöringsgrad (75-90 procent) i vissa fall inrymmer tjänsten även andra uppdrag. Men, det är endast två personer som har andra uttryckliga uppdrag i sin anställning som folkhälsoplanerare/-samordnare.

Ytterligare folkhälsoarbetare

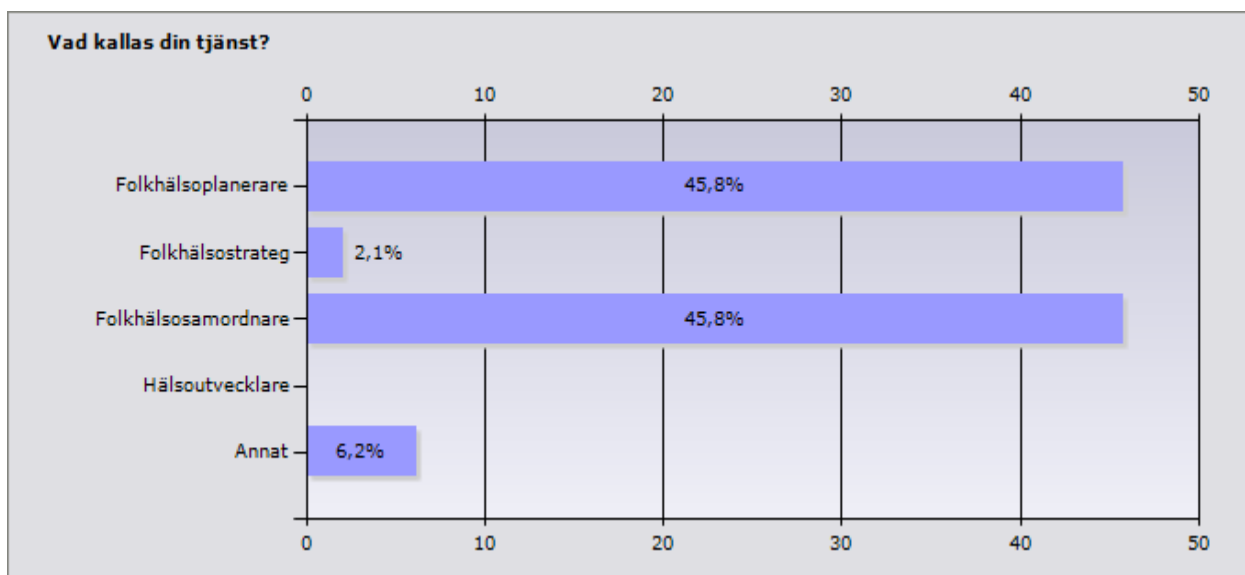
Det är många som arbetar med folkhälsoarbete utöver de tjänster som säkerställs enligt folkhälsoavtalen. 30 kommuner av 49 har ytterligare en eller flera personer som arbetar med specifika folkhälsouppdrag. Vanligast är drogsamordnartjänster eller liknande, vilket 21 kommuner har. Därefter kommer tjänster med inriktning mot ungdomar, vilket sex kommuner har. Andra tjänster är tex hälsoutvecklare och projektsamordnare. Utöver dessa finns det tjänster i ordinarie verksamhet där personer inom olika förvaltningar har mindre uppdrag inom folkhälsoarbetet eller tjänster inom områden som jämställdhet, integration eller demokrati.

I Borås stad finns det ytterligare två folkhälsotjänster som regleras via tilläggsavtal. De är avsedda för två stadsdelar. Dessutom finns ytterligare fyra personer som arbetar med olika folkhälsofrågor (varav tre personer 100 procent och en person 75 procent).

Tjänsterna benämning

I avtalen benämns tjänsten folkhälsoplanerare eller folkhälsosamordnare. Att benämningen skiftar visar också enkätsvaren, se tabell 1. I Fyrbodalsområdet är benämningen folkhälsosamordnare vanligast med det finns även folkhälsoutvecklare beroende på att namnen följer de tjänstebeteckningar som finns i respektive kommun.

Enkätsvaren visar att 71 procent av folkhälsoplanerarna/-samordnarna anser att yrkestiteln är representativ för deras arbete, men 25 procent anser inte att den är det. Majoriteten av folkhälsoplanerarna/-samordnarna vill byta titel till folkhälsostrateg. Detta anses vara passande då, ”arbetet ska ske på en strategisk nivå inom kommunen och strategen arbetar i liten utsträckning operativt längst ut i verksamheten.” I föreliggande rapport kommer yrkestiteln folkhälsoplanerare/samordnare användas.



Tabell 1

Utbildningskrav

Sjuhärad/Mittenälvsborgsområdet har krav på högskoleutbildning i folkhälsovetenskap eller likvärdig utbildning. Även i avtalen mellan respektive HSN och SDN i Göteborg står det att folkhälsoplaneraren/-samordnaren ska ha folkhälsovetenskaplig kompetens eller liknande. I Skaraborgsområdet och Södra Bohuslän finns utbildningskrav på folkhälsokompetens eller motsvarande när hälso- och sjukvårdskansliet annonserar ut tjänster.

Alla personer har svarat att de har läst minst en högskolekurs. Tabell 2 visar fördelningen för utbildningsnivå fördelat på HSK område. Av den framgår att HSK Uddevalla har flest folkhälsoplanerare/-samordnare som har kandidat och magisterutbildning i folkhälsovetenskap.

Yrkesroll

I samtliga avtal finns skrivningar om folkhälsoplanerarens/-samordnarens yrkesroll. Hur detaljerad beskrivningen är skiljer sig åt. I alla avtal finns skrivningar om att folkhälsoplaneraren/-samordnaren har en övergripande samordnade roll, ansvarar för uppföljning och redovisning. I Fyrbodals- och Skaraborgsområdets avtal står tydligt att folkhälsoplaneraren/-samordnaren arbetar på uppdrag av folkhälsorådet eller motsvarande. I

Mellersta och Södra Bohuslänsområde står det att folkhälsoplaneraren/-samordnaren ska vara sekreterare i rådet.

Diagram 3 visar på vems uppdrag folkhälsoplaneraren/-samordnaren arbetar. 53 procent svarade att de arbetar på uppdrag av folkhälsorådet, 8,5 procent svarar att de arbetar på uppdrag av sina chefer och 38 procent en kombination av dessa.

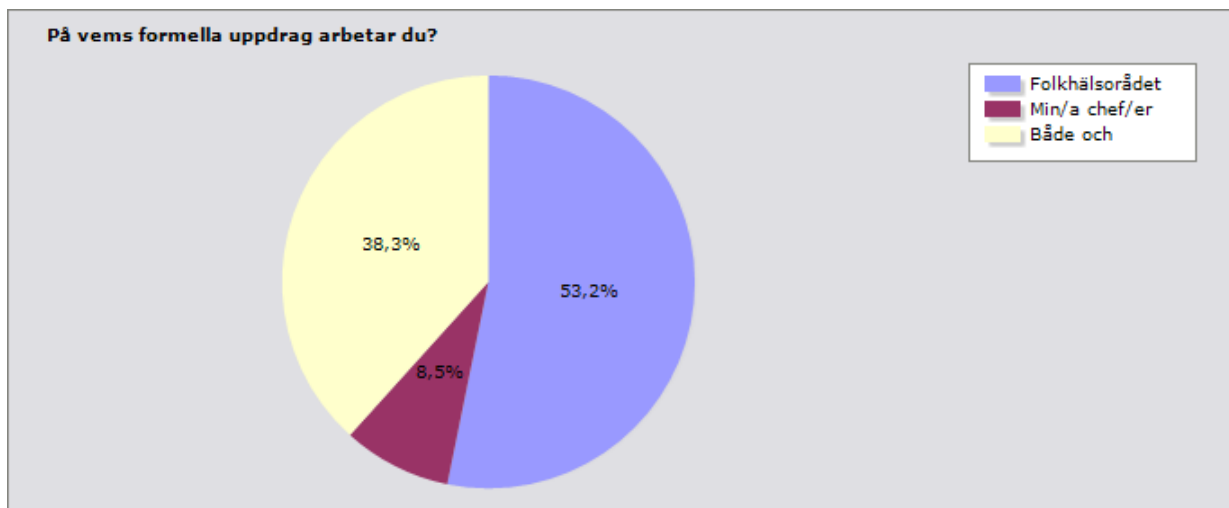


Diagram 2

Placering

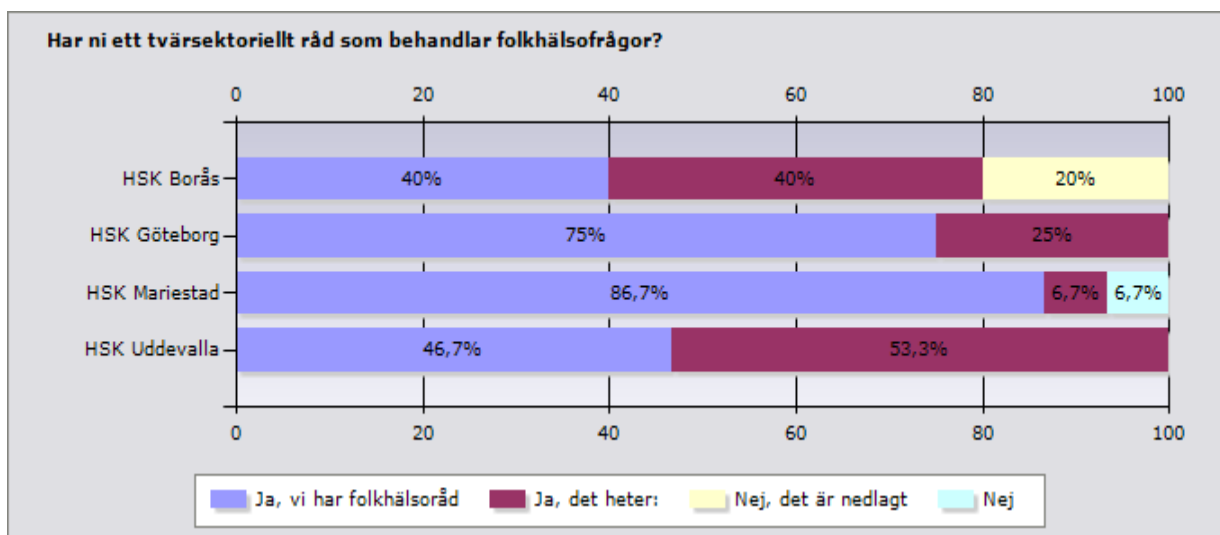
I enkäten ställdes frågan var folkhälsoplanerare-/samordnartjänsten är placerad i den kommunala organisationen, oavsett anställning i Västra Götalandsregionen eller i kommunen. 81 procent svarade kommunledning/kommunstyrelse/kommunförvaltning. 19 procent svarade annan förvaltning, t ex kultur och fritid, samhällsbyggnad/räddningstjänst eller utbildning.

Vad gäller den fysiska placeringen sitter 90 procent av folkhälsoplanerare-/samordnarna i kommunhuset. I Göteborgs Stad kommer tjänsten folkhälsosamordnare från januari 2011 att vara placerad i en utvecklingsenhet tillsammans med bland annat frågor som miljö och stadsplanering.

3.2 Tvärsektoriellt råd

De HSK-områden som i sina avtal har skrivningar om att det ska finnas tvärsektoriella råd är Skaraborg, Fyrbodals och Göteborg. I Skaraborgs och Mellersta och Södra Bohusläns finns även roll och uppgift beskrivna för rådet. I Boråsområdet har HSN 6 reglerat att det ska finnas gemensamt forum för folkhälsofrågor. HSN 8 har inga skrivningar om tvärsektoriellt råd i sina avtal. Däremot har båda skrivningar om kommunens respektive hälso- och sjukvårdsnämndens åtagande.

Enkätsvaren visar att 62 procent av alla kommuner i Västra Götaland har folkhälsoråd, fördelningen per HSK-område visas i tabell 4. Bland de kommuner som svarat att rådet inte heter folkhälsoråd har rådet i samtliga fall namn som anknyter till hälsa såsom folkhälsopolitiskt råd, hälsopolitiskt råd, styrgrupp folkhälsa, välfärdsråd osv. 41 procent av råden är sammanslagna med andra råd. Vanligast är en sammanslagning med brottsförebyggande råd, men även med råd som behandlar välfärdsfrågor och/eller demokrati.



Tabell 3

Rådets uppdrag enligt avtal

I Skaraborgs och Fyrbodals avtal ska folkhälsoarbetet ha en politisk styrning. Folkhälsorådets roll har tydliggjorts i avtalet i ett antal punkter i Skaraborgsområdets avtal. I Mellersta och Södra Bohuslänns avtal finns rådets uppgifter beskrivna och i flera av HSN 7:s avtal står det att folkhälsorådet är ett rådgivande organ. Majoriteten av de tvärsektorieella råden är just rådgivande men de kan även vara beslutande eller en kombination av rådgivande och beslutande, se diagram 5.

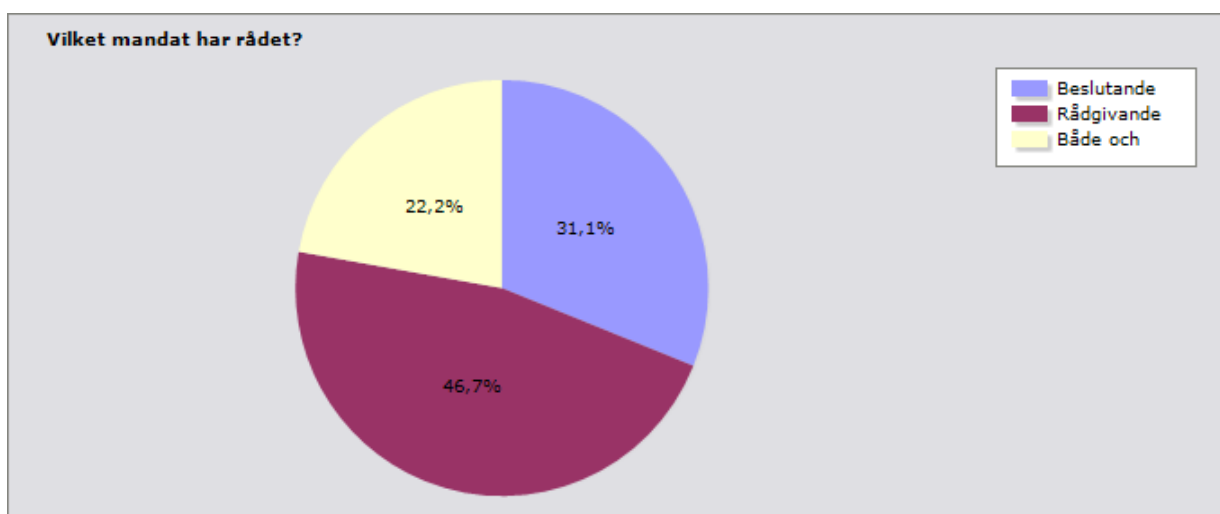
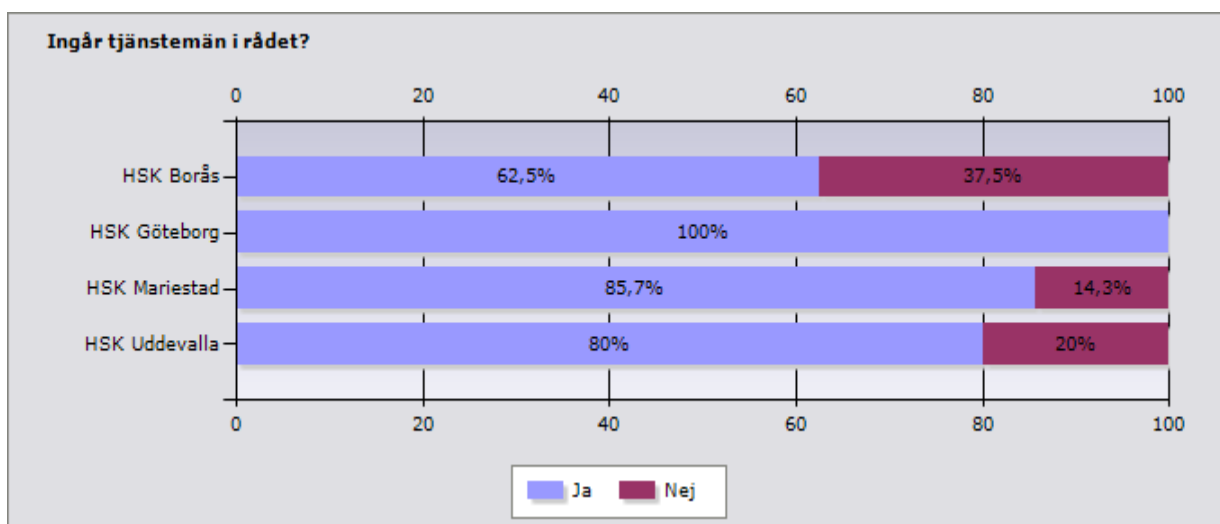


Diagram 4

Rådets deltagare

Politiker från kommunen och hälso- och sjukvårdsnämnderna ska ingå i folkhälsoråden enligt avtalen i Fyrbodals, Skaraborg samt Mellersta och Södra Bohuslän. I nuvarande avtal mellan HSN 5 och SDN i Göteborg finns inskrivet att båda avtalets parter ska vara representerade. Tjänstemännens medverkan ser däremot olika ut i avtalen. I vissa kommuner ingår de i rådet och i andra är de adjungerade. Även primärvårdens/tandvårdens och andra verksamheters medverkan i råden är i vissa avtal tydligt utskrivet. I Mellersta och Södra Bohuslän finns i flera avtal tydligt uppräknat vilka representanter, både politiker och tjänstemän, som ska delta i rådet.

Tabell 6 visar att majoriteten av de tvärsektoriella råden består av både politiker och tjänstemän. De tjänstemän som är vanligast förekommande är kommunchef, förvaltningschefer, chefer från hälso- och sjukvård och tandvård. Enligt enkätsvaren är ordförande i de tvärsektoriella råden oftast (i 38 svar av 45) kommunstyrelsen ordförande eller vice ordförande.



Tabell 5

3.3 Styrdokument

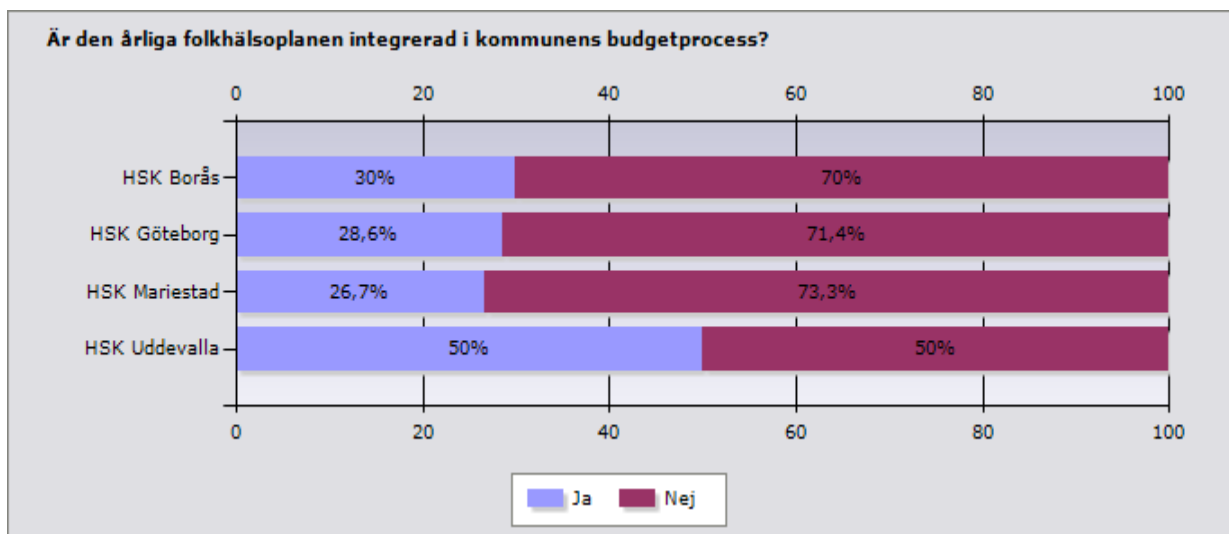
Till grund för avtalen i Fyrbodals, Borås, Skaraborg och HSN 4 ligger det nationella folkhälsomålet, mål och inriktningsdokument/balanserade styrkort eller liknande för hälso- och sjukvårdsnämnden samt lokala/kommunala styrdokument och planer för folkhälsoarbetet. HSN 7 har i avtalet angett att aktuella styrdokument för regionen, hälso- och sjukvårdsnämnden och kommunen skall vara vägledande. I de centrala och lokala folkhälsoavtalen mellan HSN 5, 11, 12 och SDN i Göteborg finns inskrivet att arbetet ska bygga på nationella mål, centrala styrdokument från Västra Götalandsregionen och Göteborgs Stad samt lokala mål och styrdokument från HSN och SDN.

Skrivningarna kring de regionala styrdokument, förutom nämndernas mål och inriktningsdokument, skiljer sig åt. Avtalen i Fyrbodalen och avtalen som HSN 4 har tecknat har Västra Götalandsregionens folkhälsopolitiska policy som utgångspunkt. Sjuhärad/Mittenälvsborg har den folkhälsopolitiska policyn och Vision Västra Götaland - Det goda livet (2005) som utgångspunkt. Skaraborg har inget regionalt styrdokument med i avtalen förutom hälso- och sjukvårdsnämndens ”Mål och Inriktning”.

Folkhälsoplan för kommunen

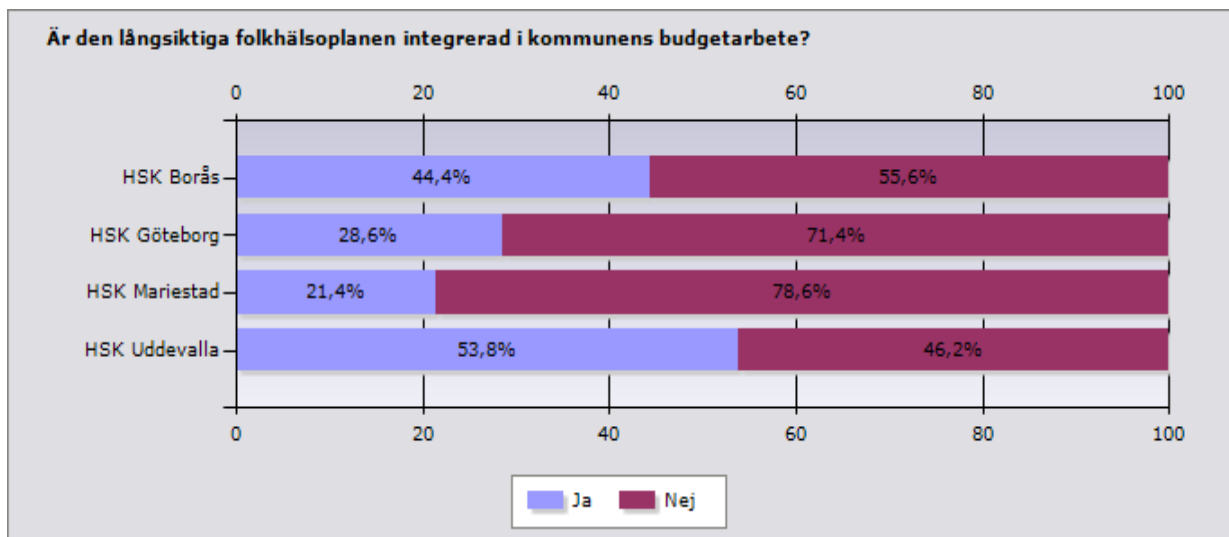
I alla avtal mellan HSN och kommunerna/stadsdelarna står det att årliga eller fleråriga folkhälsoplaner ska upprättas och revideras. I avtalen mellan respektive HSN och SDN i Göteborg finns dessutom reglerat att parterna årligen ska formulera gemensamt prioriterade mål för folkhälsoarbetet i respektive stadsdel.

I enkätsvaren framgår att den årliga folkhälsoplanen är integrerad i ordinarie budgetprocess i 35 procent av kommunerna. I tabell 7, redovisning på HSK-område, framgår att HSK Uddevalla har den högsta andelen integrerade folkhälsoplaner. Av enkätsvaren framgår också att i 23 kommuner är folkhälsoplanen antagen i kommunfullmäktige och 11 kommuner antagen av kommunstyrelsen. 90 procent av kommunerna har en långsiktig folkhälsoplan.



Tabell 6

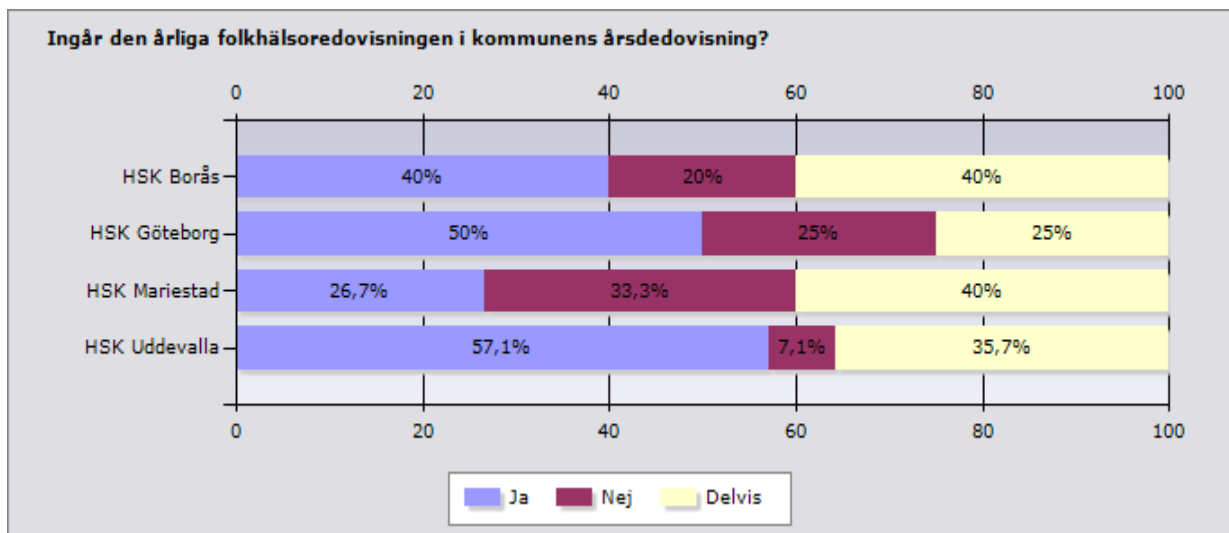
Majoriteten av kommunerna i Västra Götaland har inte den långsiktiga folkhälsoplanen integrerad i kommunens budgetarbete. Av tabell 8 framgår att endast i HSK Uddevallaområdet har fler än hälften av kommunerna sin plan integrerad i kommunens budgetarbete.



Tabell 7

Årlig uppföljning av folkhälsoarbetet i kommunen

I samtliga avtal finns inskrivet att årlig uppföljning ska sändas in till hälso- och sjukvårdsnämnden. Huruvida uppföljningen av folkhälsoarbetet är integrerat i kommunens årsredovisning skiljer sig åt och detta regleras inte i avtalen. I tabell 9 visas om den årliga folkhälsoredovisningen ingår i kommunens årsredovisning fördelat på HSK-område. HSK Uddevalla är det område där flest kommuner angett att folkhälsoredovisningen är integrerad i kommunens årsredovisning.



Tabell 8

3.4 Ekonomi

Nedan följer en sammanställning över Hälso- och sjukvårdsnämndernas avsatta medel för folkhälsoarbete via avtalen med kommunerna. Noteras bör att sammanställningen inte försöker ge en totalbild över pengar som satsas på folkhälsoarbete i regionen. Utöver följande redovisning finns medel för folkhälsoarbete från HSN via tilläggsavtal och överenskommelser. Ytterligare pengar som tillkommer kommunerna kan vara i samband med olika insatser finansiering från exempelvis Länsstyrelsen, Statens folkhälsoinstitut, Folkhälsokommittén, EU-projekt etc. Det redogörs heller inte om kommunen satsar andra pengar på folkhälsoarbetet utöver den motprestation som regleras i avtalet. Hälso- och sjukvårdsnämndernas ersättning per kommun enligt folkhälsoavtalen redovisas i bilaga 3.

HSN 1, 2, 3

Hälso- och sjukvårdsnämnderna 1 och 2 avsätter för perioden 2008-2011 årligen 750 000 kr som ett fördelningstak till respektive kommun med krav på 50/50-finansiering. Av dessa medel är 250 000 kr avsatta till folkhälsoplanerar/-samordnartjänsten. Parterna ansvarar gemensamt för finansieringen av insatser utifrån gemensamt framtagna mål samt för lön och omkostnader för en heltidstjänst som folkhälsoplanerare/samordnare.

Avtalen som HSN 3 har tecknat med kommunerna överensstämmer med de i HSN 1 och 2 men beloppen varierar mellan kommunerna. Till Lilla Edet avsätts årligen 1 000 000 kr, Trollhättan 2 400 000 kr, Uddevalla 2 250 000 kr och till Vänersborg 1 750 000 kr. Även i dessa avtal är 250 000 kr avsatta för folkhälsoplanerar/-samordnartjänsten. Avsikten med fördelningstak är att styra kommunerna mot ett arbetssätt där folkhälsoarbetet integreras i den ordinarie budgetprocessen. Vid jämförelse utifrån invånarantal varierar hälso- och sjukvårdsnämndernas ersättning per invånare mellan 44 och 156 kr/invånare inklusive folkhälsoplanerartjänsten.

HSN 4, 5, 7, 11,12

Avtalen för HSN 4 och 7 med kommunerna baseras på 50/50-finansiering av folkhälsoplanerar/-samordnartjänsterna och folkhälsoverksamheten. I överenskommelsen mellan HSN 4 och kommunerna har ersättningen slagits fast utifrån vad kommunen beslutat satsa på folkhälsoavtalen. HSN 4 går därefter in med motsvarande belopp. Vid jämförelse mellan kommunerna i området utifrån invånarantal skiftar ersättning från HSN 4 till kommunerna från 16 till 29 kr/invånare inklusive folkhälsoplanerartjänsten.

HSN 7:s ersättning till kommunerna ligger mellan 10 och 17 kr/invånare inklusive folkhälsoplanerartjänst. Förutom avtalen har HSN 4 och 7 ytterligare tilläggsavtal med kommunerna för riktade insatser.

Avtalet som HSN 5, 11 och 12 tecknat med Göteborgs Stad gäller det centrala stödet t ex informationsinsatser, kompetenshöjande insatser och metodutveckling inom områdena

alkohol, tobak, droger och föräldrastöd. Avtalet förutsätter 50/50-finansiering och hälso- och sjukvårdsnämnderna avsätter tillsammans 1 600 000 kr för 2010. I avtalen mellan respektive HSN och SDN avsattes för 2010 maximalt 235 000 kr per part för folkhälsosamordnare och tvärsektorieellt arbete. Till grund för 2011 års nya avtal mellan HSN 5,11 och 12 och stadsdelsförvaltningarna har avsiktsförklaringar tecknats mellan parterna. I avsiktsförklaringarna är utgångspunkten 50/50-finansiering med 470 000 kr per part. Det avsatta beloppet är avsett för folkhälsoplanerartjänst och verksamhetsmedel, varav 250 000 kr är avsatt till tjänsten.

HSN 6, 8

I båda nämndområdena avsätts 360 000 kr per kommun för samfinansiering av folkhälsoplaner/-samordnartjänsten. Förutom detta har båda nämnderna avtal med kommunerna angående folkhälsoinsatser enligt avtal. HSN 6 har avsatt 12 kr/invånare mot att kommunen förbinder sig att avsätta motsvarande. Alla kommuner har också möjlighet att teckna ett tilläggsavtal med HSN med en fördjupad inriktning mot ett av de nationella målområdena. Tilläggsavtalet har ett maximibelopp på 8 kr/invånare och kräver att kommunen avsätter motsvarande. Alla kommuner inom nämndområdet har tecknade tilläggsavtal.

HSN 8 har avsatt 16 kr/invånare med motsvarande belopp från kommunen. Möjlighet till tilläggsavtal finns med ett maximibelopp på 5 kr/invånare med 50/50-finansiering. Alla kommuner har tecknade tilläggsavtal. Tilläggsavtalet med Borås Stad skiljer sig åt då det gäller en extra satsning på två stadsdelar. HSN 8 finansierar med 750 000 kr, med krav på motsvarande från kommunen, två tjänster och verksamhetsmedel till de två stadsdelarna.

HSN 9 10

HSN 9 och 10 har enligt folkhälsoavtalen med kommunerna i området en 50/50-finansiering av folkhälsoverksamheten i enlighet med antagna folkhälsoplaner/verksamhetsplaner och budget. Parterna avsätter årligen 10 kr/invånare till folkhälsorådets budget i kommunerna. I Skaraborg är folkhälsoplaneraren anställd av Västra Götalandsregionen men kommunen ansvarar för kostnaderna för kontorsadministration, fortbildning m.m.

4 Reflektion

Kartläggningen ger en översiktlig bild av hur folkhälsoarbetet är organiserat i Västra Götaland. Utgångspunkten är samverkan mellan Västra Götalandsregionen och kommunerna och stadsdelarna. Detta återspeglas i folkhälsoavtalen som visar på ömsesidigt ansvar mellan kommunerna och Västra Götalandsregionens angående folkhälsoarbetet.

Sammanställningen av avtalen och svaren från enkäten visar på många likheter inom regionen men också på olikheter. De flesta avtalen bygger på gemensamt ansvar och gemensam finansiering av folkhälsoarbetet där kommunen och Västra Götalandsregionens hälso- och sjukvårdsnämnd går in med motsvarande insats. Även vid sammanställningen av enkätsvaren syns många likheter men påtagligast är att svaren visar på tydlig följsamhet mot avtalen.

Organiseringen av folkhälsoarbetet i Västra Götalands kommuner utgår från intentionen som Västra Götalandsregionen hade när regionen bildades. Regionen verkade för att det skulle finnas en tjänsteman samt ett tvärsektoriellt råd i varje kommun för att hantera folkhälsofrågor. Denna modell för organisering avspeglas fortfarande i alla kommunerna, även om formen för den tvärsektoriella samverkan skiljer sig åt mellan kommunerna.

Folkhälsoarbetets förankring i kommunens ordinarie arbete är avgörande för möjligheten till ett framgångsrikt långsiktigt arbete. Ett sätt att söka svar på frågan om förankring var frågan om hur integrerat folkhälsoarbetet är i den ordinarie kommunala budgetprocessen. Enkätsvaren visar på skillnader mellan nämndområdena men vad de faktiska skillnaderna innebär mellan områdena är svårt att uttala sig om utifrån enkätsvaren.

Hur mycket medel som avsätts till folkhälsoarbetet enligt avtalen skiljer sig åt mellan hälso- och sjukvårdsnämnderna. Kartläggningen redovisar endast de medel som är reglerade via folkhälsoavtalen och flera nämnder har ytterligare avtal och överenskommelser med inriktning på specifika verksamheter eller insatser riktade till kommunerna. För att få en heltäckande bild av Västra Götalandsregionens ekonomiska satsning på folkhälsoarbetet skulle samtliga avtal och överenskommelser gällande folkhälsoinsatser behöva sammanställas. Ett genomgående drag är däremot att de medel som går till insatser via avtalen är finansierade till lika delar av kommunen och hälso- och sjukvårdsnämnden. Beloppets storlek per invånare som avsätts till folkhälsoinsatser skiljer sig åt mellan kommunerna, men skillnaderna på antalet invånare i kommunerna i Västra Götaland är också stora. I arbetet för ökade förutsättningar för en jämlik hälsa har några nämnder och kommuner, via folkhälsoavtalet, gjort gemensamma extra satsningar på socioekonomiskt utsatta kommuner/stadsdelar.

Modellen för folkhälsoarbetets organisering i Västra Götaland, med avtal tecknat med respektive kommun innehållande ansvarig tjänsteman, tvärsektoriell samverkan och i huvudsak delad finansiering, anses vara en stabil struktur. Modellen är etablerad och ger stabilitet till att bedriva folkhälsoarbete över tid.

I budget för 2011 har regionstyrelsen ett uppdrag att utforma en regional folkhälsomodell i samverkan med kommunerna. Folkhälsokommitténs kartläggning 2010 över folkhälsoarbetsorganisering skulle kunna vara ett underlag och utgångspunkt i det fortsatta arbetet med att utveckla en folkhälsomodell för Västra Götaland. Vid en utformning av ny modell bör, förutom en beskrivande kartläggning, en analys göras av vad som är framgångsfaktorer och vad som behöver förbättras utifrån nuvarande modell.



Folkhälsokommitténs kansli

Referens

Datum

Diarienummer

Anne Svensson, Anna Svensson

2010-05-11

FOLKHÄLSOKOMMITTÈN

Uppdragshandling avseende en kartläggning av den lokala folkhälsoorganisationen och dess samverkansformer inom kommunerna i Västra Götaland

Folkhälsokommittén beslutade vid sitt sammanträde den 26 mars, §39/2010, att uppdra åt folkhälsochefen att till nästa sammanträde redovisa en uppdragshandling avseende en kartläggning av den lokala folkhälsoorganisationen och dess samverkansformer inom kommunerna i Västra Götaland.

Ett förslag till uppdragshandling har upprättats. Bilaga

Förslag till beslut

Folkhälsokommittén godkänner förslaget till uppdragshandling avseende en kartläggning av den lokala folkhälsoorganisationen och dess samverkansformer inom kommunerna i Västra Götaland.

Folkhälsokommittén förklarar uppdraget till folkhälsochefen enligt ovan fullgjort.

Folkhälsokommitténs kansli

Johan Jonsson

Anne Svensson

Anna Svensson

Frågeunderlag

Folkhälsoplanerartjänsten

- Tjänstgöringsgrad?
- Vad kallas tjänsten (strateg/planerare mm) ?
- Tjänstens uppdrag enligt avtal?
- Vilken utbildning har folkhälsoplaneraren?
- Var är tjänsten organisatorisk placerad i kommunen?
- Var är tjänsten fysiskt placerad i kommunen?
- På vems uppdrag arbetar folkhälsoplaneraren ?
- Finns det andra personer som arbetar med folkhälsa i kommunen?

Tvärsektoriellt råd,

- Finns det ett tvärsektoriellt råd i kommunen? Ja/nej
- Vad heter det?
- Vem är ordförande?
- Ingår tjänstemän i rådet? (HSK/kommunen/primärvård, frivilligsektorn, polisen, mm)
- Vilket mandat har rådet (rådgivande/beslutande)?
- Är det tvärsektoriella rådet som behandlar folkhälsa sammanslaget med andra råd ex brottsförebyggande, i så fall när och varför?

Styrdokument

- Finns det en årlig folkhälsoplan för kommunen? Ja/nej
- Är folkhälsoplanen integrerad i kommunen övergripande styrdokument?
- Finns det en långsiktig folkhälsoplan för kommunen? Ja/nej
- Är den långsiktiga folkhälsoplanen integrerad i kommunen övergripande styrdokument?
- Har regionala styrdokument har beaktats i utformning av kommunens folkhälsoplan?
- Om ja, vilka regionala styrdokument?
- Har andra styrdokument som har anknytning till folkhälsa beaktats, i så fall vilka?
- Görs årlig uppföljning?
- Är folkhälsoredovisningen integrerad i den kommunala årsredovisningen?

Ekonomi

- Enligt avtal

Nämndernas verksamhetsmedel till folkhälsoarbete 2010.

Nedan redovisas ersättningen från Hälso- och sjukvårdsnämnderna i Västra Götalandsregionen som avsätts till lokalt folkhälsoarbete enligt folkhälsoavtalen. Avtalen omfattar insatser (*kan gulmarkerade tas bort?*) samt folkhälsoplanerar/-samordnartjänsten. Att göra en helt jämförande redovisning har inte varit möjligt eftersom det i vissa avtal inte går att utläsa kostnaden för folkhälsoplanerartjänsten. För förtydligande av tabellen nedan, läs text sidan 13-14.

Kommun	Inv.	Kr/inv	Folkhälsoplanerar/samordnartjänster
HSN 1			
Munkedal	10 245	49 kr	+ 250 000 kr till folkhälsoplanerartjänst
Lysekil	14 535	34 kr	+ 250 000 kr till folkhälsoplanerartjänst
Orust	15 327	33 kr	+ 250 000 kr till folkhälsoplanerartjänst
Strömstad	11 607	43 kr	+ 250 000 kr till folkhälsoplanerartjänst
Sotenäs	9 170	54 kr	+ 250 000 kr till folkhälsoplanerartjänst
Tanum	12 271	41 kr	+ 250 000 kr till folkhälsoplanerartjänst
HSN 2			
Bengtstors	9 841	51 kr	+ 250 000 kr till folkhälsoplanerartjänst
Dals-Ed	4 788	104 kr	+ 250 000 kr till folkhälsoplanerartjänst
Färgelanda	6 744	74 kr	+ 250 000 kr till folkhälsoplanerartjänst
Mellerud	9 442	53 kr	+ 250 000 kr till folkhälsoplanerartjänst
Åmål	12 545	40 kr	+ 250 000 kr till folkhälsoplanerartjänst
HSN 3			
Lilla Edet	12 773	59 kr	+ 250 000 kr till folkhälsoplanerartjänst
Trollhättan	54 873	39 kr	+ 250 000 kr till folkhälsoplanerartjänst
Uddevalla	51 518	39 kr	+ 250 000 kr till folkhälsoplanerartjänst
Vänersborg	36 871	40 kr	+ 250 000 kr till folkhälsoplanerartjänst
HSN 4			
Ale	27 323	29 kr	Inklusive folkhälsoplanerartjänst (50%)
Kungälv	40 727	16 kr	Inklusive folkhälsoplanerartjänst (50%)
Stenungsund	23 983	17 kr	Inklusive folkhälsoplanerartjänst (50%)
Tjörn	14 961	24 kr	Inklusive folkhälsoplanerartjänst (50%)
Öckerö	12 292	26 kr	Inklusive folkhälsoplanerartjänst (50%)
HSN 5, 11,12			
Göteborg stad	500 197		Centralt avtal 1,6 Mnkr
HSN 5 - SDN avtal			235 000 kr, inklusive folkhälsoplanerartjänst (50%) i sex av de nio avtalen. I avtalet mellan HSN 5 och SDN Älvsborg avsätts 117 500 kr. Med SDN Södra Skärgården finns inget avtal.
HSN 11 - SDN avtal			235 000 kr, inklusive folkhälsoplanerartjänst (50%)
HSN 12 - SDN avtal			235 000 kr, inklusive folkhälsoplanerartjänst (50%)

HSN 6			
Alingsås	37 247	12+8 kr	+ 360 000 kr för folkhälsoplanerartjänst
Herrljunga	9 280	12+8 kr	+ 360 000 kr för folkhälsoplanerartjänst
Lerum	38 085	12+8 kr	+ 360 000 kr för folkhälsoplanerartjänst
Vårgårda	10 976	12+8 kr	+ 360 000 kr för folkhälsoplanerartjänst
HSN 7			
Härryda	33 580	9 kr	+ 275 000 kr för folkhälsoplanerartjänst
Mölnadal	59 812	5 kr	+ 300 000 kr för folkhälsoplanerartjänst
Partille	33 802	9 kr	+ 300 000 kr för folkhälsoplanerartjänst
HSN 8			
Bollebygd	8 232	16+5 kr	+ 360 000 kr för folkhälsoplanerartjänst
Borås	101 487	16 kr	+ 360 000 kr för folkhälsoplanerartjänst, + tilläggsavtal 750 000 kr
Mark	33 807	16+5 kr	+ 360 000 kr för folkhälsoplanerartjänst
Svenljunga	10 313	16+5 kr	+ 360 000 kr för folkhälsoplanerartjänst
Tranemo	11 721	16+5 kr	+ 360 000 kr för folkhälsoplanerartjänst
Ulricehamn	22 706	16+5 kr	+ 360 000 kr för folkhälsoplanerartjänst
HSN 9			
Essunga	5 625	10 kr	+ Folkhälsoplanerartjänst (100%)
Falköping	31 349	10 kr	+ Folkhälsoplanerartjänst (100%)
Grästorp	5 851	10 kr	+ Folkhälsoplanerartjänst (100%)
Götene	13 085	10 kr	+ Folkhälsoplanerartjänst (100%)
Lidköping	37 922	10 kr	+ Folkhälsoplanerartjänst (100%)
Skara	18 518	10 kr	+ Folkhälsoplanerartjänst (100%)
Vara	15 868	10 kr	+ Folkhälsoplanerartjänst (100%)
HSN 10			
Hjo	8 809	10 kr	+ Folkhälsoplanerartjänst (100%)
Gullspång	5 371	10 kr	+ Folkhälsoplanerartjänst (100%)
Karlsborg	6 790	10 kr	+ Folkhälsoplanerartjänst (100%)
Mariestad	23 825	10 kr	+ Folkhälsoplanerartjänst (100%)
Skövde	50 610	10 kr	+ Folkhälsoplanerartjänst (100%)
Tibro	10 662	10 kr	+ Folkhälsoplanerartjänst (100%)
Tidaholm	12 693	10 kr	+ Folkhälsoplanerartjänst (100%)
Töreboda	9 256	10 kr	+ Folkhälsoplanerartjänst (100%)