

Folkhälsa – ”Inte bara en morot i handen”

En kvalitativ studie av det kommunala folkhälsoarbetet i Västra Götalandsregionen

Författare: Elin Millén, Johanna Sälgeback

Folkhälsovetenskapligt program
med hälsoekonomi, 180 hp

Examensarbete i folkhälsovetenskap med
hälsoekonomi I, VT 2012

Omfattning: 15 hp

Handledare: Erik Söderberg, Gunnel Hensing

Examinator: Carin Staland-Nyman

Sahlgrenska akademien



Svensk titel: Folkhälsa - "Inte bara en morot i handen" – en kvalitativ studie av det kommunala folkhälsoarbetet i Västra Götalandsregionen

Engelsk titel: Public Health – "More than just a carrot in the hand" – a qualitative study of the municipal public health work in Region Västra Götaland

Författare: Elin Millén och Johanna Sälgeback

Program: Folkhälsovetenskapligt program med hälsoekonomi 180 hp
Examensarbete i folkhälsovetenskap med hälsoekonomi I, VT 2012

Omfattning: 15 hp

Handledare: Erik Söderberg och Gunnel Hensing

Examinator: Carin Staland-Nyman

Sammanfattning

Introduktion: I regeringens proposition "En förnyad folkhälsopolitik" lyfts kommunerna fram som några av de viktigaste aktörerna. Utifrån dess breda verksamhet har kommunerna goda möjligheter att påverka invånarnas hälsosituation. **Syfte:** Syftet med studien är explorativt och undersöker hur kommunala folkhälsosamordnare i Västra Götalandsregionen arbetar samt vilka eventuella hinder de upplever i sitt arbete. Detta studeras utifrån frågeställningar om organisering, styrdokument och implementering. **Metod:** Insamling av data har skett via intervjuer med åtta kommunala folkhälsosamordnare i åtta kommuner i Västra Götalandsregionen. Intervjuerna har spelats in och transkriberats för att sedan analyseras med hjälp av manifest innehållsanalys. **Resultat:** Utifrån intervjuerna framkom två centrala teman: Strategier för att integrera folkhälsoperspektivet samt Strategier för implementering av folkhälsoarbetet. Strategier för integrering handlade om hur folkhälsosamordnaren använder sig av de styrdokument som finns för folkhälsoarbetet samt hur folkhälsoarbetet organiserades i kommunen, till exempel om kommunen använde sig av folkhälsoråd och var i organisationen folkhälsosamordnaren var placerad samt vilken roll detta spelade för arbetet. Under temat om implementering av folkhälsoarbetet diskuterades samordnarens arbetssätt samt vilka faktorer som påverkade implementeringsarbetet. **Diskussion:** Då folkhälsosamordnaren själv inte kan genomföra det operativa arbetet handlar dennes arbete i mångt och mycket om att få andra att arbeta utifrån ett folkhälsoperspektiv. För att detta ska fungera krävs ett sektorsövergripande arbete där alla kommunala förvaltningar och nämnder ser sin del i folkhälsoarbetet samt samverkar sinsemellan. Viktiga faktorer som hjälper till att förverkliga detta är att det i folkhälsorådet finns politiker och tjänstemän med höga mandat samt att det finns ett avtal med Hälso- och sjukvårdsnämnden vilket fungerar som ett stöd för arbetet. **Slutsats:** En stor del av folkhälsosamordnarnas arbete var att göra folkhälsoarbetet kommunövergripande. Detta arbete påverkades av organisatoriska faktorer samt individers förhållningssätt, engagemang och kunskap. Respondenterna framhöll vikten av att organisera folkhälsoarbetet utifrån den lokala kontexten.

Abstract

Introduction: In the Swedish government's public health policy the municipalities are emphasized as one of the most important actors. Based on their broad range of operations the municipalities have good opportunities to influence the health situation of its citizens. **Aim:** The purpose of this study is to investigate how the local public health coordinators in Region Västra Götaland are working and what barriers they experience in their work. This is done based on questions about governance, policy documents and implementation. **Method:** Data collection has been made through interviews with eight local public health coordinators in eight municipalities in Region Västra Götaland. The interviews were recorded and transcribed and then analyzed using manifest content analysis. **Result:** Based on the interviews two central themes were found: Strategies for integration of the public health perspective and Strategies for implementation of the public health work. Strategies for integration focused on how the public health coordinator used the governing documents related to public health and how the public health work in the municipality was organized, for example if the municipality used a public health council and where in the organization the public health coordinator was located and how this affected the work. The second theme focused on implementation of public health work and here the coordinators' work was discussed as well as what factors affected the implementation work. **Discussion:** As the public health worker alone cannot implement the operational work their task is mainly to get other people to work from a public health perspective. This requires a multidisciplinary work involving all city councils and boards, that they see their part in the public health work and collaborate and participate. Important factors that help to achieve this is that the public health council consists of politicians and civil servants with high seats and also that there is an agreement with the health- and medical board which serves as a support of the work. **Conclusion:** A major part of the public health coordinators' work was to make the public health question community-wide. This work was influenced by organizational factors and individuals' attitudes, commitment and knowledge. Respondents emphasized the importance of organizing public health efforts by the local context.

Key words: local public health work, public health coordinator, multisectoral, integration

Innehåll

1. Inledning.....	1
2. Bakgrund	1
2.1 Lokalt folkhälsoarbete	1
2.2 Folkhälsoarbetet i Västra Götalandsregionen.....	1
2.3 Styrdokument	2
2.4 Samverkan	3
2.5 Implementering.....	4
2.6 Begrepp och definitioner	5
3. Teoretisk referensram	5
3.1 Skandinavisk institutionell teori	5
4. Syfte.....	6
5. Metod.....	6
5.1 Studiedesign	6
5.2 Urval	6
5.3 Genomförande	7
5.4 Analys	8
5.5 Etiska överväganden.....	8
6. Resultat	9
6.1 Strategier för att integrera folkhälsoperspektivet	9
6.1.1 Struktur för det kommunala folkhälsoarbetet.....	10
6.1.1.1 Folkhälsoråd – en stjälpande eller hjälpande faktor?	10
6.1.1.2 ”Vi har 2500 folkhälsoarbetare”	11
6.1.1.3 Folkhälsosamordnarens placering – för status och legitimitet.....	12
6.1.1.4 Politikernas komplexa uppdrag	13
6.1.2 Riktlinjer och styrdokument	14
6.1.2.1 Att förhålla sig till många olika styrdokument	14
6.1.2.2 Vilken roll spelar avtalet med Hälso- och sjukvårdsnämnden?	16
6.1.2.3 Att skriva sina egna uppdrag	16
6.2 Strategier för implementering av folkhälsoarbetet	17
6.2.1 Folkhälsosamordnarens strategier	17
6.2.1.1 Att arbeta brett kräver ett brett angreppssätt	17
6.2.1.2 Framgångsfaktorer för att stärka folkhälsoarbetet	17

6.2.1.3 Samordnarens roll och arbetssätt	19
7. Diskussion	19
7.1 Strategier för att integrera folkhälsoperspektivet	20
7.1.1 Stöd och engagemang	20
7.1.2 Mål – för vem?	21
7.1.3 Vikten av beslut för att förändring ska ske	22
7.2 Strategier för implementering av folkhälsoarbetet	23
7.2.1 Att få andra att bli bärare av frågan	23
7.2.2 Översättning till den lokala kontexten	23
7.2.3 Sälja in perspektivet – folkhälsosamordnarens roll	24
7.3 Metoddiskussion	25
8. Slutsats	27
8.1 Studiens centrala fynd	27
8.2 Praktiska implikationer	28
9. Referenser	29
Bilaga 1 - Översikt områdesindelning	
Bilaga 2 - Intervjuguide	

1. Inledning

Kommuner har med sin breda verksamhet goda möjligheter att påverka människors förutsättningar för en god hälsa genom till exempel en bra äldreomsorg, skola, socialtjänst och ett hälsofrämjande samhällsbyggande (1). I regeringens proposition ”En förnyad folkhälsopolitik” från 2008 tillmäts kommunernas och landstingens arbete stor vikt (2). För att kunna arbeta framgångsrikt med denna typ av frågor så har samtliga kommuner inom Västra Götalandsregionen minst en person anställd som arbetar specifikt med folkhälsofrågor (3). I denna studie undersöks närmare hur dessa personer arbetar.

Studien ska också fungera som ett komplement till den utvärdering av det regionala folkhälsoarbetets organisering som under 2012 utförs av Göteborgs Universitet på uppdrag av Kommittén för folkhälsofrågor.

2. Bakgrund

2.1 Lokalt folkhälsoarbete

Det lokala folkhälsoarbetet kan se ut på många sätt, men enligt en kartläggning från 2009 hade 72 % av Sveriges kommuner en särskild styrgrupp för folkhälsofrågor, liknande ett folkhälsoråd, en nästan lika stor andel hade särskilda mål för denna verksamhet och cirka hälften hade en folkhälsopolitik (1).

Mer än sju av tio kommuner hade en särskild tjänsteman som arbetade med frågorna. Titeln varierade från folkhälsosamordnare till folkhälsoplanerare, folkhälsostrateg eller liknande (1). För enkelhetens skull kommer vi härmed att referera till denna person som folkhälsosamordnare.

Att ha en folkhälsosamordnare anställd i kommunen har visat sig vara en framgångsfaktor för att systematisera folkhälsoarbetet (4). Folkhälsosamordnarens roll och arbetsuppgifter varierar beroende på kommunens organisatoriska, ekonomiska och politiska förutsättningar men vissa gemensamma drag verkar förekomma. Dessa är bland annat att arbetet innebär en komplex roll med mycket att förhålla sig till i en miljö där många professioner arbetar tillsammans. Arbetet verkar i stor utsträckning handla om samarbete med olika aktörer samt kräver ett stort mått av situationsanpassning (4).

2.2 Folkhälsoarbetet i Västra Götalandsregionen

I Västra Götalandsregionen ansvarar kommunerna tillsammans med regionen för folkhälsoarbetet (5). Inom regionen delas ansvaret mellan Kommittén för folkhälsofrå-

gor och de tolv hälso- och sjukvårdsnämnderna (HSN). Kommitténs uppgift är bland annat att utveckla metoder för folkhälsoarbete, vara rådgivande i folkhälsofrågor i regionen, ta initiativ till nya satsningar samt följa upp tidigare insatser. Hälso- och sjukvårdsnämndernas uppgift är att utveckla och förstärka det lokala folkhälsoarbetet. Detta görs främst via samverkansavtal med kommunerna. Varje nämnd samverkar med tre till åtta kommuner (se bilaga 1), avtalen med dessa rör kommunens respektive nämndens åtaganden samt hur verksamheten ska finansieras (3). Avtalen kan exempelvis röra folkhälsosamordnarens roll, utbildning och organisatoriska placering, om kommunen skall ha ett folkhälsoråd eller ej samt vilka som i så fall ska ingå där och vad rådet har för uppgift samt vilken typ av styrdokument kommunen ska ha i sitt folkhälsoarbete. Två av nämnderna, östra och västra Skaraborg (HSN 9 och 10) har valt att organisera sitt arbete på ett annat sätt genom en folkhälsoenhet som organisatoriskt tillhör Hälso- och sjukvårdskansliet Mariestad. Detta innebär att folkhälsoplanerarna i dessa kommuner är anställda av regionen men fysiskt är placerade ute i kommunerna (6).

Kommittén och nämnderna är politiska organ som på tjänstemannanivå motsvaras av Enheten för folkhälsofrågor och hälso- och sjukvårdsnämndernas kansli, HSK (3). Hälso- och sjukvårdsnämndernas kansli är organisatoriskt ett kansli men finns fysiskt i Uddevalla, Mariestad, Borås och Göteborg och samarbetar med två till fem hälso- och sjukvårdsnämnder var (se bilaga 1). Enheten för folkhälsofrågor arbetar på uppdrag av Folkhälsokommittén med att bland annat ta fram underlag för folkhälsopolitiska beslut, samordna regionens folkhälsoarbete och samverka med andra aktörer i regionen som arbetar med folkhälsa (7).

2.3 Styrdokument

Det finns ett flertal typer av riktlinjer och styrdokument att ta hänsyn till i folkhälsoarbetet, allt från WHO:s globala millenniemål ner till lokala folkhälsopolicies inom kommunerna. Därtill finns specifika riktlinjer för arbete med speciella målgrupper, såsom barnkonventionen. På nationell nivå finns i Sverige en antagen proposition för folkhälsoarbetets inriktning (2). I denna beskrivs elva målområden för folkhälsa med det övergripande målet ”att skapa samhälleliga förutsättningar för en god hälsa på lika villkor för hela befolkningen.” För utförandet av detta anses kommuner och landsting ha ett stort ansvar och ska enligt propositionen lägga extra fokus på målgrupperna barn och unga samt äldre. I propositionen framhålls även vikten av att värdera långsiktiga effekter högre än vad som gjorts tidigare då många av folkhälsoarbetets vinster förväntas komma först i framtiden. Enligt regeringen finns mycket att vinna på detta då stora besparingar kan göras genom förebyggande arbete (2).

Regionalt finns en vision som antagits av regionstyrelsen, Vision Västra Götaland- Det goda livet (8). Visionen ska utgöra basen för allt arbete som görs i regionen och ett av de fem fokusområden som lyfts i visionen är ”En god hälsa”. Detta tillsammans med det övergripande nationella målet och de elva målområdena utgör grunden för de sex utmaningar som lyfts i regionens folkhälsopolitiska policy som antogs av region-

fullmäktige år 2009 (9). Dessa utmaningar är att skapa förutsättningar för jämlika och jämställda livsvillkor, trygga och goda uppväxtvillkor, livslångt lärande, ökat arbetsdeltagande, åldrande med livskvalitet samt goda levnadsvanor (9).

Kommunerna bestämmer själva hur de vill genomföra sitt folkhälsoarbete. Det finns här flera strategier att välja mellan, kommunen kan exempelvis ha en särskild policy för folkhälsoarbetet eller välja att integrera folkhälsoperspektivet i ordinarie styrdokument såsom verksamhetsplan och budget (1). Enligt en kartläggning som gjorts i regionen under 2010 är folkhälsoplanen integrerad i ordinarie budgetprocess i 35 % av kommunerna (3).

I Västra Götalandsregionen regleras folkhälsoarbetet i kommunerna också av det samverkansavtal som skrivs med respektive hälso- och sjukvårdsnämnd och som revideras med några års mellanrum (3). Förutom att avtalet kan reglera till exempel folkhälsorådets sammansättning och dess uppgifter och folkhälsosamordnarens placering och dennes uppgifter så ingår även vilken typ av insatser som ska genomföras. Det kan till exempel vara att kartlägga ungdomars drogvanor, öka kunskapen om folkhälsofrågor i kommunen eller att utvärdera tidigare insatser. Hur arbetet ska finansieras framgår även det av samverkansavtalen, i samtliga avtal finansierar parterna 50 % var vilket ger folkhälsosamordnaren två huvudmän. I HSN 9 och 10 (Skaraborg) är dock hela folkhälsosamordnartjänsten i alla kommuner finansierade av nämnderna.

2.4 Samverkan

Många folkhälsoproblem är komplexa och för att tackla dessa behövs insatser från ett flertal olika aktörer och organisationer. De arbetar då tillsammans för att uppnå sådant som de inte kan uppnå på egen hand, detta kallas för samverkan (10). Samverkan är en komplicerad process kring vilken det finns mycket forskning. Nedan presenteras några av de faktorer vilka beskrivs som viktiga för att samverkan ska lyckas.

En grundförutsättning för att samverkan ska uppstå är att alla parter anser att det finns ett problem som de tillsammans kan lösa. En annan förutsättning för att samverkan ska uppfattas som en bra strategi är att det finns ett gemensamt syfte och att samtliga parter får ut någonting av arbetet (11).

Samverkan underlättas av att målen för samverkan dels är realistiska och relativt avgränsade (12, 13) samt att de ligger nära de mål som aktörerna har inom sina respektive verksamheter (14). Samverkan kan även påverkas av att aktörerna har olika kulturer, olika mandat samt olika arbetssätt (13, 15). Det underlättar om personerna som ska ingå i samverkansarbetet har en positiv attityd till detta och har ett engagemang för arbetet (13, 16) samt att de har en bra relation och tillit till varandra (13). Vidare är det en främjande faktor med ett bra ledarskap och så kräver samverkan tillräckligt med resurser för att nå framgång (11, 13).

2.5 Implementering

Implementering är en process som inkluderar flera delar. Först så finns det en idé om att någonting skulle kunna förbättras, sedan fattas ett beslut kring detta, vilket ska fattas på rätt nivå i organisationen, sedan ska det planeras och efter detta så kommer, förhoppningsvis, en faktisk förändring (17). Därefter ska metoden integreras i verksamheten och efter utvärdering och justeringar förhoppningsvis institutionaliseras och bli en bestående del av verksamheten. För att en idé eller metod ska implementeras krävs alltså först och främst ett problem vilket detta kan avhjälpa samt att inblandade aktörer ser detta och anser att presenterad förändring skulle vara en lämplig lösning (17).

Enligt Miller (18) finns fyra nyckelfaktorer för en lyckad implementeringsprocess. Den första är att det finns gott stöd för det som ska implementeras, för bästa resultat bör detta komma både från chefer och från de som praktiskt förväntas arbeta med förändringen. Att chefer eller beslutsfattare har ett kontinuerligt intresse och engagemang kring frågan är av stor vikt, då implementeringsprocessen hela tiden hålls uppe och risken för att intresset svalnar och dör är mindre. Vidare menar Miller att tillgänglighet, specificitet och kulturell mottaglighet är de andra faktorer som främst inverkar på hur väl implementeringen fungerar. Det innebär att det bör vara tydligt vad målet är samt vad som krävs för att nå det. Att ha ett tydligt mål är också en faktor som förenklar uppgifterna på resan dit. Att dessa uppgifter eller moment är tydliga gör det lättare för personalen att arbeta med dem. Vidare är det en förutsättning att organisationen är kulturellt mottaglig för förändringen (18).

Ytterligare faktorer som påverkar implementeringsprocessen är bland annat att det nya överensstämmer med rådande värderingar och arbetssätt inom organisationen, att metoden är lättanvänd och inte uppfattas som krånglig samt att man ganska snabbt kan se resultat (17). Då folkhälsoproblem ofta kan kräva komplexa lösningar så innebär detta en svårighet i implementeringsarbetet. Det kan ofta vara så inom folkhälsoområdet att man vill implementera en metod eller ett arbetssätt inom en verksamhet för att detta ska ge utslag i en annan verksamhet. Exempelvis inom skolan för att detta sedan ska ge utslag i hälso- och sjukvården. Ett annat hinder för implementeringen är att folkhälsoinsatser ofta inte ger resultat förrän långt fram i tiden, detta gör det svårare att motivera införandet av den typen av insatser och förändringar. Och det gör att verksamheterna som ska utföra implementeringen inte ser meningen med detta och när dessa har fullt upp med att uppnå sina egna mål så innebär detta svårigheter i implementeringsarbetet. Detta kan avhjälpas genom att hitta andra fördelar, som ger utslag även i den berörda verksamheten, exempelvis genom att peka på att barn som inte röker klarar skolan bättre (17).

2.6 Begrepp och definitioner

Här förklaras ord och uttryck som vi återkommande använder oss av.

Folkhälsoråd - en arbetsgrupp för det kommunala folkhälsoarbetet. Dessa är utformade på olika sätt i olika kommuner, en del är helt politiska, andra består av både tjänstemän och politiker (19). I rådet kan även representanter från externa aktörer såsom polis och räddningstjänst, samordningsförbund och primärvården ingå.

Folkhälsosamordnare - uppfattas ibland som någon som arbetar regionalt med folkhälsoarbete. Vi använder ordet som en titel på den tjänsteman i kommunen som arbetar med att planera, initiera och driva folkhälsoarbetet.

Hälso- och sjukvårdskansli – tjänstemannaorganisation i Västra Götalandsregionen som arbetar för att stödja hälso- och sjukvårdsnämndernas arbete (20).

Hälso- och sjukvårdsnämnd - politiska organ i Västra Götalandsregionen vars uppgift är att arbeta för en god och jämlik hälsa i regionen (21).

Implementering - att förverkliga och genomföra det arbete som beslutats om. Vi har använt begreppet för att tala om hur folkhälsosamordnarna praktiskt arbetar med genomförande av folkhälsoarbetet.

Integrering - att förena en del med en annan för att ingå i en helhet. Exempelvis att arbeta in folkhälsoperspektivet i en kommuns ordinarie styrmodell. Begreppet används här för att förklara det arbete som sker på en mer strukturell nivå.

Lokalt folkhälsoarbete - innebär i detta fall det folkhälsoarbete som utgår från kommunen.

Sektorsövergripande arbete - används här som ett uttryck för arbete som involverar flera av en kommuns verksamhetsområden.

Styrdokument - innefattar i detta sammanhang alla de policys, planer och avtal som folkhälsoarbetet har utgå från på nationell, regional och lokal nivå.

3. Teoretisk referensram

3.1 Skandinavisk institutionell teori

Institutionell teori inom organisationsteorin ser organisationer som institutioner. Den institutionella teorin har utvecklats främst inom USA, i Skandinavien har den delvis tagit en annan väg och kallas därför Skandinavisk institutionell teori. Denna inriktning är särskilt intresserad av förändringar inom organisationer då dessa kan avslöja existerande organiseringsmönster (22). Man ser förändring som en blandning av intentioner, slumpmässiga händelser och institutionella normer istället för som en konsekvens av strategiska val.

Den institutionella teorin beskriver hur förändringar sker inom organisationer. Detta kan förstås genom så kallad översättning. Översättning är inom den skandinaviska institutionella teorin ett centralt begrepp för att förstå organisationsförändringar. Det innebär att någonting flyttas ifrån ett sammanhang till ett annat. Genom översättningsprocessen omformas idéer, modeller eller metoder av det nya sammanhanget genom anpassning och omformning, så kallad redigering. Översättning är alltså en beskriv-

ning av den process där idéer, strukturer och praktiker sprids mellan organisationer. För att en idé ska översättas till faktisk handling krävs att idén verkar lovande och spännande (22).

Vidare ger teorin en förklaring till varför beslut och handling inte alltid behöver stämma överens. Att ett beslut tas betyder inte nödvändigtvis att det genomförs, detta kan bero på skilda ideologier inom organisationen. Beslut och genomförande är därmed särkopplade. För att ett beslut ska genomföras menar man att det krävs konkretisering, integrering och associering, det vill säga att de som är inblandade tar tag i genomförandet, att alla aktörer görs delaktiga samt att de resurser som krävs finns tillgängliga (22).

4. Syfte

Syftet med studien är explorativt och undersöker hur kommunala folkhälsosamordnare i Västra Götalandsregionen arbetar samt vilka eventuella hinder de upplever i sitt arbete. Detta görs utifrån följande frågeställningar:

- Hur påverkar folkhälsoarbetets organisering folkhälsosamordnarnas arbete?
- Hur påverkar styrdokumentet folkhälsosamordnarnas arbete?
- Hur arbetar folkhälsosamordnarna med implementering?

5. Metod

5.1 Studiedesign

För att besvara studiens frågeställningar valdes en kvalitativ ansats i form av intervjuer. Denna typ av metodologi används för att få en djupare förståelse för människors upplevelser, uppfattningar och erfarenheter av det studerade ämnet (23). En forskningsintervju är en särskild form av samtal där kunskap skapas genom ett samspel mellan forskare och informant där man utbyter synpunkter och uppfattningar vilket ger en större förståelse för varandras verklighet (24).

5.2 Urval

Ett strategiskt urval av kommuner gjordes utifrån geografisk placering. Två kommuner från varje Hälso- och sjukvårdskansli valdes ut med undantag från Göteborg Stad vilket valdes bort på grund av en nyligen genomförd omorganisation vilket författarna ansåg skulle försvåra arbetet med att få en representativ bild av dessa organisationers

arbete. Att urvalet skett utifrån geografisk spridning beror på att författarna önskat undvika att alla kommuner arbetar utifrån samma Hälso- och sjukvårdsnämnd och därmed har delvis samma styrning samt för att få en nyanserad och rik bild av det kommunala folkhälsoarbetet. Intervjuerna genomfördes med respektive kommuns folkhälsosamordnare, då dessa ansågs vara navet för det kommunala folkhälsoarbetet samt besitta störst kunskap om ämnet.

5.3 Genomförande

Datainsamlingen till studien har skett genom intervjuer med åtta folkhälsosamordnare i åtta kommuner i Västra Götalandsregionen. Intervjuerna har skett utifrån en semi-strukturerad intervjuguide för att låta deltagarna relativt fritt beskriva folkhälsoarbetet i sin kommun samtidigt som ett visst mått av struktur underlättar för att se till att alla relevanta områden täcks in. Intervjuerna började med en öppen fråga där informanten ombads beskriva organisationen kring folkhälsoarbetet i kommunen. Enligt Trost (25) är en öppen men specifik fråga bra att inleda med för att skapa ett gott samtalsklimat. Efter att organisationen hanterats berörde intervjun främst styrdokument för folkhälsa samt implementering av folkhälsoarbetet (se bilaga 2).

Kontakt med folkhälsosamordnarna i de berörda kommunerna togs via telefon där tjänstemännen informerades om studiens syfte och ungefärlig tidsåtgång för intervju. Två av de kontaktade samordnarna hade inte möjlighet att delta under den tidsperiod som fanns att tillgå varför dessa ersattes med två andra utifrån samma urvalstanke som tidigare. Med de samordnare som slutligen tackade ja till att delta bokades möten in på respektive kommuns kommunhus/stadshus. Innan besöket fick alla deltagare ett mail med ytterligare information om studien samt upplysning om att intervjun kommer att spelas in, att informanten är anonym samt att denne när som helst kan avbryta intervjun eller välja att inte besvara en fråga. Vidare bifogades intervjuguiden i syfte att låta informanterna förbereda sig på vad samtalet skulle komma att handla om samt att ge dem möjlighet att tänka igenom vad de ansåg vara viktigt för frågeställningarna.

Intervjuerna genomfördes på av informanterna vald tid och plats, vilket i samtliga fall var på dennes arbetsplats. Att informanten väljer plats för intervjun möjliggör att denne kan känna sig trygg och bekväm i miljön (25). Den första intervjun fungerade som en pilotintervju där studiens frågeguide testades för att få en förståelse för huruvida frågorna var relevanta och fungerande i intervjusituationen. Då författarna ansåg att frågorna fångade det som var av intresse för studien så gjordes inga ändringar av frågeguiden. Inledningsvis informerades deltagarna ännu en gång om inspelning, anonymitet samt möjligheten att avbryta intervjun. Därefter behandlades de ämnen som tas upp i intervjuguiden men med utrymme för följdfrågor och klargöranden. Slutligen fick intervjupersonen möjlighet att själv lägga till eventuella ytterligare synpunkter eller tankar som denne tyckte relaterade till området. Intervjuernas längd varierade mellan 35 och 70 minuter.

5.4 Analys

Då alla intervjuer genomförts följde transkribering av dessa. Utskrifterna analyserades sedan med inspiration från manifest innehållsanalys (26). Genom att inspelningarna först lästes igenom och sedan lyssnades igenom än en gång möjliggjordes att hitta meningsbärande enheter som relaterade till syftet och som ansågs vara det manifesta innehållet, det vill säga det som uppenbart framgår i materialet. Det manifesta innehållet var sedan grunden för skapandet av kategorier och underkategorier. Utifrån analyserande av kategorierna hittades två genomgående teman utifrån vilka resultatet redovisas. Naturligtvis är denna kategorisering en förenkling av en mycket mer komplex verklighet, där denna metod får ses som ett verktyg för att hantera åtta människors uppfattningar och verkligheter. Därför kan en del underkategorier relateras till fler än en kategori och till mer än ett tema. Enligt Trost (25) finns ingen färdig mall för hur en kvalitativ studie genomförs från start till mål utan forskaren måste låta kreativiteten och fantasin vara ett verktyg i denna process. Trost menar vidare att det kan vara praktiskt att skilja på de tre stegen insamling, analys och tolkning men att det är en dynamisk process där en förflyttning mellan faserna ingår samt kan vara en fördel för resultatet. En del av analysen och tolkningen sker redan under intervjun, en del sker under skrivandet och andra delar vid vardagliga sysslor som att diska (25).

5.5 Etiska överväganden

Inför studien övervägdes ett antal etiska frågor, däribland risken för att intervjun på något sätt skulle kunna skada informanten. Då samtalen enbart fokuserat på deltagarens profession, inte privatliv, så menar författarna att risken för så kallade terapeutiska samtal, att intervjun blir känslomässigt jobbig för informanten, var minimal. Eventuella känsliga ämnen kan ändå finnas, exempelvis relationer till chefer och så vidare, varför deltagarna anonymiserades med förbehåll för att det i slutresultatet kan komma att framgå vilket Hälso- och sjukvårdskansli kommunen tillhör, detta godkändes muntligen av alla informanter. All insamlad data har behandlats konfidentiellt och kommer efter färdig behandling att förstöras.

Etiska överväganden har även gjorts när det gäller citatteknik. Det finns en risk för att ordagrann citering framställer informanten i dålig dager (25). Skrivet talspråk insprängt i en akademisk text skapar starka kontraster och kan göra att informanten själv vid läsning upplever sig ha blivit fördommad. Då det inte är formuleringarna som ska analyseras valdes därför att återge citaten i en mer skriftvänlig form.

6. Resultat

De genomförda intervjuerna har analyserats mot de frågeställningar kring organisering, styrdokument och implementering som uppsatsen bygger på. Utifrån dessa intervjuer framkom vissa områden som var centrala i folkhälsosamordnarnas arbete. Dessa har kategoriserats under två centrala teman vilka redovisas i tabell 1 nedan. Noteras bör att vi här skiljer på de två likartade begreppen ”integrering” och ”implementering”, där integrering handlar om att förena exempelvis ett perspektiv i ett befintligt arbetssätt medan implementering innebär att genomföra och förverkliga ett arbete eller arbetssätt.

Tabell 1 Teman och kategorier från intervjuer med folkhälsosamordnare i Västra Götalandsregionen

Tema	Kategori	Underkategori
Strategier för att integrera folkhälsoperspektivet	Struktur för det kommunala folkhälsoarbetet	Folkhälsoråd – en stjälpande eller hjälpande faktor?
		”Vi har 2500 folkhälsoarbetare”
		Folkhälsosamordnarens placering – för status och legitimitet
	Riktlinjer och styrdokument	Politikernas komplexa uppdrag
		Att förhålla sig till många olika styrdokument
		Vilken roll spelar avtalet med hälso- och sjukvårdsnämnden?
Strategier för implementering av folkhälsoarbetet	Folkhälsosamordnarens strategier	Att skriva sina egna uppdrag
		Att arbeta brett kräver ett brett angreppssätt
		Framgångsfaktorer för att stärka folkhälsoarbetet
		Samordnarens roll och arbetssätt

6.1 Strategier för att integrera folkhälsoperspektivet

Detta tema består av olika strategier som folkhälsosamordnarna använder sig av för att folkhälsoperspektivet ska bli sektorsövergripande. Sådana strategier framkom i samtliga intervjuer.

6.1.1 Struktur för det kommunala folkhälsoarbetet

Under denna kategori redovisas de områden som framkom under intervjuerna vilka var kopplade till hur folkhälsoarbetet påverkades av dess organisering.

6.1.1.1 Folkhälsoråd – en stjälpande eller hjälpande faktor?

Majoriteten av de medverkande kommunerna hade ett folkhälsoråd, antingen med endast politiker, från kommunen samt HSN, eller med även tjänstemän. De kommuner som inte hade ett folkhälsoråd hade tidigare haft ett sådant men beslutat att istället lägga över ansvaret för frågorna på kommunstyrelsen. Detta beskrev informanterna från dessa kommuner som en medveten strategi för att göra frågorna kommunövergripande.

I den här nya organisationen så är ju skillnaden att det är kommunstyrelsen så frågorna tas där, /.../ det här är ju bättre. Det är helt klart för då lever det inte ett eget liv utan det är en del av kommunens ordinarie arbete och rutiner.

Även i kommuner som hade ett folkhälsoråd fanns tanken på en alternativ organisering av arbetet. Det som upplevdes som en eventuell nackdel med att lägga ansvaret för folkhälsofrågorna hos kommunstyrelsen beskrevs vara en rädsla för att frågorna skulle försvinna bland alla andra frågor.

Det kanske egentligen skulle finnas bättre modeller, fast jag kan inte tänka så för att man ska ha ett folkhälsoråd, men säg att det var kommunstyrelsen eller någonting sådant som hade de frågorna, det man är rädd för då det är ju det att det prioriteras bort.

Detta var en farhåga som fanns även hos kommuner där kommunstyrelsen var ansvariga för frågorna. Något som respondenterna tyckte var viktigt att tänka på vid omorganisering till att ha kommunstyrelsen som styrgrupp för folkhälsoarbetet var att vissa delar kan bli löskopplade och plötsligt inte längre ha någon tydlig plats i organisationen, till exempel brottsförebyggande råd och liknande.

Sen finns det en brottsförebyggande arbetsgrupp. Som då har ansvaret för att samordna det brotts- och drogförebyggande arbetet. Och den har funnits hela tiden och frågan är ju hur den kommer in, det tar ju en stund innan allt faller på plats, var finns den nu i den här strukturen? Hur ser den ut?

En central faktor som togs upp kring rådets sammansättning var vikten av att ha höga mandat. Råden beskrevs ha genomgått en utveckling under de senaste tio åren till att i större utsträckning inkludera personer på höga chefsposter samt politiker vilka är

ordföranden i sina respektive nämnder. Detta ifrån att tidigare bestått av personer med ett personligt intresse men utan mandat vilket försvårade arbetet med frågorna.

Folkhälsoarbetet beskrevs som avhängigt i hur hög grad personerna i rådet tar med sig frågor och perspektiv tillbaka till sina respektive förvaltningar och nämnder. Det uttrycktes en frustration kring att detta inte gjordes i tillräckligt hög utsträckning. Intresset fanns under möten med rådet men sedan kunde det ofta avstanna. Detta skilde sig mellan kommuner och i vissa kommuner upplevde intervjupersonerna att frågorna bars vidare som tänkt. Även hos dessa personer beskrevs detta som en central del i arbetet.

Det som är svårt att få alla att ta med sig frågorna i sin egen vardag, i sina respektive nämnder. Man är väldigt engagerad när man är på våra möten och frågorna är inte svåra att diskutera men den här kopplingen mellan att ta med sig tillbaka och fram och tillbaka in i rådet det är ju något som man måste jobba aktivt med.

6.1.1.2 "Vi har 2500 folkhälsoarbetare"

Då folkhälsa och folkhälsoarbete beskrevs vara av stor vikt för hela kommunen och vars framgång var beroende av i hur stor utsträckning andra inom kommunen anammade perspektivet upplevdes spridningen av arbetet och perspektivet som en av samordnarens centrala uppgifter. Här handlade det främst om strategier som rörde det strategiska och övergripande perspektivet, hos politiker och chefer inom kommunen.

I det här nya folkhälsoavtalet har vi jobbat in att det verkligen ska ligga på en strategisk nivå. Det är ju någonting som alla får jobba för hela tiden för att det ska vara på den nivån.

Jag tror att vi kommer att bli mer framgångsrika om man kan få en känsla av att det finns i hela vår organisation. Vi är 2500 anställda i kommunen, vi har en folkhälsosamordnare, men vi har 2500 folkhälsoarbetare. Och lite grann det kan jag känna att vi behöver fundera över.

För de folkhälsosamordnare vars kommuner hade övergått från att ha ett folkhälsoråd till att göra kommunstyrelsen till ansvarig för folkhälsofrågorna så motiverades detta av att frågan då blev mer centralt placerad i kommunen och att frågorna då hamnade på den nivån där de hörde hemma.

När jag började jobba här så tyckte jag att det såg väldigt knasigt ut att frågor som egentligen är jätteviktiga kärnfrågor för en kommun ligger utanför ordinarie styrmodell.

6.1.1.3 Folkhälsosamordnarens placering – för status och legitimitet

Den egna placeringen inom organisationen beskrevs av vissa samordnare som en faktor vilken i stor utsträckning påverkade deras arbete, andra menade att placeringen var mindre viktig och att det istället var viktigt att ha en chef med god känsla för folkhälsoarbete. I de fall där chefen ansågs ha ett stort intresse och engagemang för folkhälsoarbetet upplevdes det som mindre viktigt med den exakta placeringen. Folkhälsosamordnarens arbete påverkades även av den övergripande synen på folkhälsoarbetet inom kommunen. Om arbetet sågs som kommunövergripande så beskrevs det som mindre viktigt var tjänsten låg placerad.

Sen är det också väldigt viktigt vem man har som närmsta chef. Och vad den har för känsla för folkhälsoarbete. Den behöver kanske inte vara kunnig inom det området för det är ju jag som ska vara det men den behöver ha ett intresse och ett driv kring det.

Så länge man har det övergripande perspektivet på mina uppdrag så har jag tyckt att det har varit väldigt bra att få arbeta på sektorsnivå för man är ingen som kommer ovanifrån och säger att nu ska ni göra det här utan man är en i gänget och man kan jobba via sina kanaler.

De som upplevde att tjänstens placering var viktig motiverade detta med att en central placering gav folkhälsoarbetet och folkhälsoperspektivet legitimitet och högre status och att det blev lättare att arbeta med frågorna utifrån den positionen. Placeringen är då viktig både i arbetet utåt mot förvaltningar och verksamheter i kommunen och även när det gäller kontakten med chefer, det var då en fördel att sitta nära kommunchefen och inte behöva ta slingriga vägar för att nå fram till personer med mandat att fatta beslut.

Att jag sitter på en utvecklingsavdelning som är så nära kommundirektören och de delarna det gör ju också att de här frågorna får en större genomslagskraft när jag jobbar med det.

Din utgångspunkt i organisationen måste sända rätt signaler. Sen kan du vara hur bra som helst men sitter du på fel sammanhang så har du uppförbacke. Så är det.

Av de intervjuade var det två personer som var anställda av regionen och inte av kommunen. Detta upplevdes som övervägande positivt. Fysiskt satt de placerade i kommunens lokaler och de arbetade med folkhälsofrågorna i kommunen, men hade en chef från regionen. En fördel med detta beskrevs vara en nära kontakt och samverkan med folkhälsosamordnarna i närliggande kommuner vilka delade chef, samt fördelen med att inte bli uppslukad av kommunens övriga arbete.

Jag har ju kollegor som är anställda eller jobbar utanför den här organisationen, och då tror jag att man är mer utlämnad till kommunen, det är lättare att man kanske blir uppäten av deras arbete. Jag kan ju

väldigt lätt hålla mig ifrån det om jag vill. Eftersom jag har enheten och så.

En fördel var också att de inte behövde vara uppdaterad på alla folkhälsofrågor, utan att de inom enheten hade ansvar för något område var och delade sedan med sig av sin kunskap till sina kollegor i de andra kommunerna.

Många av oss har olika uppdrag, så någon är fokuserad på alkohol och droger och någon är fokuserad på sex och samlevnad, så jag behöver inte känna att jag behöver vara uppdaterad på alla områden.

En nackdel med denna typ av organisering beskrevs vara att de kunde känna sig utanför i kommunen och inte alltid inkluderades då de exempelvis inte fanns med på mejllistor vilka var baserade på lönelistan. En annan nackdel kunde vara att det fanns en risk för att kommunen inte till fullo tog tillvara på kompetensen då de inte är med och bekostar den, men samordnarna upplevde ändå att de ansågs vara en viktig del av kommunens arbete.

Var det så då skulle jag naturligtvis jobba mer med aktuella frågor bara för kommunen säkert och det skulle också göra att de var mer intresserade och noga med att jag utnyttjades bra som resurs och så. Idag så bryr de sig väl inte så mycket för det är inget de bekostar, de står för lokal och så men inget annat. Men jag tycker ändå inte att det är så utan det är ömsesidigt givande och tagande och jag tror att de ser mig som en bra resurs.

6.1.1.4 Politikernas komplexa uppdrag

Då kommunen är en politiskt styrd organisation, och så även regionen så är det politikerna som beslutar kring prioriteringar och i tjänstemännens roll ingår således att följa politikernas beslut.

Det är politikerna som bestämmer vad som ska göras, och sen är du ju vi på tjänstemannanivå som ska utföra det.

Politikernas intresse och kunskap för folkhälsofrågorna upplevdes således vara av stor vikt för möjligheten till ett framgångsrikt arbete. Detta kunde vara ett hinder när intresset var lågt och en stark framgångsfaktor när intresset var stort. De intervjuade beskrev olika strategier för att påverka politikernas intresse. Dels gjordes detta genom politikerutbildningar och även genom att ta fram bra underlag och att prata för frågan. Att politikerna var kunniga i folkhälsofrågor ansågs vara en förutsättning för att arbetet skulle kunna utgå från en strukturell nivå i organisationen.

Det gäller ju för mig att prata, ta fram kartläggningar, statistik över hur det ser ut, skriva underlag och lägga fram en behovsbild helt enkelt, det här

gäller för vår kommun. Det här behöver vi jobba med, och få dem att tycka att det är en bra idé.

Att man förstår att folkhälsoarbete är inte bara en morot i handen ut och springa i skogen ungefär, alltså det handlar om okunskap, det är inte av oginhet eller av elakhet man inte förstår, utan man har inte kunskapen alltid.

Det beskrevs också som en svårighet att kommunpolitiker ofta har sitt politikeruppdrag vid sidan om sitt arbetsliv och därför har för lite tid till politiken vilket också gör det svårt att vara insatt i alla frågor. Några samordnare ansåg att politikerna hade för dålig kunskap om folkhälsa även om intresset ofta var stort.

Här sitter vi i denna bubbla varje dag och sen kommer de in en timme kanske. Som fritidspolitiker kanske du är på möte en gång i veckan, två gånger i veckan. Det är ju omöjligt att ha hela paletten där va, så nej, de känner inte till det tillräckligt.

Det märkliga är att under två mandatperioder så har jag nästan haft samma politiker men nu det sista så blev det ju skifte och så, så att då kom det helt nya politiker. Och det var ju inte helt lätt, jag blev jätteorolig för de är ju helt annorlunda och tycker annorlunda och så det känns som om man måste jobba jättelång tid med dem för att de har ju inte någon kunskap, även om de tycker att det är intressant.

6.1.2 Riktlinjer och styrdokument

Denna kategori behandlar hur folkhälsosamordnarna arbetade med samt förhöll sig till olika typer av styrdokument kopplade till deras arbete.

6.1.2.1 Att förhålla sig till många olika styrdokument

De intervjuade beskrev en rad olika styrdokument, från internationella till kommunala, vilka de förhåller sig till i sitt arbete. Styrdokumenten beskrevs som plattformen för arbete och som vägledande för prioriteringar och beslut.

Ja, och det förstår ni kanske om ni tänker på vad jag har sagt innan här, att det är ju någonting att luta sig mot. Inte minst avtalet med HSN är väldigt bra att ha i handen, annars skulle det fladdra ganska mycket om man inte har någonting att styra upp mot som man alltid kan gå tillbaka och titta på.

De mer övergripande målen på internationell, nationell och regional nivå bearbetas och kommunen väljer ut det som passar den lokala kontexten. Det beskrevs som viktigt att utgå ifrån de lokala behoven, föra en lokal process och diskussion och skapa egna dokument utifrån detta.

Även om man har nationella eller regionala riktlinjer så kan du ju kanske inte följa dem till punkt och pricka alltid utan du måste ändå hitta det lokala perspektivet på det. Så beror det på hur övergripande mål det är, men när vi ska jobba med hälsa på lika villkor, ja hur ser våra villkor ut? Det är klart att vi jobbar på olika sätt. Och det måste vi också göra.

Det framkom olika sätt att strukturera de kommunala styrdokumenterna på. Kommunerna hade antingen en separat plan eller policy för folkhälsoarbetet alternativt mål som var integrerade i kommunens övriga styrdokument. I samband med beskrivningarna av hur riktlinjerna såg ut gavs beskrivningar på hur dessa skulle spridas i kommunen och bli använda även inom andra områden. De intervjupersoner som uppgav att målen fanns i kommunens övergripande styrdokument motiverade detta med att det annars var lätt att en specifik plan eller policy för folkhälsoarbetet hamnade i ens eget knä och inte integrerades och användes i resten av kommunen. Detta skulle enligt respondenterna kunna innebära en risk för att målen inte skulle gå att uppnå då det inte är folkhälsosamordnaren som ensam ska arbeta med dem.

Folkhälsa som man säger är ett kommunövergripande ansvar, det är en strategisk fråga, då ska inte ett litet råd som folkhälsorådet sitta och skriva målen för alla verksamheter utan då ska de göra det själva.

Hos de som hade en plan eller policy för folkhälsoarbetet fanns det både de som ansåg att den endast var till för folkhälsorådet och de som beskrev att de aktivt arbetade med att nå ut med den till kommunens övriga verksamheter.

För att det ska ge bättre kraft, det är något jag jobbar för, att det ska bli mer för hela kommunen eller att alla ska se att det finns någon nytta med det. För det har blivit väldigt mycket bara en folkhälsoplan för folkhälsorådet, då blir det någon egen ö som liksom jazzar omkring här.

Över lag ansåg folkhälsosamordnarna att de kommunala planer och policys som fanns för folkhälsoarbetet speglade de behov som fanns i kommunen, vilket delvis berodde på att dessa ofta var relativt allmänt formulerade. Man menade också att det fanns utrymme för att arbeta med frågor som inte specifikt var uttalade i dessa dokument, om ett sådant behov skulle uppstå. Vidare upplevde man ibland att det fanns ett glapp mellan styrdokument och verklighet.

Sen är det det jag klurar på varje vecka nu, att vi distanserar oss och skriver massa fina ord och vi jobbar strategiskt och sen så blir det ett jäkla spann till verkligheten.

6.1.2.2 Vilken roll spelar avtalet med Hälso- och sjukvårdsnämnden?

Ett specifikt styrdokument vilket det talades kring var avtalet med regionen som samtliga kommuner har. Detta beskrevs som ett stöd i arbetet då kommunen har förbundit sig att arbeta med folkhälsa och inte hur som helst kan ändra riktning på arbetet. Att avtalet fanns upplevdes som positivt då det var ett stöd men inte detaljstyrde hur arbetet ska se ut.

Avtalet med regionen? Jo men det är ju också ett stöd då om det finns några som skulle vara motsträviga mot vissa frågor, så är det ju ändå ett avtal som är påskrivet av kommunalråd och kommundirektör och då borde de ju inte ha skrivit på det, utan det är ju faktiskt de två högsta i kommunen som har sagt att vi ska jobba åt det hållet.

Det beskrevs som en trygghet att ha ett avtal med regionen eftersom detta innebar att kommunen inte kunde dra ner på folkhälsoarbetet hur som helst.

Sen är detta ändå en rätt så stabil konstruktion, med region och kommun som har varit rätt många år och det är positivt med de här avtalen och det är rätt fantastiskt att man kan jobba så strukturellt i en region och få till det. Jag fattar inte det, att varje kommun har ett folkhälsoavtal det är rätt häftigt alltså. Så det måste ni också ha med att det är ju jättebra. Ur ett organisatoriskt perspektiv, att man får till det. Och man kan inte bara dra ner folkhälsoarbetet över en natt utan det är ändå ett avtal och så.

6.1.2.3 Att skriva sina egna uppdrag

Kring de kommunala styrdokumenten för folkhälsa fanns en stor påverkansmöjlighet från samordnarnas sida. De planer och policys som finns kring folkhälsa baseras ofta på folkhälsosamordnarens underlag. Det beskrevs även att folkhälsosamordnaren var den som skrev de riktlinjer som sedan antogs politiskt.

Jag kan se till att producera bra underlag till mina lokala kommunpolitiker. Alltså se till att vara påläst om hur folkhälsoläget är i kommunen och vad vi ser behöver göras. Och att föreslå det, att ge mina lokala kommunpolitiker bra underlag så att de kan fatta kloka beslut att det här behöver vi föra in i budgetarbetet eller vi behöver satsa mer på det här. Och ge det sen i uppdrag till förvaltningen så kommer det tillbaka till mig.

Sen här har jag ju jättestort mandat att påverka, absolut. Det är i stort sett jag som gör dem om jag ska vara riktigt ärlig. Så det är stor möjlighet.

6.2 Strategier för implementering av folkhälsoarbetet

Det andra av de två teman som identifierades var implementering av folkhälsoarbetet. Detta behandlar de strategier som folkhälsosamordnarna beskrev vilka syftade till att genomföra det som står i styrdokumentet och här presenteras faktorer vilka beskrevs som viktiga för implementering av styrdokumentet.

6.2.1 Folkhälsosamordnarens strategier

Här presenteras de strategier vilka folkhälsosamordnarna beskrev att de använde sig av i arbetet med att implementera folkhälsoarbetet i kommunen.

6.2.1.1 Att arbeta brett kräver ett brett angreppssätt

För att klara av att arbeta med alla delar i styrdokumentet menade samordnarna att det krävs en god samverkan inom kommunen. Ett brett stöd för frågan ansågs vara en viktig faktor för att detta ska kunna genomföras. Folkhälsosamordnarna beskrev sig vara beroende av att andra människor arbetar med frågorna och genomför insatser. Några samordnare beskrev hur de själva arbetar på alla nivåer, både operativt och strategiskt, trots att tanken är att själva genomförandet ska ske längre ut i förvaltningsarnas grenar.

Det finns mycket som jag bara har gjort och som jag gör för att det finns ingen annan som gör det. Det är ju så mycket. Man jobbar på alla nivåer kan jag säga. Jag kommer stå utanför systembolaget nu i maj och dela ut sådana här hjälp till stoppa lagningen.

Att sätta igång någonting och sen är det ingen som tar över den där bollen fast vi har jobbat med det i fyra, fem år. Och folk lovar att de ska ta bollen men det görs inte, för vi hinner inte, vi kan inte, vi orkar inte.

6.2.1.2 Framgångsfaktorer för att stärka folkhälsoarbetet

En framgångsfaktor som ofta återkom i intervjuerna var långsiktigheten. Det ansågs vara viktigt att det fanns tid för att förankra och skapa intresse för frågan eller insatsen. Vidare beskrevs även förankringen som av stor vikt för implementeringen. De som ska genomföra insatser eller på olika sätt arbeta med folkhälsa ute i kommunen måste se att det kopplar till de behov som finns i verksamheten. De måste äga frågan och vilja genomföra arbetet. Det måste också vara tydligt vem som faktiskt äger frågan för att något ska ske.

Det är de som ska vara bärare av idén och inte jag. Det är en framgångsfaktor.

Där tycker jag också att vi har haft en svårighet när det gäller implementering av vem som äger frågan i kommunen, alltså vilken sektor är det som någonstans ändå ska ansvara för olika saker.

För att arbetet ska kunna förankras beskrevs vikten av att låta processen ta tid. Om arbetet går för fort fram så kan det vara svårt att hinna få ett stöd hos aktörerna eller få dem att se vikten av insatserna. De svarande beskrev vidare att det kan finnas fördelar med att prata om folkhälsa med andra ord än folkhälsotermer och att lägga energi på att hitta kopplingar mellan det arbete som redan görs i kommunen och folkhälsa, även detta för att skapa stöd och intresse. Vidare pekades på vikten av att det arbete som läggs på andra förvaltningar även kopplar till dessas mål för att skapa en situation där alla får ut något positivt.

Och sen tror jag också att om berörda känner att det här blir en vinna-vinna för oss, det här är någonting som vi har sett själva och som vi vill utveckla så är det mycket lättare att implementera.

I samarbetet med förvaltningar och verksamheter inom kommunen uppfattas en annan framgångsfaktor vara att det finns ett beslut i frågan på en högre nivå, då är detta någonting som är vägledande och även ett stöd då arbetet stöter på hinder.

När det liksom är delegerat från högsta chefsnivå, man vet att det här är något som våra chefer vill att vi ska göra, då är det oftast väldigt enkelt att jobba.

För att kunna arbeta med folkhälsa beskrevs det som viktigt att det finns en god kunskapsbas för vad folkhälsa är. Detta är något som verkar ha förbättrats mycket under de senaste åren.

Vi har sakta jobbat oss upp, alla förstod ju inte vad folkhälsa var från början, det gör man ju fortfarande inte men det är mycket, mycket bättre.

Samverkan beskrevs som en framgångsfaktor i arbetet, både inom kommunorganisationen samt med externa aktörer såsom primärvård och räddningstjänst. I flera kommuner ansåg folkhälsosamordnaren dock att detta kunde vara svårt att få till, framför allt vad gäller samverkan med vårdcentralerna.

Primärvården är också svår tycker jag. För de är så sjuka. Och de har fullt upp med det.

6.2.1.3 Samordnarens roll och arbetssätt

I sin yrkesroll använder samordnaren sig själv som ett verktyg för att bedriva arbetet. Detta har att göra med erfarenheten och kunskapen som dessa personer har. Erfarenheten förenklar förankringsarbetet och samarbetet med andra inom kommunen.

Och våra nätverk och mitt nätverk är ju enormt, så jag vet ju idag efter många år här vart jag ska vända mig om jag behöver kalla ihop en arbetsgrupp.

Ett ämne som togs upp av flera samordnare var hur man gör för att få igenom sina förslag, hur man förankrar en idé hos de som ska besluta om den samt de som ska genomföra den. Detta handlar om huruvida man följer den beslutsprocess som finns, det vill säga att man låter frågan ta den rätta vägen från förslag till beslut i kommunstyrelsen eller om man bara kan rycka tag i en bra kontakt under en kafferast. Detta verkar skilja sig åt från samordnare till samordnare, men några uttryckte att kommunens storlek kunde påverka vilken strategi man använde sig av.

Man kan ha en idé, man kan jättelätt få den att gå i lås eller gå om intet genom att prata med fel person, det gäller att börja i rätt ände. Det gäller att prata med folk man vet håller med en lite grann. Det är ju ett litet rävspel också faktiskt.

Jag har jobbat i mindre kommuner, där är det bara att rycka tag i någon i fikarummet och prata lite så är det implementerat.

7. Diskussion

Det centrala fyndet som framkom i studien var hur respondenterna la stort fokus på att göra folkhälsoarbetet i kommunerna sektorsövergripande. Detta är någonting som i regeringens proposition från 2008 (2) beskrivs som nödvändigt för ett framgångsrikt folkhälsoarbete och det förefaller som om de intervjuade håller med om detta. Då deras roll enligt dem själva är samordnande och ska ligga på ett strukturellt plan snarare än på det operativa planet så krävs att andra aktörer inom och utanför kommunen arbetar med frågan och sätter på sig folkhälsoglasögonen. Dock är detta arbete inte enkelt och många hinder beskrevs. Här förs en diskussion kring de faktorer som av respondenterna beskrevs påverka deras arbete. Diskussionen presenteras under samma teman som resultatet.

7.1 Strategier för att integrera folkhälsoperspektivet

Här diskuteras det som i resultatet framkom kring hur folkhälsosamordnarna arbetade för att integrera folkhälsoarbetet i kommunen och för att göra folkhälsan till en strukturell fråga vilken uppfattades som relevant för hela kommunen. Här diskuteras även frågeställningarna kring hur organisering samt styrdokument påverkade arbetet.

7.1.1 Stöd och engagemang

En viktig faktor för folkhälsoarbetets genomslagskraft var enligt respondenterna organiseringen i kommunen. En bra organisering samt en central placering av den egna tjänsten beskrevs som viktig för att skapa en stabilitet och kontinuitet i arbetet och för att göra det mindre beroende av eldsjälarna som drivande kraft. I de fall där respondenterna upplevde att placeringen var mindre viktig så var detta beroende av en engagerad chef vilket blir sårbart ifall chefen av någon anledning skulle lämna sin post. Detta innebär att större fokus på en väl fungerande organisation skulle göra folkhälsoarbetet mindre sårbart och mindre beroende av individers intresse och engagemang. Eftersom folkhälsosamordnaren är beroende av att samverka och sprida synsättet i kommunen (4) så är denne förtjänt av en position inom organisationen som ger legitimitet och som underlättar samarbete med andra aktörer.

Ytterligare en viktig del av folkhälsosamordnarnas arbete handlade om att påverka de kommunala politikerna. För att göra folkhälsa till en strukturell fråga vilken berör hela kommunen och sedan kunna implementera folkhälsoarbetet ute i olika verksamheter så krävs ett intresse och engagemang från politikerhåll enligt de intervjuade. Här upplevdes att det fanns en kunskapsbrist hos många politiker vilket ansågs vara ett hinder i arbetet då denna beskrevs leda till brist på engagemang och stöd. Detta är viktiga delar i implementeringsprocessen enligt Miller och således ett hinder i arbetet om det saknas (18).

Flera samordnare pratade om vilka personer som var fördelaktigt att ha med i folkhälsorådet. Tidigare hade råden enligt respondenterna framförallt bestått av personer som brann för frågan, men de hade mer och mer ersatts av personer med stora möjligheter att påverka, till exempel förvaltningschefer och ordföranden i de kommunala nämnderna. Detta ansågs vara mer framgångsrikt då det gav rådet större inflytande. Dock ansågs det vara problematiskt att frågorna inte alltid togs vidare från folkhälsorådet till exempelvis de kommunala nämnderna. Eftersom implementeringsprocessen är starkt påverkad av ett intresse och engagemang hos chefer och beslutsfattare vilket så är detta en avgörande faktor för huruvida frågorna sprids i kommunen eller ej (18). Detta är alltså en problematik som måste tas på allvar inom kommunerna. Det är irrelevant hur intressanta diskussioner som förs inom rådet och hur engagerade de medverkande är på mötena ifall de inte tar med frågorna tillbaka och arbetar med dem även i andra sammanhang. Självklart finns inte någon enkel lösning på detta problem och de som sitter med i folkhälsorådet har många andra uppgifter på sina bord

och begränsat med tid. Oavsett så måste det finnas en aktiv diskussion kring hur detta problem ska lösas i de kommuner vilka det berör.

Det fanns många likheter i hur arbetet bedrevs i de olika kommunerna, och samtidigt flera olikheter. Samtliga hade folkhälsosamordnare och genom att alla hade avtal med respektive HSN så fanns genom detta mycket som var gemensamt för kommunerna. Alla de svarande uttryckte att de ansåg att avtalen med HSN var någonting som främjade folkhälsoarbetet. Då det inte är lagstadgat att kommuner ska arbeta med folkhälsa så innebär avtalet en stabilitet som annars skulle saknas. Det beskrivs som positivt att folkhälsoarbetet inte kan läggas ner hur som helst. Genom avtalen så visar beslutsfattare inom region och kommun sitt stöd och engagemang för att arbeta med folkhälsa och som väntat, enligt Millers teorier kring implementering, så innebär detta att arbetet underlättas (18).

7.1.2 Mål – för vem?

Ytterligare faktorer som påverkar implementeringen är tydlighet vad gäller mål och utförande (18). Om inte folkhälsoperspektivet finns med i kommunens övergripande styrdokument så är risken att det missas ute i förvaltningar och verksamheter. Det är därför viktigt att folkhälsa ses som en kommunövergripande fråga på samma sätt som att alla verksamheter förväntas ha ett miljöarbete, där det finns tydliga mål samt metoder för arbetet. Respondenterna beskrev överlag en oro för att folkhälsofrågorna inte skulle göras synliga och få prioritet inom kommunen. En strategi för att motverka detta var att integrera målen för folkhälsan i kommunens övergripande mål. Det upplevdes av respondenterna i de kommuner i vilka detta hade införts som övervägande positivt. En separat folkhälsoplan beskrevs i högre utsträckning riskera att hamna i det egna knäet. Det kan dock diskuteras huruvida mål verkligen är styrande för verksamheten eller om det är andra faktorer som påverkar åt vilket håll arbetet styrs, till exempel ekonomiska förutsättningar, tjänstemännens egna ideologier samt om cheferna i organisationen betonar vikten av att arbeta efter de uppsatta målen eller ej.

De förvaltningar och verksamheter som i slutledet ska utföra planerade insatser och ingå i folkhälsoprojekten får antas ha mycket att göra med sina egna respektive mål. De kommunala verksamheterna lever ofta med stränga ekonomiska restriktioner. Om dessa ska arbeta med ytterligare uppgifter som dessutom ligger utanför kärnverksamheterna, så krävs incitament samt rätt förutsättningar. Förutsättningarna för att detta skulle genomföras ansågs här vara att det fanns stöd från chefer samt en förståelse för vad folkhälsa var samt vad arbetet skulle kunna bidra med till den egna verksamheten. Vid samverkan är det främjande om målen för det gemensamma arbetet ligger nära verksamhetens ordinarie mål (14). Vidare är det viktigt för implementeringen att de nya idéerna ligger nära de värderingar och arbetssätt som redan finns inom verksamheten (17), tyvärr är detta inte alltid en realitet i kommunernas arbete. Överlag kan det ofta vara så att folkhälsoinsatser ska utföras inom en verksamhet men få utslag i en annan. Detta innebär svårigheter i genomförandet då den berörda aktören inte har

tillräckliga incitament för arbetet (17). Denna problematik ställer krav på folkhälsosamordnaren att sälja in idén och skapa ett engagemang för frågan samt på organisationen att skapa incitament genom exempelvis budgetarbetet samt målsättningar.

På detta problem finns inte en enkel lösning, men medvetenheten om problematiken och respekt för de personer som förväntas bidra är en grundförutsättning för att alla kunna arbeta med folkhälsofrågor. En möjlig väg att gå skulle kunna vara, som ett antal av kommunerna i studien redan gjort, att integrera målen för folkhälsa i de övergripande målen för kommunen för att göra dem mer allmängiltiga och därmed skapa en större legitimitet för folkhälsoarbetet.

En rad olika styrdokument beskrev som viktiga i folkhälsoarbetet. Överlag föreföll det vara positivt att ha styrdokument att luta sig mot för att forma folkhälsoarbetet i kommunen och för att sedan arbeta ut mot andra aktörer. Dock nämndes flera olika dokument och respondenterna såg det inte som självklart vilka riktlinjer från nationell och regional nivå som var viktiga att förhålla sig till i sitt arbete. Då folkhälsosamordnaren ofta är ensam i arbetet med att känna till de styrdokument som berör folkhälsoarbetet (4) innebär detta att denne har stora möjligheter att påverka vilka områden det fokuseras på i kommunen vilket kan vara en bidragande orsak till att samordnarna hade delvis olika tankar om vilka riktlinjer som var viktigast.

7.1.3 Vikten av beslut för att förändring ska ske

Samtliga respondenter talade om vikten av att det fanns ett beslut i frågor som skulle drivas och att det var de högsta politikerna som har fattat det. Detta beskrevs som underlättande för arbetet, vilket vi återfinner i teorier kring implementering (18). Samtidigt beskrevs en verklighet där det inte alltid var så att beslut ledde fram till faktiska insatser och åtgärder. Efter att ett beslut är taget så är det mycket som kan hända på vägen och precis som det beskrivs i den institutionella teorin så förefaller det finnas en särkoppling mellan beslut och genomförande (22). Bilden kan finnas av att dessa har en logisk sammankoppling där det ena automatiskt leder till det andra. Men detta speglar inte nödvändigtvis verkligheten och en ökad medvetenhet om detta skulle kunna leda till bättre implementering av beslut. I implementeringsprocessen är beslutet en central förutsättning, men arbetet tar inte slut efter att ett beslut har tagits och här krävs en större kunskap om hur dessa sedan ska drivas igenom. Att ha kunskap kring det som ska implementeras är en sak men det krävs även kunskap i hur själva implementeringsprocessen går till och vad som kan underlätta denna (17). För att beslutet ska genomföras så krävs att de som är inblandade tar tag i genomförandet och görs delaktiga (18) och av anledningar vilka beskrivits ovan är detta inte alltid fallet.

7.2 Strategier för implementering av folkhälsoarbetet

Här diskuteras det som framkom i resultatet kring hur folkhälsosamordnarna arbetade med att implementera folkhälsoarbetet inom kommunen.

7.2.1 Att få andra att bli bärare av frågan

I avsnittet i bakgrunden som behandlar samverkan baseras detta främst på forskning kring samverkan mellan olika organisationer. Dock anser vi att kunskapen är tillämpningsbar även på samverkan inom kommuner då dessa är så stora och komplexa organisationer att de olika delarna inom dem i princip kan uppfattas som egna organisationer.

Både när det gäller implementering och samverkan så är en grundläggande förutsättning att det finns en medvetenhet om att det finns ett problem samt att lösningen som presenteras skulle kunna lösa detta problem (11, 17). Redan här stöter folkhälsosamordnaren i kommunerna på ett stort hinder. Eftersom det ofta saknas kunskap om folkhälsa samt hur ett strukturellt förebyggande arbete kan påverka hälsan så kan arbetet avstanna innan det ens har börjat. Detta på grund av att inblandade aktörer inte tycker att det finns ett problem alternativt inte ser hur detta skulle kunna lösas genom folkhälsoarbete. Mycket av samordnarnas arbete förefaller utifrån intervjuerna vara att få andra aktörer att se att det finns problem och att dessa kan lösas genom strukturellt folkhälsoarbete.

Implementeringsprocessen underlättas om det finns ett uttalat behov hos den verksamhet som berörs (17) och i litteraturen kring samverkan tas vikten att samtliga parter ska få ut någonting av att arbeta tillsammans upp som en påverkansfaktor (11). När det gäller folkhälsoarbetet så kan det vara så att det är folkhälsosamordnaren som ser att behovet finns men att detta inte upplevs bland de som ska arbeta med att tillgodose behovet. Det kan ofta vara så att vinsterna av folkhälsoarbetet inte förväntas påverka den verksamhet vilken ska arbeta förebyggande, detta innebär således ytterligare ett hinder i att väcka intresse för folkhälsofrågorna. Det gäller då för folkhälsosamordnarna att hitta andra vinster och fördelar för de berörda aktörerna för att engagera dessa. Detta togs även upp under intervjuerna, vikten av att arbetet upplevs vara givande för samtliga inblandade aktörer. Om intresset och kunskapen om folkhälsoarbete inte finns i en kommun så kan detta vara ett hinder för att få aktörerna att arbeta med frågor som rör folkhälsa. Om de inte ser vad de skulle kunna få ut av arbetet och inte ser hur arbetet kopplar till deras egen verksamhet så kan detta innebära att de inte är villiga att lägga tid och energi på att arbeta med frågan.

7.2.2 Översättning till den lokala kontexten

Enligt den institutionella teorin sker en översättning när idéer flyttas från en organisation till en annan, det vill säga att idén omformas för att passa den lokala

kontexten (22). Det är tydligt att det är det som sker med idén om folkhälsoarbetet samt de externa riktlinjer som kommunerna förhåller sig till. För att kunna arbeta med mål och riktlinjer från nationell och regional nivå krävs att dessa översätts för att passa i det lokala samhället. Detta beskrevs av respondenterna som en nödvändighet och som en viktig del i att göra folkhälsoarbetet relevant för kommunen de verkade i.

Enligt den institutionella teorin krävs att en idé verkar spännande och lovande för den imiterande organisationen för att översättningen ska fungera (22). Om man väljer att se alla nämnder inom kommunen som egna organisationer kan man tänka sig att detta är en av anledningarna till att man i vissa kommuner upplever det som svårt att föra in perspektivet från folkhälsorådet till nämnderna. Idén om folkhälsoarbetet, målen för folkhälsoarbetet och folkhälsoperspektivet måste översättas till de verksamheter vilka ska arbeta med frågorna. För att detta ska kunna ske måste de få en chans att omformulera målen och perspektivet till att passa den egna verksamheten och de egna målen och de måste uppfatta folkhälsoarbete som någonting positivt. En teori är att politikerna i nämnderna inte ser en nog stor vinst med att föra in perspektivet. Detta verkar också vara en viktig faktor när det gäller att skapa en större samverkan mellan de olika verksamheterna i kommunen.

Vidare kan den diskrepans som verkar finnas mellan beslut och handling också till viss del förklaras utifrån denna teori. Bland annat menar man att diskrepansen kan bero på skilda ideologier vilket naturligtvis är möjligt inom en sådan politisk fråga som folkhälsa. Detta ska i teorin dock inte påverka då tjänstemännens ideologier måste hållas i bakgrunden då de arbetar i en politiskt styrd organisation. Andra faktorer som framhålls som viktiga för att ett beslut ska genomföras är konkretisering, integrering och associering (22). Just integreringen verkar vara en stor fråga för folkhälsosamordnarna och något som det läggs mycket kraft på för att få att fungera. Det kan därför tänkas att genomförandet av folkhälsoarbetet kommer att förenklas avsevärt den dag kommunerna till fullo lyckas integrera detta perspektiv i hela organisationen. Även konkretisering har av respondenterna framhållits som en viktig faktor som påverkar vad som genomförs och ej, det anses vara viktigt att det är tydligt vem som ansvarar för vad för att genomförandet inte ska rinna ut i sanden. Vikten av att genomförandet bygger på ett arbete där de som operativt ska utföra det känner sig delaktiga (och allra helst själva har tagit initiativ till det) är även det något som lyfts i ett antal intervjuer. Kanske är dessa två senare delar möjliga att arbeta mer med för att ytterligare stärka folkhälsoarbetets position i den kommunala verksamheten.

7.2.4 Sälja in perspektivet – folkhälsosamordnarens roll

Som tidigare konstaterats talades det i princip uteslutande om att göra folkhälsoperspektivet sektorsövergripande och att få andra aktörer i kommunen att bli bärare av frågan. Då detta är en av de primära arbetsuppgifterna för folkhälsosamordnaren så ställer detta stora krav på denne som person. Att tala för saken och få andra att lyssna kräver att samordnaren har stor kunskap i frågorna och att denne har förmågan att entusiasmera, engagera och leda arbetet framåt. Därför får inte vikten av att på dessa

poster placera personer med formell kunskap samt de personens egenskaper som krävs inte underskattas. Då det ofta endast är en person per kommun som har det övergripande ansvaret för folkhälsofrågorna så blir denna person i sig viktig för hur arbetet bedrivs. Arbetet är komplext och samordnaren måste klara av att anpassa arbetet efter dess krävande karaktär (4). Detta självklart i kombination med förutsättningarna i den omgivande organisationen.

7.3 Metoddiskussion

Studien är utförd som ett komplement till den utvärdering av folkhälsoarbetet i Västra Götaland vilken genomförts av Göteborgs Universitet på uppdrag av Kommittén för folkhälsofrågor. Då det saknades tidigare forskning kring kommunalt folkhälsoarbete i en svensk kontext utifrån kommunala folkhälsosamordnares perspektiv så utformades intervjufrågorna utifrån diskussioner kring vad som kunde vara intressant att undersöka. Detta ledde till att syftet blev explorativt och brett för att lämna utrymme för respondenternas svar att forma resultatet.

I urvalet av kommunerna låg fokus på att få en geografisk spridning för att på detta sätt öka möjligheterna till en bred bild och en variation av beskrivna upplevelser. Som beskrevs i metoden så uteslöts Göteborg på grund av en nyligen genomförd omorganisering vilken innebar att många stadsdelar inte hade kommit igång ordentligt med sitt folkhälsoarbete när studien genomfördes. Detta innebär att regionens största stad inte blev inkluderat och kring detta fanns tankar på om det skulle innebära en påverkan på resultatet. Dock var det så att Göteborg var indelat i stadsdelar vilket innebär att en eventuell respondent från Göteborg ändå inte skulle ha haft en upplevelse av att arbeta med folkhälsa i en hel storstad utan endast med en begränsad del av denna befolkning. Därför ser vi inte detta som ett problem i studien.

Vilka frågor vi ställde påverkades av vilken förförståelse vi hade utifrån att vi studerat en folkhälsovetenskaplig utbildning. Personer med annan förförståelse hade möjligen ställt andra typer av frågor. Dock var det även så att det till stor del var vår förförståelse som möjliggjorde de antaganden som initialt gjordes för att kunna utforma relevanta frågor, och utan denna hade arbetet med att explorativt undersöka området utan tidigare forskning att förlita sig på varit omöjlig. Förförståelsen påverkar även vår utgångspunkt och vårt förhållningssätt till ämnet. Dels i att det för oss är självklart att folkhälsa är en viktig och fundamental fråga att arbeta med i kommunerna, något som inte nödvändigtvis är att betrakta som en objektiv sanning. Trots det var detta vår utgångspunkt genom hela uppsatsen.

Alvesson gör i sin bok *Intervjuer – genomförande, tolkning och reflexivitet* (27) en kritisk diskussion kring genomförandet och användandet av intervjuer som metod. Han gör ett ställningstagande mot det nypositivistiska synsättet där intervjuer ses som en relativt enkel situation där sanningen förmedlas från en person till en annan om rätt tekniker används. Alvesson (2001) ger istället en rad metaforer till vilka forskaren kan förhålla sig och använda som verktyg för att förhålla sig reflexivt till intervjuerna och

den komplexa situation som dessa utgör. Dock framhåller han även vikten av en viss pragmatism, att trots eventuella begränsningar använda sig av det funna materialet.

Intervjupersonen kan, baserat på sin förförståelse av vad studien innebär, anpassa sina svar efter vad denne tror att forskaren vill veta (27). Vi hade före intervjun skickat ut information vilken beskrev syftet med studien tillsammans med frågorna som skulle ställas. För- och nackdelar med detta diskuterades innan och fördelarna, främst en förhoppning om att detta skulle leda till mer genomtänkta svar, övervägde. Samtidigt så innebar detta att de som intervjuades hade en tydlig bild av vad vi ville veta vilket kan ha gett mer begränsade svar än vi annars skulle ha fått. Dock var detta en risk vi var tvungna att ta och vi hoppas att de eventuella negativa konsekvenserna vägs upp av det positiva i att intervjupersonerna var förberedda på vad som skulle ske och hade fått chans att tänka kring frågorna.

Den första intervjun som genomfördes fick fungera som en pilotintervju. Då samtliga frågor föreföll passa situationen, generera intressanta svar och då intervjun tog ganska precis en timme, vilket var planerat, så gjordes inga ändringar av upplägget inför följande intervjuer. Dock är människor, och således våra respondenter, olika och majoriteten av intervjuerna gick betydligt snabbare än den första. Ett par tog endast en dryg halvtimme. Trots detta var upplevelsen ifrån författarnas håll att även dessa intervjuer gav svar på ställda frågor, om än kanske inte lika uttömmande, och vi ser inte att tiden i sig alltid är den viktigaste faktorn för att bedöma användbarheten i innehållet.

De teman och kategorier under vilka resultatet har delats in är en förenkling av verkligheten och det finns inte en skarp gräns mellan dessa. Vi har använt oss av begreppen integrering och implementering för att synliggöra hur arbetet genomförs på olika nivåer inom kommunen. Här är dock ett tydligt exempel på hur förenklingar inte alltid enkelt låter sig göras och exakt vad som skulle ingå under varje tema har inte alltid varit självklart då alla delar hänger ihop och är beroende av varandra. Detta är viktigt att ha med sig när man värderar studiens trovärdighet. Vi anser att studien är pålitlig men en medvetenhet bör finnas om att verklighetens alla nyanser inte enkelt låter sig fångas. Vid transkriberingen förloras respondenternas betoningar, ansiktsuttryck och kroppsspråk vilket skapar en mer platt bild av verkligheten (24). Vi upplevde dock att vi uppnådde en viss samstämmighet i respondenternas svar relativt tidigt, de flesta respondenter upplevde sitt arbete på liknande sätt och det fanns vissa teman som återkom i alla intervjuer. Detta menar vi är ett tecken på att vi har fångat vissa centrala delar av respondenternas verkligheter.

Gällande citattekniken så har, som tidigare nämnts, vissa redigeringar gjorts för att öka läsvänligheten samt för att undvika att respondenten framställs i dålig dager eller känner sig fördummad på något sätt. Stor vikt har dock legat på att citatens innebörd är densamma som tidigare. De förändringar som gjort är framför allt att ta bort upprepningar samt pausord och uttryck såsom ”vad heter det nu igen...” samt kommunens namn i de fall där detta uttryckts.

För att ifrån materialet kunna dra slutsatser som är applicerbara även i andra kontexter så hade det krävts fler och djupare intervjuer. Överförbarheten kan dock diskuteras då

studien endast fokuserat på Västra Götalandsregionen. Andra landsting och regioner organiserar troligen sitt folkhälsoarbete på annorlunda sätt och detta kan antas ha påverkan på folkhälsosamordnarens upplevelse av sitt arbete, kanske framför allt i förhållande till regionala styrdokument. Dock är materialet förhållandevis omfattande och användbarheten i de dragna slutsatserna ska heller inte underskattas. De delar som behandlar folkhälsosamordnarens upplevelse av organiseringen kan till viss del översättas till en bredare svensk kontext då många kommuner arbetar på liknande sätt med till exempel folkhälsoråd.

8. Slutsats

Nedan beskrivs de främsta fynd som gjorts samt på vilket sätt dessa kan bidra till att skapa ett mer framgångsrikt folkhälsoarbete i framtiden.

8.1 Studiens centrala fynd

Folkhälsosamordnarna beskrev att deras arbete i stor utsträckning var beroende av andra aktörer inom kommunen. Deras uppgift var att vara just samordnare och arbeta främst strukturellt med folkhälsofrågorna samt arbeta för att göra folkhälsa till ett kommunövergripande arbete. De upplevde överlag att det fanns ett stort engagemang för folkhälsoarbetet i kommunerna, framför allt under möten med folkhälsoråd eller motsvarande. Svårigheten verkade ligga i att få andra att arbeta med frågorna då dessa inte hade någon självklar plats i kommunens förvaltningar och nämnder. Folkhälsosamordnarna arbetade för att få andra personer att äga frågan och se nyttan med att arbeta med folkhälsa. I arbetet med detta så beskrevs det som underlättande med mål och riktlinjer att förhålla sig till, ett stöd ifrån höga politiker och chefer samt det avtal som fanns i varje kommun med HSN vilket uppfattades ge arbetet en stabilitet.

Alla respondenterna föreföll anse att den organisering de hade av arbetet i stort var bra och de uttryckte att de var nöjda med hur arbetet bedrevs. De framhöll vikten av att känna kommunen som man verkar i och anpassa arbetet efter denna. Vilka strategier som fungerar bäst beror på kommunens förutsättningar och behov, det går inte att ge generella råd kring organiseringen av folkhälsoarbetet enligt de intervjuade. För att ett framgångsrikt arbete ska kunna bedrivas så krävs dock att flera aktörer i kommunen är engagerade. Att ha en folkhälsosamordnare anställd i kommunen löser således inte automatiskt alla folkhälsoproblem. Denna person är en avgörande och central del i folkhälsoarbetet men kan, vilket vi ser i resultatet, inte ensam dra hela lasset.

8.2 Praktiska implikationer

Samtliga hinder vilka har identifierats i denna studie kan även användas som verktyg för att underlätta det kommunala folkhälsoarbetet. Om det finns en medvetenhet och kunskap kring vad som står i vägen för arbetet så ökar chanserna att ta sig förbi detta och skapa mer gynnsamma förutsättningar för att tillsammans arbeta för en bättre folkhälsa. I tabellen nedan redovisas ett antal av de hinder som folkhälsosamordnarna upplever samt förslag på metoder för att komma runt dessa. Dessa möjliga lösningar är tänka som tips och inspirerande idéer till kommuner som önskar stärka och förbättra sitt folkhälsoarbete. Slutsatser kring möjliga lösningar har författarna själva dragit.

Tabell 2. Identifierade hinder samt förslag på möjliga lösningar.

Hinder	Möjlig lösning
Frågorna tas inte med från folkhälsorådet till nämnderna	Skapa ett intresse för frågorna samt visa att alla vinner på att arbeta med folkhälsa. Eventuellt skapa någon typ av struktur för att se till att frågorna kommer med till nämnden, såsom checklista eller folkhälsa som en stående punkt på dagordningen.
Det är svårt att få alla kommunens verksamheter att tänka utifrån ett folkhälsoperspektiv	Att visa på vilka fördelar de skulle ha av att arbeta utifrån ett folkhälsoperspektiv samt att visa på hur de redan idag arbetar med folkhälsa utan att se det. Vidare är det viktigt att sätta upp mål som är relevanta för alla berörda parter för att arbetet ska utföras.
Politikerna har många frågor att sätta sig in i	Ge folkhälsoarbetet större vikt för att göra det till en prioriterad fråga. Detta kan ske genom att ge arbetet större ekonomiskt anslag och mer uppmärksamhet samt genom att arbeta med hälsoekonomiska analyser för att visa på potentiella besparingar.
Det finns en risk att frågorna försvinner om alla beslut ska tas i kommunstyrelsen	Skapa en beredningsgrupp för folkhälsofrågorna, bestående av exempelvis folkhälsosamordnare, kommunalråd och kommunchef.
Folkhälsopolicyn landar i folkhälsosamordnarens knä	Integrera folkhälsa i kommunens övergripande styrdokument för att detta ska bli något som alla har ansvar för att arbeta med.
Brist på kunskap	Utbildning
Folkhälsosamordnaren har ensam allt ansvar för att sälja in perspektivet	Skapa en enhet i kommunen med flera kompetenser (t.ex. pedagoger, folkhälsovetare och kommunikatörer) där man tillsammans arbetar med folkhälsa för att ge frågorna större legitimitet och vikt samt för att ge frågorna mer uppmärksamhet.

9. Referenser

1. Statens Folkhälsoinstitut. Lokalt och regionalt folkhälsoarbete. Kunskapsunderlag för Folkhälsopolitisk rapport 2010. Stockholm 2011.
2. Regeringen. Regeringens proposition 2007/08:110 En förnyad folkhälsopolitik. In: Socialdepartementet, editor. Stockholm 2008.
3. Svensson A, Svensson A. Kartläggning-Folkhälsoarbetets organisering i Västra Götaland: Folkhälsokommitténs kansli; 2010.
4. Melinder K. Hälsan bör vara som en nedläggningshotad mack - Om folkhälsa i små kommuner. Falköping: Statens folkhälsoinstitut; 2009.
5. Västra Götalandsregionen. Folkhälsa. [2012-04-18]; Available from: <http://www.vgregion.se/sv/Vastra-Gotalandsregionen/startside/Vard-och-halsa/Folkhalsa/Folkhalsoarbete/>.
6. Västra Götalandsregionen. Folkhälsoenheten Skaraborg. [2012-04-26]; Available from: <http://www.vgregion.se/sv/Vastra-Gotalandsregionen/startside/Vard-och-halsa/Folkhalsa/Kontakta-Folkhalsoenheten-Skaraborg/>.
7. Västra Götalandsregionen. Enheten för folkhälsofrågor. [2012-04-18]; Available from: <http://www.vgregion.se/sv/Vastra-Gotalandsregionen/startside/Vard-och-halsa/Folkhalsa/Kontaktpersoner-folkhalsa/enheten-for-folkhalsofragor/>.
8. Västra Götalandsregionen. Vision Västra Götaland - Det goda livet. 2005 [2012-05-03]; Available from: <http://www.vgregion.se/upload/Regionkanslierna/regionutveckling/RUSEN/visionwebbversion.pdf>.
9. Västra Götalandsregionen. Folkhälsopolitisk policy. 2009 [2012-05-03]; Available from: <http://www.vgregion.se/upload/Folkh%C3%A4lsa/policy/folkhalsopolitikpolicy2009.pdf>.
10. Axelsson R, Bihari Axelsson S. Folkhälsa i samverkan mellan professioner, organisationer och samhällssektorer. Lund: Studentlitteratur; 2007.
11. Lindberg K. Samverkan. Malmö: Liber; 2009.

12. Kadushin C, Lindholm M, Ryan D, Brodsky A, Saxe L. Why It Is So Difficult to Form Effective Community Coalitions. *City & Community*. 2005;4(3):255-75.
13. Andersen PT, Ansari WE, Rasmussen HB, Stock C. Municipalities Collaborating in Public Health: The Danish Smoking Prevention and Cessation Partnership. *Int J Environ Res Public Health*. 2010;7(11):3954-71.
14. Health Canada Communications Directorate. Intersectoral Action... Towards Population Health - Report of the Federal/Provincial/Territorial Advisory Committee on Population Health. Ottawa, Ontario 1999 [2012-05-03]; Available from: <http://www.phac-aspc.gc.ca/ph-sp/pdf/inters-eng.pdf>.
15. Glendinning C. Breaking down barriers: integrating health and care services for older people in England. *Health Policy*. 2003;65(2):139-51.
16. Foster-Fishman P, Berkowitz S, Lounsbury D, Jacobson S, Allen N. Building Collaborative Capacity in Community Coalitions: A Review and Integrative Framework. *American Journal of Community Psychology*. 2001;29(2):241-61.
17. Guldbrandsson K. Från nyhet till vardagsnytta : om implementeringens mödosamma konst : en forsknings-sammanställning. Stockholm: Statens folkhälsoinstitut; 2007.
18. Miller S. Implementing Strategic Decisions: Four Key Success Factors. *Organization Studies*. 1997;18(4):577-602.
19. Janlert U. Folkhälsovetenskapligt lexikon. Stockholm: Natur och kultur i samarbete med Folkhälsoinstitutet; 2000.
20. Västra Götalandsregionen. Hälso- och sjukvårdsnämndernas kansli. [2012-05-10]; Available from: <http://www.vgregion.se/sv/Vastra-Gotalandsregionen/startside/Vard-och-halsa/Sa-styrs-varden/Halso--och-sjukvardskanslierna/>.
21. Västra Götalandsregionen. Hälso- och sjukvårdsnämnder. [2012-05-10]; Available from: <http://www.vgregion.se/sv/Vastra-Gotalandsregionen/startside/Politik/Namnder-och-styrelser/Namnder-och-styrelser-for-halso--och-sjukvard/Halso--och-sjukvardsnamnder/>.
22. Eriksson-Zetterquist U. Institutionell teori : idéer, moden, förändring. Malmö: Liber; 2009.

23. Malterud K. Kvalitativa metoder i medicinsk forskning : en introduktion. Lund: Studentlitteratur; 2009.
24. Kvale S. Den kvalitativa forskningsintervjun. Lund: Studentlitteratur; 1997.
25. Trost J. Kvalitativa intervjuer. Lund: Studentlitteratur; 2010.
26. Graneheim UH, Lundman B. Qualitative content analysis in nursing research: Concepts, procedures and measures to achieve trustworthiness. Nurse education today. 2004;24(2):105-12.
27. Alvesson M, Torhell S-E. Intervjuer : genomförande, tolkning och reflexivitet. Malmö: Liber; 2011.

Bilaga 1 - Översikt områdesindelning

HSK-område	Hälso-och sjukvårdsnämnd	Kommuner
Göteborg	4	Tjörn, Stenungsund, Kungälv, Ale, Öckerö
	7	Partille, Härryda, Mölndal
	5, 11, 12	Göteborgs stadsdelar
Mariestad	9	Essunga, Falköping, Grästorp, Götene, Lidköping, Skara, Vara
	10	Gullspång, Hjo, Karlsborg, Mariestad, Skövde, Tibro, Tidaholm, Töreboda
Borås	6	Alingsås, Herrljunga, Lerum, Vårgårda
	8	Bollebygd, Borås, Mark, Svenljunga, Tranemo, Ulricehamn
Uddevalla	1	Lysekil, Munkedal, Orust, Sotenäs, Tanum, Strömstad
	2	Bengtsfors, Dals-Ed, Färgelanda, Mellerud, Åmål
	3	Lilla Edet, Uddevalla, Trollhättan, Vänersborg,

Bilaga 2 - Intervjuguide

Organisationen

- Kan du beskriva organisationen kring folkhälsoarbetet i kommunen?
- Hur upplever du att de olika delarna i organisationen kring folkhälsoarbetet i kommunen fungerar?
- Vilken roll spelar organisationen för ditt arbete?
- Kan du beskriva hur politikerna i kommunen påverkar hur folkhälsoarbetet bedrivs?

Riktlinjer och styrdokument

- Kan du beskriva vilka riktlinjer och styrdokument ni arbetar utifrån i folkhälsoarbetet?
- Hur förhåller du som folkhälsosamordnare dig till dessa riktlinjer?
- I vilken utsträckning kan du påverka vad som ingår i dessa riktlinjer och policys?
- Anser du att kommunens folkhälsopolicy/folkhälsoplan stämmer överens med det som står i avtalet med hälso- och sjukvårdsnämnden?
- Upplever du att riktlinjerna underlättar ditt arbete och ger det folkhälsoarbetet mer kraft?
- Upplever du att de riktlinjer och policys/planer ni arbetar efter speglar de behov som finns i kommunen?
- Upplever du att riktlinjerna har stöd hos andra viktiga aktörer för folkhälsoarbetet i kommunen, till exempel ideella föreningar, räddningstjänst och vårdcentraler?

Implementering

- Kan du beskriva en situation i ditt arbete där du tycker att implementeringen av riktlinjer och policys har fungerat bra?
- Kan du beskriva en situation i ditt arbete där du varit mindre nöjd med implementeringen av riktlinjer och policys?
- Vilka faktorer anser du påverkar hur väl implementeringen fungerar?
- Upplever du att ni har de förutsättningar som krävs för att kunna arbeta med alla de delar som ingår i era styrdokument? Om inte, vad hade du önskat ytterligare?