

Folkhälsoarbetet i Norrbotten

En undersökning av kommunernas strategiska folkhälsoarbete

Charlotta Ejdemo

Sociologi, magister
2020

Luleå tekniska universitet
Institutionen för ekonomi, teknik och samhälle

Sammanfattning

I Norrbottens län finns 14 kommuner som varierar både beträffande geografisk storlek och i befolkningsmängd. Skillnaden i folkmängd mellan den största och den minsta kommunen i länet är drygt 75 000 personer. Norrbottens folkhälsopolitiska råd (NFR) bestående av de regionala aktörerna Länsstyrelsen, Region Norrbotten samt Norrbottens kommuner, tog under 2018 fram en gemensam strategi för folkhälsoarbetet. Strategin går under namnet *Norrbottens folkhälsostrategi 2018–2026 för en bättre och mer jämlik och jämställd folkhälsa* (2017) och syftar till att samordna länets resurser mot en förbättrad folkhälsa. Uppsatsens syfte är att undersöka det strategiska folkhälsoarbetet inom kommunerna i Norrbotten med särskilt fokus på de kommunala folkhälsostrategernas upplevelser av tillgängliga resurser inom folkhälsoarbetet. För att uppfylla syftet undersöks tre frågeställningar:

1. Hur är det lokala folkhälsoarbetet organiserat?
2. Vilken betydelse bedömer folkhälsostrategerna att den regionala folkhälsostrategin (Norrbottens folkhälsostrategi 2018–2026) har fått för det kommunala folkhälsoarbetet?
3. Hur upplever folkhälsostrategerna tillgängligheten till resurser i arbetet med avseende på tid, ekonomiska förutsättningar, kunskap och stöd?

Resultaten visar att flera av kommunerna har hälsoråd genom vilka kommunerna samverkar med externa aktörer. Det framkom också att den regionala folkhälsostrategin inte har haft någon större påverkan på det kommunala folkhälsoarbetet, att det fanns dåligt med ekonomiska förutsättningar i folkhälsoarbetet samt att de tidsmässiga och kunskapsmässiga förutsättningarna för att bedriva folkhälsoarbetet i helhet sågs som goda, medan de som arbetar med folkhälsofrågor till viss del önskar ett större regionalt stöd i arbetet.

Nyckelord: folkhälsoarbete, Norrbotten, folkhälsostrateg, folkhälsostrategi

Abstract

In Norrbotten County, there are 14 municipalities that vary both in terms of geographical size and population. The difference in population between the largest and the smallest municipality in the county is just over 75,000 people. In 2018, Norrbotten's Public Health Policy Council (NFR), consisting of the regional actors The County Administrative Board, Region Norrbotten and the municipalities of Norrbotten, developed a joint strategy for public health work. The strategy goes by the name *Norrbotten's public health strategy 2018–2026 for a better and more equal and equal public health* (2017) and aims to coordinate the county's resources towards improved public health. The purpose of this thesis is to investigate the strategic public health work within the municipalities in Norrbotten with special focus on the municipal public health strategists' experiences of available resources within the public health work. To fulfill the purpose, three issues are examined:

1. How is the local public health work organized?
2. What significance do the public health strategists assess that the regional public health strategy (Norrbottens' public health strategy 2018–2026) has had for the municipal public health work?
3. How do public health strategists experience the availability of resources at work in terms of time, funds, knowledge and support?

The results show that several of the municipalities have health councils through which the municipalities collaborate with external actors. It also emerged that the regional public health strategy has not had a major impact on municipal public health work, that there were poor financial conditions in public health work and that the temporal and knowledge conditions for conducting public health work as a whole were seen as good, while those working with public health issues to some extent wants greater regional support in the work.

Keywords: public health work, Norrbotten, public health strategist, public health strategy

Förord

Jag vill börja med att rikta ett varmt tack till alla er som bidragit till arbetet med uppsatsen genom att dela med er av era kunskaper och erfarenheter. Tack för att ni har tagit er tid till att svara på enkäter och låtit mig intervjua er – utan er hade detta inte varit möjligt att genomföra.

Jag vill även tacka mina handledare Elisabeth Berg och Mats Jakobsson för de råd och idéer som ni bidragit med under uppsatsens gång.

Med denna magisteruppsats avslutar jag min studietid vid Luleå tekniska universitet. Jag bär med mig många nyttiga erfarenheter och fina minnen från åren som gått. Ett särskilt tack till er, Anci och Lee, för de otaliga skratten, alla diskussioner vi haft och de klagomurar vi byggt tillsammans. Ni har blivit vänner för livet!

Sist men inte minst. Thomas, tack för ditt stöd och din uppmuntran under den här processen. Och för allt kaffe.

Charlotta Ejdemo, Haparanda, september 2020

Innehållsförteckning

1. Inledning.....	1
1.1 Folkhälsoarbetet och dess centrala aktörer.....	2
1.2 Folkhälsoarbetet i Norrbottens län.....	5
1.2.1 En gemensam strategi för Norrbottens län.....	5
1.3 Syfte och frågeställningar.....	7
1.4 Avgränsningar.....	7
1.5 Disposition.....	7
2. Teoretiskt ramverk.....	8
2.1 Tidigare forskning.....	8
2.2 Teori.....	9
2.2.1 Det strategiska arbetets tre koncept.....	9
2.2.2. Det strategiska folkhälsoarbetets möjligheter och hinder.....	10
3. Metod.....	13
3.1 Metodval.....	13
3.2 Telefonintervjuer.....	13
3.3 Enkäter.....	14
3.4 Urval och bortfall.....	15
3.5 Analysens genomförande.....	17
3.6 Etiska reflektioner.....	18
3.7 Reliabilitet och validitet.....	19
3.7.1 Kvalitetskriterier inom kvalitativ forskning.....	20
3.7.2 Kvalitetskriterier inom kvantitativ forskning.....	21
4. Resultat och analys.....	23
4.1 Det strategiska arbetet.....	23
4.2 Norrbottens folkhälsostrategis inflytande över lokala prioriteringar.....	25
4.3 Den regionala folkhälsostrategin som kunskapsspridning.....	26
4.4 Resurser i arbetet.....	28
5. Diskussion.....	32
Referenser.....	35
Bilaga 1. Hälsans bestämningsfaktorer.....	39
Bilaga 2. De folkhälsopolitiska målen.....	40
Bilaga 3. Befolkningsmängd Norrbotten 2018.....	41
Bilaga 4. Intervjuguider.....	42

Bilaga 5. Enkät	45
Bilaga 6. Intervjuförfrågan	49
Bilaga 7. Enkät svar, korstabeller.....	50

1. Inledning

Hälsa är ett brett begrepp som till stor del avgörs av den kontext som människor lever i, vilka levnadsvanor och livsvillkor som individen har (WHO 2019; Folkhälsomyndigheten 2019). Hälsan inom en befolkning, folkhälsan, kan ses som ett samspel mellan individ och samhälle (ibid) och sträcker sig således längre än att begränsas till genetiska faktorer. WHO (2019) beskriver hälsa som ”...ett tillstånd av fullständigt fysiskt, mentalt och socialt välbefinnande och inte bara frånvaro av sjukdom eller bräcklighet” och menar att hälsans bestämningfaktorer utgörs av individens sociala och ekonomiska miljö, den fysiska miljön samt individens gener och beteenden (se bilaga 1). Bestämningfaktorer för hälsan finns både på en strukturell nivå, till exempel genom socialpolitikens- och sjukvårdssystemets utformning, samt på en individuell nivå där faktorer som sociala relationer, stress, alkohol-, tobaks- och kostvanor har en stor betydelse för hälsan (Rostila och Toivanen, 2012). Att folkhälsa är en global angelägenhet kan ses inte minst på de hållbarhetsmål som FN:s medlemsländer antog under 2015, Agenda 2030. Sverige är ett av länderna som har ställt sig bakom de globala målen, som ska verka för en hållbar utveckling och därmed spänner över flera områden som påverkar människors välbefinnande. Detta omfattar även social hållbarhet som bland annat innebär jämlika samhällen där invånarna har god hälsa och en känsla av välbefinnande (UNDP, 2019). Under 2018 reviderade Regeringen sitt folkhälsopolitiska mål och de elva målområdena minskade till åtta stycken områden (se bilaga 2). Det nuvarande övergripande folkhälsomålet har omformulerats till att fokusera på en jämlik hälsa för befolkningen och lyder: *”Det nationella målet för folkhälsopolitiken är att skapa samhälleliga förutsättningar för en god och jämlik hälsa i hela befolkningen och sluta de påverkbara hälsoklyftorna inom en generation”*. Årsrapporten från Folkhälsomyndigheten (2019) visar dock att hälsoskillnaderna mellan socioekonomiska grupper fortfarande är betydande och att utvecklingen av folkhälsoläget innebär att det nationella målet om att sluta de påverkbara hälsoklyftorna inom en generation förmodligen inte kommer att uppfyllas. Den sociala gradienten, som syftar till människors positioner i den sociala hierarkiska strukturen, är av stor betydelse för hälsan eftersom en högre position innebär tillgång till mer inflytande och en bättre ekonomisk situation, bättre levnadsstandard och arbeten med högre status. Den sociala positionen påverkas dels av faktorer som utbildningsnivå, klass och inkomst. Detta innebär dock inte automatiskt att individer som har en lägre socioekonomisk position omöjliga kan uppnå högre positioner inom den sociala hierarkin och därmed öka chanserna till en förbättrad hälsa. Sambanden mellan utbildningsnivå, inkomst och position på den sociala gradienten antas bero på att utbildning ger en större

medvetenhet kring hälsosamma levnadsvanor och inkomstens påverkan på hälsan sker genom den materiella levnadsstandarden som den medför (ibid). De svenska folksjukdomarna, sjukdomar som förekommer i hög grad i samhället och som har en stor inverkan på befolkningens hälsotillstånd, är enligt Folkhälsomyndigheten hjärt- och kärlsjukdomar, vissa cancersjukdomar och diabetes. Det har dock visat sig att det genom individfokuserade och samhällseliga insatser går att förebygga många folksjukdomar (ibid). Eftersom ansvaret för folkhälsoarbetet till stor del ligger hos de enskilda kommunerna så kommer fokus för denna uppsats att ligga på hur det strategiska arbetet ser ut bland kommunerna i Norrbottens län.

1.1 Folkhälsoarbetet och dess centrala aktörer

Folkhälsoarbete innebär den totala insats som samhället gör för att både upprätthålla och främja hälsa samt förebygga ohälsa (Bing, 2003; Wramner m.fl., 2017). Det finns ingen folkhälsolag, däremot finns det i lagstiftningen flertalet lagar som är betydande för den svenska folkhälsan, ex. hälso- och sjukvårdslagen (SFS 2017:30), skollagen (SFS 2010:800), socialtjänstlagen (SFS 2001:453), arbetsmiljölagen (SFS 1977:1160), alkohollagen (SFS 2010:1622) och lagen om tobak och liknande produkter (SFS 2018:2088) för att nämna några. Trots att det finns lagar som verkar främjande och förebyggande för folkhälsan så är folkhälsoarbetet i huvudsak inte av medicinsk karaktär utan bedrivs i stor omfattning utanför hälso- och sjukvården (Bing, 2003). Detta innebär att själva folkhälsoarbetet riktar sig till grupper av människor snarare än till enskilda individer, och de hälsoinsatser som görs tenderar att fokusera på det som är vanligt förekommande bland befolkningen snarare än det som är specifikt farligt för individerna (ibid).

Eftersom folkhälsoarbetet spänner över många olika områden innebär det att arbetet behöver bedrivas tvärssektoriellt, d.v.s. på flera olika nivåer och inom flera olika verksamheter i samhället för att nå så många människor som möjligt. Betydande aktörer för folkhälsoarbetet finns både inom offentlig och privat verksamhet, samt inom organisationer och föreningar i civilsamhället. De prioriteringar som finns för den svenska folkhälsopolitiken synliggörs som tidigare nämnts på en övergripande nivå genom det satta folkhälsomålet med dess åtta målområden. Målet med de tillhörande delmålen är framtagna för att underlätta folkhälsoarbetet på alla samhällsnivåer (Regeringen, 2018) och centrala aktörer inom folkhälsoarbetet beskrivs bland annat i Regeringens proposition 2017/18:249. Folkhälsoarbetet bedrivs inom olika former av verksamheter både på nationell, regional och lokal nivå (se figur 1.). På den nationella nivån finns flertalet myndigheter, t.ex. Arbetsmiljöverket och Socialstyrelsen vars verksamhet bidrar till att påverka folkhälsoutvecklingen. En central aktör för folkhälsoarbetet är

Folkhälsomyndigheten som har det övergripande ansvaret för folkhälsofrågor. Myndighetens arbete riktar sig mot riksdag och regering, myndigheter, länsstyrelser, regioner, landsting, kommuner och olika intresseorganisationer genom att verka för att ta fram forskning och sprida vetenskaplig kunskap inom folkhälsoområdet (Folkhälsomyndigheten, 2018). Folkhälsomyndigheten ansvarar även för att följa upp och utvärdera olika aktörers metoder och insatser och gör kontinuerligt uppföljningar av hälsoläget i befolkningen och de faktorer som bidrar till påverkan på hälsa och störst vikt ska ligga på de grupper som löper störst risk för att drabbas av ohälsa (prop. 2017/18:249). Utöver olika myndigheter så spelar även intresseorganisationer en viktig roll för folkhälsoarbetet på en regional nivå. Som exempel kan ges Sveriges Kommuner och Landsting, vilken är en nationell arbetsgivare- och intresseorganisation som stöttar kommuner och regioner i bland annat folkhälsoarbetet och där deras roll är att verka för att dessa når det nationella folkhälsomålet genom till exempel samverkan mellan kommuner och regioner samt genom att ta fram statistiska underlag (SKL, 2019). Liknande organisationer kan även finnas på ett regionalt plan, så som olika typer av kommunförbund. Arbetsgivares och näringslivets roller i folkhälsoarbetet är också betydande. Arbetsgivare kan främja hälsan hos de anställda genom bland annat arbetsmiljön och erbjuda för hälsan goda anställningsvillkor. Den tillväxt av offentligt finansierad välfärd som skett inom det privata näringslivet vad gäller hälso- och sjukvård samt utbildning gör att också näringslivet har en viktig roll i folkhälsoarbetet genom exempelvis erfarenhetsutbyte och förankring av hälsofrågor (se Wramner m.fl., 2017; prop. 2017/18:249).

Ser man till det regionala ansvaret så är det Länsstyrelserna och Regionerna som är de centrala aktörerna i folkhälsoarbetet. Länsstyrelsernas funktion är att se till att nationella mål får verkan i länen samtidigt som hänsyn till regionala förutsättningar och förhållanden ska beaktas. Det innebär således även att man även har i uppgift att arbeta mot det nationellt satta folkhälsopolitiska målet (ibid). Länsstyrelsernas uppdrag omfattar flera områden, några av dessa är bl.a. livsmedelskontroll, regional tillväxt, hållbar samhällsplanering och boende, kulturmiljö, jämställdhet, integration, miljö- och hälsoskydd. Länsstyrelserna ansvarar även för att samordna arbetet med alkohol, narkotika, doping och tobak (ANDT) och utövar tillsyn av bl.a. serveringstillstånd i länet (ibid; Länsstyrelsen Norrbotten, 2019). Regionernas roll i folkhälsoarbetet är dock kanske mer framträdande för allmänheten då dessa bland annat ansvarar för hälso- och sjukvård, tandvård och för regional utveckling som ingår i regionernas obligatoriska uppgifter (SKL, 2019). Uppgifter som berör kultur, turism och utbildning är däremot frivilliga och är upp till regionerna själva att avgöra om de vill bedriva (ibid). Utöver

detta fyller regionerna även en ytterligare funktion inom hälsoområdet genom att fungera som kunskapscentrum ut mot kommunerna (prop. 2017/18:249).

Kommunerna har precis som regionerna både obligatoriska och frivilliga uppgifter (Peterson, 2018). De obligatoriska uppgifterna regleras i den statliga speciallagstiftningen medan kommunallagen anger gränserna för det frivilliga arbetet både regionalt och lokalt. De frivilliga uppgifterna som regionerna eller kommunerna tar sig an ska dock vara av allmänt intresse och knyta an till regionala/kommunala områden eller till de egna medlemmarna (ibid). De obligatoriska uppgifter som kommunerna har omfattar social omsorg, för-, grund- och gymnasieskola, miljö- och hälsoskydd, plan och byggfrågor, vatten och avlopp, renhållning och avfallshantering, räddningstjänst, civilt försvar, biblioteksverksamhet och bostäder. De frivilliga uppgifter som kommunerna kan åta sig berör sådant som handlar om fritid och kultur, energi, sysselsättning och näringslivsutveckling. Eftersom kommunernas ansvar sträcker sig över flera verksamheter som är av vikt ur ett folkhälsoperspektiv innebär det att kommunerna tillsammans med regionen är nyckelaktörer i folkhälsoarbetet (prop. 2017/18:249). De områden som de kommunala verksamheterna ansvarar för berör direkt flera av de folkhälsopolitiska målområdena (och även de tidigare målområdena som fanns innan juni 2018) och enligt Svanström (2017) har staten haft som målsättning att införliva välfärds- och hälsoaspekter i kommunernas styrning, prioritering och uppföljning av verksamheterna. Det är enligt honom anledningen till att det har ställts så stora krav både vad gäller styrning och uppföljning av kommunala verksamheter för att se till så att man får så bra välfärd som möjligt för de medel som finns att tillgå.

Utöver den kommunala organisationens åtaganden fungerar civilsamhället som en viktig aktör i folkhälsoarbetet på det lokala planet. Civilsamhällets engagemang med att starta och upprätthålla föreningar och organisationer är viktiga i folkhälsoarbetet då de kan bidra till positiva effekter för folkhälsan, både direkt genom idrottsaktiviteter som minskar stillasittandet eller indirekt genom ex. studiecirklar vilket kan leda till ett skapande av en meningsfull fritid för människor (jfr Wramner m.fl., 2017; prop. 2017/18:249).

Figur 1. Viktiga aktörer för folkhälsoarbetet på olika samhällsnivåer.



Källa: Regeringen, 2018; Wramner m.fl., 2017.

1.2 Folkhälsoarbetet i Norrbottens län

Det strategiska folkhälsoarbetet lämnar utrymme för regionala och lokala anpassningar både vad gäller prioriteringsområden och i valet av insatser. Norrbottens län omfattar 14 stycken kommuner som varierar både beträffande geografisk storlek och i befolkningsmängd. Skillnaden i folkmängd mellan den största och den minsta kommunen i länet är drygt 75 000 personer (se bilaga 3). Under våren 2018 gjordes en analys av Norrbottens kommuners folkhälsostrategier (Ejdemo, 2018) där det framkom skillnader att det fanns skillnader bland kommunernas prioriterade målområden samt att den dokumentation som fungerade ledande för folkhälsoarbetet skilde sig åt mellan kommunerna genom de olika sätt som man införlivat dessa i verksamheterna. Erlingsson och Wänström (2015) har angett både invånarantal och den demografiska sammansättningen inom en kommun som de variabler som påverkar kommuners förmåga att bistå med välfärd. Detta eftersom skatteintäkterna påverkas av hur många invånare en kommun har samt hur många av dessa som är i arbetsför ålder. Således kan kommunernas förutsättningar för att anställa personal som arbetar med välfärdsrelaterade insatser vara en förklaring till att folkhälsoarbetet bland kommunerna i Norrbotten skiljer sig åt. Förutom varierade ekonomiska förutsättningar kan även lokala utmaningar påverka hur folkhälsoarbetet bedrivs samt vilka prioriterade områden som finns för den aktuella kommunen.

1.2.1 En gemensam strategi för Norrbottens län

Enligt Regeringen (2018) är ett strukturerat och långsiktigt folkhälsoarbete särskilt viktigt på en kommunal och regional nivå då det är på dessa två nivåer som det främsta folkhälsoarbetet bedrivs. Genom att ta fram regionala eller lokala folkhälsostrategier kan dessa användas för att

synliggöra hälsans bestämningsfaktorer och fungera som plattformar där olika aktörer kan mötas och stärka det sektorsövergripande arbetet med folkhälsofrågor. I Norrbottens län har man gjort detta i slutet av 2017 då Norrbottens folkhälsopolitiska råd (NFR) bestående av de regionala aktörerna Länsstyrelsen, Region Norrbotten samt Norrbottens kommuner, tog fram en gemensam strategi för folkhälsoarbetet. Strategin går under namnet *Norrbottens folkhälsostrategi 2018–2026 för en bättre och mer jämlik och jämställd folkhälsa* (2017) och togs fram i syfte att samordna länets resurser, bidra till att länet arbetar i samma riktning och fungera som stöd i arbetet för alla berörda aktörer mot en förbättrad folkhälsa (ibid). Den riktar sig både till offentliga företrädare på regional och lokal nivå likväl som till andra samhällsaktörer, förslagsvis företag och föreningar. Tanken med strategin är att den ska fungera som en riktlinje för folkhälsoarbetet i länet, samtidigt som det är upp till de olika aktörerna att själva utforma det egna arbetet utifrån de behov och de förutsättningar som de i sin tur har. Den belyser delvis de behov som kommunerna har haft för att förbättra arbetet med folkhälsofrågor och är inte tvingande utan kan snarare ses som ett kunskapsstöd för länets arbete med folkhälsofrågor. I samverkan med kommunerna i länet har NFR tagit fram ett antal egenskaper som ska karaktärisera folkhälsoarbetet både regionalt och lokalt. Dessa är att folkhälsoarbetet ska vara prioriterat av ledningen, att de metoder som utifrån bästa kända kunskap är prioriterade, att det finns kunskap om vilka miljöer och faktorer som påverkar befolkningens hälsa, att det finns kunskap om hur befolkningen ser ut och att utsatta befolkningsgrupper kompenseras för ojämlika förutsättningar samt att arbetet följs upp och utvärderas (Norrbottens folkhälsostrategi, 2017). Det regionalt övergripande folkhälsomålet är att *Norrbottningarna ska uppnå en förbättrad och mer jämlik och jämställd hälsa* och har tillhörande fyra delmål; 1) utbildningsnivån och det livslånga lärandet ska öka och blir mer jämlikt och jämställt, 2) levnadsvanor som påverkar hälsan positivt ska öka i omfattning och bli mer jämlika och jämställda, 3) normer och värderingar som främjar den jämlika och jämställda hälsan ska stärkas samt 4) alla kommuner och regionala företrädare arbetar systematiskt med folkhälsa.

I syfte att hjälpa kommunerna med deras behov i folkhälsoarbetet framgår det i strategin att en process har inletts (2017) där NFR ska anpassa det regionala stödet utifrån kommuners och resterande befolknings behov genom att utarbeta en regional modell genom vilken det erbjuds stöd i form av konferenser, seminarier och utbildningar. För att det läns specifika folkhälsomålet ska nås ligger ett tydligt fokus på samverkan mellan länets olika aktörer. Då förutsättningarna för att arbeta med folkhälsofrågor skiljer sig åt mellan kommunerna föreslås det i strategin att NFR ska ha ett ”basutbud” med stöd som vänder sig mot alla kommuner och ett än mer riktat

stöd till de kommuner vars förutsättningar för att bedriva ett folkhälsoarbete är sämre än inom andra kommuner, då detta skulle kunna tänkas minska hälsoskillnaderna inom länet (ibid). Det är i ljuset av denna bakgrund, och särskilt mot den regionala strategins fjärde delmål som innebär att alla kommuner ska arbeta systematiskt med folkhälsa, som den föreliggande uppsatsens syfte och frågeställningar har mejslats fram.

1.3 Syfte och frågeställningar

Uppsatsens syfte är att undersöka det strategiska folkhälsoarbetet inom kommunerna i Norrbotten med särskilt fokus på de kommunala folkhälsostrategernas upplevelser av tillgängliga resurser inom folkhälsoarbetet.

1. Hur är det lokala folkhälsoarbetet organiserat?
2. Vilken betydelse bedömer folkhälsostrategerna att den regionala folkhälsostrategin (Norrbottens folkhälsostrategi 2018–2026) har fått för det kommunala folkhälsoarbetet?
3. Hur upplever folkhälsostrategerna tillgängligheten till resurser i arbetet med avseende på tid, ekonomiska förutsättningar, kunskap och stöd?

1.4 Avgränsningar

En avgränsning har gjorts till att undersöka folkhälsoarbetet bland kommunerna i Norrbottens län. En initial tanke kring en komparativ studie med kommuner i andra regioner avfärdades snabbt med anledning av kursens tidsram för uppsatsarbetet. Avseende frågeställning ”1. Hur är det lokala folkhälsoarbetet organiserat?” så är frågeställningen avgränsad till att endast besvaras av intervjupersonerna. Detta beror på att det skulle krävas en större del indikatorer för att frågeställningen ska kunna besvaras via en enkät. Vidare så ligger uppsatsens fokus på att undersöka kommunernas strategiska folkhälsoarbete, därmed har inte det operativa perspektivet belysts i den föreliggande studien i någon högre grad.

1.5 Disposition

I uppsatsens första kapitel ges en översikt av folkhälsoarbetet på nationell och regional nivå följt av uppsatsens syfte och de frågeställningar som studien avser att besvara. I kapitel två beskrivs det teoretiska ramverk som ligger till grund för analysen av empirin. Vidare beskrivs de metodologiska utgångspunkter i kapitel tre. Därefter redovisas resultaten samt en analys av dessa i kapitel fyra och i det femte och avslutande kapitlet diskuteras de slutsatser som uppsatsen resulterat i.

2. Teoretiskt ramverk

I detta kapitel presenteras det teoretiska ramverk som ligger till grund för den föreliggande undersökningen. Inledningsvis följer en översikt av tidigare forskning som berör policyimplementering inom hälsoområdet. Därefter beskrivs de teorier som ligger till grund för den empiriska analysen.

2.1 Tidigare forskning

Under en utvärdering som gjordes av ett strategidokument som tagits fram på regional nivå och som syftade till att hjälpa personal på lokal nivå att implementera folkhälsofrågor i policys och program fann Sadare m.fl. (2019) att arbetet med strategidokumentet bl.a. hade lett till ökad samverkan med externa aktörer samt till ökad information och tillgång till hälsostatistik. Strategin som i det fallet fungerade vägledande för de kommunala aktörerna innebar enligt Sadare m.fl. (2019) att de fick möjligheter till att arbeta med externa parter samt figurera i olika arbetsgrupper vilket hjälpte personalen med den faktiska implementeringen.

Även Spitters m.fl. (2017) samt Kuunders m.fl. (2017) menar att det är viktigt att det finns ett tvärsektorielt samarbete i skapandet av policys. Detta på grund av att aktörerna som ingår i arbetet i många fall innehar olika typer av expertis och kunskap om forskningsevidens, vilket på så sätt kan öka effektiviteten i framtagandet av policys. En tvärsektorieell samverkan kan samtidigt också öka kravet på att det bör finnas en horisontell struktur i arbetet där deltagarna har möjlighet att komma med synpunkter under arbetets gång (Spitters m.fl., 2017; Kuunders m.fl., 2017).

Att samverka eller att forma koalitioner med utom-organisatoriska aktörer i arbetet med implementering av lokala policyriktlinjer inom hälsoområdet kan dock medföra utmaningar så som att de olika organisationerna har sina egna intressen som de vill driva igenom, egna prioriteringar och uppfattningar kring vilka metoder som är de bästa för att nå de satta målen (Kuunders m.fl., 2017). Genom att bilda nätverk i syfte att forma och implementera gemensamma policys eller program får specialister inom folkhälsoområdet och lokala företrädare en gemensam plattform där de kan träffas för relationsskapande och för att utbyta kunskap (Valente m.fl., 2015; Spitters m.fl., 2017). Då det kan ingå flera olika typer av aktörer inom dessa nätverk är det dock viktigt att redan i början av samarbetet etablera ett balanserat partnerskap mellan de som är specialister inom det aktuella området och de lokala företrädarna, för att undvika att den modell som presenteras för implementeringen av programmen inte går emot de värderingar, erfarenheter och resurser som finns inom de lokala kontexterna. Ifall dessa

faktorer krockar är det en högre risk att programmen inte lyckas med att förbli hållbara i längden (Valente m.fl., 2015). Besluten som tas i planeringsprocessen bör också enligt Kuunders m.fl. (2017) fattas gemensamt av individerna på lokal och regional nivå, samtidigt som den aktuella implementeringsplanen bör klargöra på vilket sätt riktlinjerna i planen är applicerbara i den lokala kontexten.

2.2 Teori

I detta avsnitt presenteras Whittingtons (2006; 2007) tre koncept av det strategiska arbetet genom vilka han definierar strategernas roll. Det teoretiska avsnittet avslutas med att belysa vilka möjligheter och hinder som enligt Van de Goor m.fl. (2017) kan utrönas inom folkhälsoarbetet.

2.2.1 *Det strategiska arbetets tre koncept*

Strategiforskningen har enligt Richard Whittington (2006) fokuserat på att behandla både hur det strategiska arbetet utförs inom organisationer samt vilken påverkan de samlade effekterna av detta arbete har utanför den egna organisationen. Med avstamp i sociologisk teori belyser Whittington (2006) att samhället som helhet består av olika former av sociala system och regler. Dessa påverkar och formar de individer som ingår i samhället och uttrycks bland annat genom gemensamma beteenden, språk, kulturella regler, och procedurer som vägleder människor och möjliggör de mänskliga aktiviteterna. Detta medför att individer efterföljer de befintliga sociala reglerna, om än i varierande utsträckning, beroende på vad som är nödvändigt för den aktuella situationen (Whittington, 2006).

Flexibiliteten i människors handlande baseras i sin tur på de egna erfarenheterna och färdigheterna. De individuella färdigheterna hjälper människor att självständigt tolka och utmana samhällets befintliga system och regler och leder i sin tur till samhällsförändring (Whittington, 2006). Utifrån denna syn som visar på relationen mellan samhälle och aktör har Whittington (2006; 2007) utvecklat tre koncept som beskriver det strategiska arbetets förfaranden inom organisationer;

- *Strategiska praktiker* avser de gemensamma rutiner, normer, beteenden, traditioner och tankesätt som ligger bakom det strategiska arbetet. Detta påverkar både hur en projektgrupp skapas samt vilka typer av strategiska medel som en väljer att använda, exempelvis olika teknologiska hjälpmedel eller en viss analytisk teknik.

- *Strategisk praxis* avser de aktiviteter eller procedurer som sker inom en strategi, bl.a. planering, beslutsfattande och implementering. Denna punkt berör specifikt det faktiska arbetet samt hur arbetet utförs inom det strategiska utövandet.
- *Strategiska verkställare* finns på olika professionella nivåer både inom och utanför den egna organisationen. Dessa strateger är de aktörer som utifrån sin tolkning av praktikerna formulerar och implementerar strategierna.

Whittington (2006) betonar att det finns olika nivåer inom strategiområdets praktiker. Dessa praktiker kan dels vara organisationsspecifika och inbäddade i rutiner inom organisationen eller inom dess företagskultur och påverkar således det lokala sättet att ta fram strategier på. Det finns också en extern dimension som sträcker sig utanför den egna organisationen. Den utom-organisatoriska dimensionen innebär antingen att praktiker utanför den egna organisationen har accepterats som legitima, eller motsatsen, av verkställarna. De utom-organisatoriska praktikerna härleds antingen från det kringliggande samhället, så som vilka normer som föreligger för hur det strategiska arbetet ska bedrivas, eller från ett större sektoriellt system där organisationen ingår och där vissa typer av normer för det strategiska arbetet är accepterade (Whittington, 2006). Dessa praktiker, det vill säga *hur* det strategiska arbetet ska bedrivas är det som verkställarna förlitar sin strategipraxis, det vill säga *vad* som utförs, på. Whittington (2006) menar att man genom att involvera externa strateger eller aktörer som är verksamma inom samma organisatoriska fält i det egna arbetet kan resultera i ett utvecklande av praktiker som kan vara till nytta både för organisationen men också för strategernas yrkesroll. Det förutsätter dock att verkställarna dels har förtroende för de externa aktörernas praktiker, dels att den externa aktören har den expertis som verkställarna anser vara nödvändig för framtagandet av strategin (Whittington, 2006). Om dessa interna och externa praktiker kan förenas kan det leda till ett bättre strategiskt arbete inom organisationer och effektivare medel i avseendet hur det arbetet ska utföras, samtidigt som det skulle kunna öka kompetensen bland de strategiska verkställarna.

2.2.2. *Det strategiska folkhälsoarbetets möjligheter och hinder*

Van de Goor m.fl. (2017) menar att det finns flera orsaker till att det inte sällan finns ett gap mellan kunskap och det praktiska arbetet inom folkhälsoområdet. Denna lucka mellan policyskapare och användningen av evidens inom en organisations samtliga ledningssystem förklarar Van de Goor m.fl. (2017) genom att reda ut vilka faktorer som kan underlätta, samt

hindra arbetet i policyutvecklingsprocessen. Van de Goor m.fl. (2017) utgår från tre domäner för att beskriva dessa underlättande faktorer och hinder;

- Organisationer, system och infrastruktur
- Tillgång och tillgänglighet till relevant evidens
- Nätverkande och samarbete mellan forskare och policyskapare

Inom den första domänen *organisationer, system och infrastruktur* har Van de Goor m.fl. (2017) identifierat ett antal underlättande faktorer för policyutvecklingsprocessen. Domänen omfattar dels en välfungerande infrastruktur för den applicerbara forskningen som policymakarna kan ta del av. Dels syftar den till den närmast kringliggande miljön där bland annat stöd från kollegor och positiva attityder från chefer inom den egna organisationen ses en motivator i utvecklingen av policys. Att den som ansvarar för policyarbetet blir tilldelad specifika ekonomiska och tidsmässiga resurser från den egna organisationen samt att personalen får individuell utbildning för att öka kompetensen inom området faller också in som främjande faktorer under den här domänen. De hinder som kan uppfattas inom detta område är avsaknad av tid som en behöver för att kunna göra sitt arbete, dålig tillgång till databaser samt att medarbetaren inte innehar den kompetens som behövs för att bedriva sitt arbete (Van de Goor m.fl., 2017).

Inom den andra domänen *tillgång och tillgänglighet till relevant evidens* belyses de hinder som motverkar policyskaparnas möjligheter till att kunna applicera den forskning och kunskap som finns. Det har visat sig att det ofta kan vara svårt att applicera befintlig evidens i operationaliseringen av policydokument då den är för teoretisk eller för att resultaten av forskningen antingen är för omfattande eller för komplexa. Det gör att det kan vara svårt att möta de behov som finns om policys som tagits fram på en högre nivå ska anpassas till de lokala förutsättningar som finns. Det som i dessa fall skulle fungera som underlättande faktorer är om de aktörer som ska implementera hälsopolicys på exempelvis den lokala nivån har tillgång till kunskap om hur den aktuella forskningen ska omvandlas till praktisk handling (Van de Goor m.fl., 2017).

Inom den tredje och sista domänen, *nätverkande och samverkan mellan forskare och policymakare* uppmärksammar Van de Goor m.fl. (2017) vikten av tvärsektoriella samarbeten och relationer mellan policyskapare och forskare. Gränsöverskridande nätverk där aktörerna kan träffas för till exempel seminarier och konferenser skulle därmed kunna fungera som underlättande faktorer för policyskapande genom att det kan öka användningen av evidens i

policyprocessen. Det kan enligt Van de Goor m.fl. (2017) resultera i en direkt relation till både forskare inom hälsofältet som besitter den kunskap som behövs i arbetet, samtidigt som policyskaparna ges möjlighet till att träffa andra kollegor i liknande situation. Samverkan med aktörer utanför den egna organisationen kan inte bara leda till ett ökat kunskapsutbyte men också till att det etableras ett gemensamt språk för arbetet där man utgår från samma referensram (Van de Goor m.fl., 2017).

Sammanfattningsvis för detta avsnitt kan sägas att det finns många kringliggande faktorer som påverkar det strategiska arbetets organisering. Strategiskt arbete är dels en process där aktörerna kan vara mer eller mindre medvetna om de praktiker som styr det egna arbetet, dels finns det flera inom- och utom-organisatoriska aspekter som påverkar det strategiska arbetet.

3. Metod

I detta kapitel beskrivs det metodval och de vetenskapliga förhållningssätt som ligger till grund för denna uppsats. Vidare redovisas urval och tillvägagångssättet för insamlandet av empirin samt analysens genomförande. Avslutningsvis diskuteras uppsatsens validitet och reliabilitet.

3.1 Metodval

Undersökningen har genomförts med en så kallad metodtrianglering. Det innebär att fler än en metod eller informationskällor har använts vid insamlandet av empirin (Bryman, 2011). I detta fall har både kvalitativa telefonintervjuer och kvantitativa webbenkäter lagt grunden för den datainsamling som uppsatsen vilar på. Den kvalitativa metod som använts bottenar i den vetenskapsteoretiska riktningen hermeneutiken. Detta vetenskapliga förhållningssätt innebär att man söker att förstå andra människor genom att tolka vad de säger och på så sätt förstå meningsinnebörden i vad som sägs (Thurén, 2007; Backman m.fl., 2014) och har legat till grund för de intervjuer som genomförts i denna uppsats. Enkäterna som samlats in är en form av ett kvantitativt metodologiskt tillvägagångssätt som i sin tur bottenar i den positivistiska vetenskapsteoretiska riktningen som söker att på ett kritiskt sätt undersöka påståenden och iakttagelser för att sedan på ett logiskt sätt kvantifiera den insamlade fakta (Thurén, 2007). Den metodologiska ansats som satt ramarna för arbetet var till en början av induktiv karaktär då datainsamlingen skedde när frågeställningarna inte var helt fastställda och innan det teoretiska ramverket hade påbörjats (Bryman, 2011; Fejes & Thornberg, 2015). Under arbetets gång har dock ett abduktivt angreppssätt vuxit fram genom att både empiri och teori bearbetats i en process av växelverkan (Fejes & Thornberg, 2015) för att nå det slutliga resultatet.

3.2 Telefonintervjuer

Inom kvalitativ forskning är intervjuer troligen den mest använda metoden och har en stor betydelse inom samhällsvetenskapen (Bryman, 2011). Intervjuer möjliggör insamlande av information på ett djupgående plan då den kvalitativa intervjuprocessen präglas av en flexibilitet som innebär att personen som genomför intervjun kan avvika från de förberedda frågorna genom att ställa följdfrågor eller till och med helt nya frågor baserat på vad intervjupersonerna har svarat (Bryman 2011; Krag Jacobsen, 1993). Med avseende på de stora geografiska avstånd som finns mellan kommunerna i regionen så föll valet av intervjumetod på kvalitativa telefonintervjuer då detta ansågs som det mest tidseffektiva förfarandet. Enligt Bryman (2011) är det vanligare att genomföra telefonintervjuer vid kvantitativa surveyundersökningar än vid kvalitativa intervjuer. Det finns dock vissa fördelar med att göra

intervjuer per telefon. Dels sparar denna typ av intervjuer tid, dels är det ett kostnadseffektivt sätt att samla in sin empiri på, i synnerhet när det handlar om grupper eller personer som kan vara svåra att få tag i (Bryman, 2011). I detta fall har valet av telefonintervjuer inneburit att fler intervjuer har kunnat genomföras under en kortare tidsperiod på grund av det geografiska avståndet mellan de olika intervjupersonerna.

Inför intervjuerna konstruerades två olika intervjuguider (se bilaga 4) där den ena intervjuguiden anpassades med frågor till tjänstemännen vid kommunerna medan den andra anpassades med frågor till en person som är verksam inom folkhälsoarbetet på den regionala nivån. Denna person har i denna uppsats fått agera som informant genom att ge en övergripande bild över det regionala folkhälsoarbetet. Alla intervjuer som genomfördes utgick från semistrukturerade intervjuguider vilket innebär att frågorna har strukturerats utifrån från olika teman men samtidigt lämnat utrymme för intervjupersonerna att själva fritt kunde formulera sina svar (Bryman, 2011). Liknande teman användes i båda intervjuguiderna och de utgick till stor del från de frågeställningar som ligger till grund för den föreliggande undersökningen. De sex teman som togs fram var *bakgrund, strategiskt folkhälsoarbete, kunskap, resurser, uppföljning* samt *Norrbottnens folkhälsostrategi*. Enligt Esaiasson m.fl. (2012) är det viktigt att man vid konstruerandet av en intervjuguide dels tänker på att knyta an till den problemställning som finns för studien och dels att man ställer frågor som gör att samtalet blir flytande. En ansträngning gjordes för att frågorna som ställdes till intervjupersonerna skulle vara av så öppen karaktär som möjligt för att responsen kring de specifika frågorna skulle blir uttömmande. I de fall där detta inte lyckades utformades följdfrågor så att personerna kunde utveckla sina svar. Samtliga intervjupersoner kontaktades per telefon under arbetstid och varje intervju tog mellan 30–60 minuter att genomföra. Intervjuerna spelades sedan in med en diktafon efter att intervjupersonerna gett deras godkännande. Inspelningarna av intervjuerna ansågs av författaren nödvändiga i syfte att underlätta för transkriberingen i ett senare analysstadium.

3.3 Enkäter

Enkäter som datainsamlingsmetod är tillsammans med telefonintervjuer ett fördelaktigt alternativ i de fall som man vill att undersökningen ska omfatta en större mängd svarspersoner, i synnerhet om dessa är geografiskt utspridda (Esaiasson m.fl., 2012; Bryman, 2011). Fördelen med enkäter som har en stor mängd slutna frågor är att den typen av frågor ökar möjligheten att jämföra svaren. Ett hinder med enkäter som skickas ut är att respondenterna kan tolka de svarsalternativ som finns på olika sätt (Bryman, 2011). Det innebär att det frågebatteri som skickas ut till de tilltänkta svarspersonerna behöver vara lätt att förstå samtidigt som det bör

vara enkelt att besvara eftersom respondenterna inte har någon intervjuperson i närheten som ställer frågorna (Bryman, 2011). Det finns olika sätt som man kan skicka ut enkäter på, den vanligaste formen är enligt Bryman (2011) enkäter som skickas ut med posten till svarspersonerna. Utöver detta så kan enkäter även besvaras elektroniskt, antingen genom en webbaserad metod där empirin samlas in via enkäter som finns på olika typer av webbsidor, eller genom att datainsamlingsinstrumentet skickas iväg via epost eller annan likvärdig plattform (ibid). I detta fall skapades enkätformuläret i det webbaserade Google docs och skickades ut till respondenterna via e-post.

I enkätformuläret som skickades ut konstruerades enkätfrågorna under följande fyra teman; *kunskapsinhämtning, resurser i arbetet, uppföljning* samt *Norrbottnens folkhälsostrategi* (se bilaga 5). Dessa teman valdes för att enkäten inte skulle skilja sig för mycket från intervjuguiden samt att det var viktigt att också enkäten kunde relatera till uppsatsens frågeställningar. De enkätfrågor som ställdes föll inom ramen av en ordinalskala, som är en skala som mäter kvalitativa variabler och passar bra att använda i de fall man vill undersöka människors attityder (Barmark & Djurfeldt, 2015). Enligt Barmark & Djurfeldt (2015) är det viktigt att enkäter inte innehåller allt för många frågor eftersom det kan påverka respondenternas vilja att besvara den. Vi framtagande av enkäter bör man också tänka på att se till helheten vid sammansättningen av frågor och svarsalternativ för att undvika att formuläret blir spretigt eller tråkigt (ibid). Detta togs i beaktande vid utformningen av enkäten då frågorna dels omformulerades flertalet gånger i det initiala stadiet av enkätens utformande samt att en del frågor togs bort helt innan de slutligen reducerades ner till totalt 17 frågor. I syfte att tydliggöra frågorna i formuläret samt för att ge respondenterna ett visuellt avbrott mellan frågorna skrevs olika teman in som rubriker i enkätformuläret. Enkäten bestod av fyra öppna frågor där respondenterna ombads att själva fylla i sitt svar. Övriga frågor formulerades som påståenden där respondenterna fick bocka i det påstående som stämde överens med den egna uppfattningen på den femgradiga attitydskalan. Det svarsintervall som respondenterna kunde välja mellan på de slutna frågorna var *”(1) instämmer helt”, ”(2) instämmer delvis”, ”(3) tar delvis avstånd”, ”(4) tar helt avstånd”* samt *”(5) vet ej”*.

3.4 Urval och bortfall

De personer som medverkat i denna uppsats genom att antingen ställa upp på intervju eller genom att besvara enkäten har varierande bakgrund i arbetet med folkhälsofrågor. Några av tjänstemännen är anställda som folkhälsostrateger eller har en motsvarande anställningsform medan andra har helt andra befattningar. Gemensamt för deltagarna är att de alla arbetar i någon

mån med folkhälsofrågor eller har ett visst ansvar för det kommunala folkhälsoarbetet och kommer i denna uppsats återkommande att benämnas som *strateger*. Valet av intervjupersoner och respondenter grundar sig på ett så kallat målinriktad urval. Det innebär enligt Bryman (2011) att personerna är strategiskt utvalda för undersökningen för att skapa en överensstämmelse mellan de forskningsfrågor som finns och personer som är relevanta för de forskningsfrågorna. Totalt kontaktades sex personer via e-post med en förfrågan om att medverka i intervjuer för den här studien (se bilaga 6). Fem av personerna som kontaktades arbetar som kommunala tjänstemän inom några av kommunerna i Norrbotten. Ambitionen var att intervjua ungefär lika många personer inom de sju kommuner som har högst invånarantal respektive de sju kommuner som har lägst invånarantal, vilket i denna uppsats kommer att definieras som täta kommuner respektive landsbygdskommuner i enlighet med Tillväxtverkets (2020) kommuntypsinledning, vilken redovisas nedan i tabell 1.

Tabell 1. Kommuntyper.

Kommun	Kommuntyp
Arvidsjaur	Landsbygdskommuner
Arjeplog	Landsbygdskommuner
Jokkmokk	Landsbygdskommuner
Överkalix	Landsbygdskommuner
Kalix	Täta kommuner
Övertorneå	Landsbygdskommuner
Pajala	Landsbygdskommuner
Gällivare	Täta kommuner
Älvsbyn	Landsbygdskommuner
Luleå	Täta kommuner
Piteå	Täta kommuner
Boden	Täta kommuner
Haparanda	Täta kommuner
Kiruna	Täta kommuner

Källa: Tillväxtverket (2020).

Tillväxtverkets definition av täta kommuner avser de kommuner som har mindre än 50 procent av sin befolkning boendes i rurala områden, medan landsbygdskommuner avser de kommuner där *minst* 50 procent av befolkningen bor i rurala områden.

Dock stötte författaren på vissa hinder under uppsatsens gång med att få tag på intervjupersoner på grund av förhinder från en av kommunernas sida samt svårigheter att få tag på ytterligare

intervjupersoner, vilket således resulterade i att tjänstemännen i en av fem kommuner som klassificerats som ”täta kommuner” har intervjuats.

En av intervjupersonerna arbetar på ett strategiskt plan med folkhälsofrågor på den regionala nivån i Norrbotten där det bland annat ingår i arbetsuppgifterna att stötta kommunerna i folkhälsoarbetet. Den personen har figurerat som informant i denna uppsats för att öka förståelsen för folkhälsoarbetet regionalt och informationen från den intervjun redovisas inte som ett av resultaten.

Enkäten skickades ut via e-post till de nio kommuner som inte fått en förfrågan om att medverka i en intervju. Enligt Bryman (2011) är den största fördelen med att skicka en enkät via e-post att det är enkelt för respondenterna att skicka tillbaka frågeformuläret och att det inte krävs några komplicerade datorkunskaper för att kunna svara på den elektroniskt. Tanken var att enkäten skulle vara integrerad i själva e-postmeddelandet så att alla frågor syntes när respondenterna öppnade mailet. Vid utskick av påminnelser där tjänstemännen ombads att besvara enkäten framgick det dock att några av respondenterna hade besvarat den, dock hade resultaten inte registrerats av okänd anledning. Påminnelserna ökade svarsfrekvensen och resulterade i sju svar, dock blev det även i enkätsvaren ett bortfall. Totalt 12 tjänstemän inom 12 av de 14 kommunerna i Norrbotten har deltagit i studien. Fem personer har intervjuats och sju personer har fyllt i enkäten. Samtliga data har insamlats under våren och sommaren 2019.

3.5 Analysens genomförande

De inspelade intervjuerna transkriberades med noggrannhet i syfte att återge vad personerna berättat på ett så exakt sätt som möjligt. Enligt Bryman (2011) är det viktigt att man i transkriberingsskedet inte lägger till något ord som kan tänkas passa in där man inte vad personen säger med risk för att förändra innebörden i vad intervjupersonen har sagt. I de fall som det varit svårt att höra vad personen säger på inspelningen så har det skrivits ut som ”ohörbart” i texten. En utmaning inom kvalitativ analys är att kunna urskilja det som är relevant ur en större mängd data och att identifiera betydelsefulla mönster (Fejes & Thornberg, 2015). För att underlätta analysarbetet sorterades empirin från de fem intervjuerna som ingår i studien in under olika kategorier som utgått från uppsatsens frågeställningar. Kategoriseringarna underlättade analysens genomförande då det förenklade möjligheten till att överblicka och jämföra svaren på frågorna för att se vad intervjupersonerna hade gemensamt och vad som skilde dom åt (Fejes & Thornberg, 2015).

De kategorierna med respektive underkategorier följer;

- **Organiserat folkhälsoarbete**
 - Lokalt arbete
 - Regionalt arbete

- **Folkhälsostrategin**
 - Inflytande
 - Spridning

- **Resurser**
 - Ekonomi
 - Tid
 - Kunskap
 - Stöd

I analysen av de slutna enkätsvaren användes till stor del samma kategorier för att ta ut de sortera frågorna som ställdes i enkäten. De fyra öppna frågorna som fanns i enkäten där respondenterna själva fick fylla i svaren sammanställdes under de rubriker som frågorna hade i enkätformuläret. Analysen gjordes i statistikprogrammet SPSS där kommunerna kodades in som antingen *landsbygdskommun* eller som en *tät kommun* utifrån Tillväxtverkets (2020) kommunindelning som redogjorts för i föregående avsnitt. Respondenterna kodades in i grupperna *heltid* samt *deltid* baserat på ifall de arbetade heltid eller deltid med folkhälsofrågor. Analysformen som användes var korstabeller eftersom analyser genom korstabeller enligt Barmark och Djurfeldt (2015) är ett lämpligt val när man genomför analyser av kvalitativa variabler, då de består av relativt få värden att ta hänsyn till.

3.6 Etiska reflektioner

Inom forskningen finns det etiska aspekter som måste tas i beaktande, inte minst när det kommer till de aspekter som berör deltagarna som ingår i studien (Gibbs, 2007). De etiska aspekterna påverkar främst planeringen av studien och datainsamlingen där deltagarna i förväg måste vara informerade om vad det innebär att vara med i den specifika undersökningen, men också *hur* den information som delas med forskaren ska hanteras (ibid). Vetenskapsrådet (2002) har tagit fram fyra etiska principer och regler för humanistisk- och samhällsforskning:

Den första principen är *informationskravet*. Det innebär att forskaren ska informera uppgiftslämnare och deltagare i studien om forskningens syfte. Vidare ska forskaren ange deltagarna vad deras uppgift i projektet är, upplysa deltagarna om att deras medverkan är frivillig och att de har rätt att avbryta sin medverkan. Här ingår även att informera deltagarna att de uppgifter som de lämnar inte kommer att användas i andra syften. I denna uppsats har samtliga deltagare fått information om studiens syfte och intervjupersonerna fick även information om att de när som helst kunde välja att avbryta sitt deltagande.

Den andra principen, *samtyckeskravet*, innebär att personer som deltar i en undersökning eller studie har rätt att själva bestämma på vilka villkor som de ska delta i studien och att deltagarna kan avbryta sin medverkan utan att det får negativa följder för dessa. Innan intervjuerna startade så fick intervjupersonerna en fråga ifall det gick bra att intervjuerna spelades in. Informationen om att intervjuerna skulle kommas att spela in stod även i det email som gick ut till de tilltänkta intervjupersonerna vid förfrågan om intervju.

Konfidentialitetskravet i sin tur handlar om skyddandet av personuppgifter. Denna princip innebär att deltagarnas personuppgifter ska hanteras och förvaras på ett sådant sätt så att inga obehöriga utanför den aktuella studien kan ta del av dem. Principen innebär också att ingen utanför studien ska kunna identifiera deltagarna. I denna studie har allt insamlat material förvarats på ett sådant sätt att ingen obehörig har haft tillgång till varken ljudfiler, transkriberat material eller andra uppgifter som skulle kunna identifiera deltagarna som har ingått i denna uppsats.

Den fjärde principen, *nyttjandekravet*, innebär att de uppgifter som samlats in endast får användas i det syfte som är angett. Uppgifterna får därmed inte användas för kommersiellt bruk eller för andra typer av utomvetenskapliga syften. Den insamlade empirin och övriga uppgifter som berör studiens syfte kommer vid arbetets slut att raderas då syftet med dessa uppgifter har fyllt sin funktion.

3.7 Reliabilitet och validitet

Innebörden av forskningens kvalitetskriterier skiljer sig något åt beroende på ifall det är kvalitativ eller kvantitativ forskning som åsyftas. Begreppen reliabilitet och validitet hör främst den kvantitativa forskningen till och det har inom forskningen diskuterats flitigt kring hur de två begreppen ska tillämpas inom den kvalitativa forskningen (Frick, 2014; Bryman, 2011).

3.7.1 Kvalitetskriterier inom kvalitativ forskning

Flick (2014) menar att forskare inom den kvalitativa traditionen kan öka reliabiliteten avseende empiri och tolkningar beroende på hur man spelar in och dokumenterar sin data, så kallad *procedural reliability*. Ett sätt att öka reliabiliteten vid insamlandet av data vid intervjuer är enligt Flick att intervjuaren övar på att hålla intervjuer och att vara noggrann med intervjuguiden som används. Enligt Flick behöver empirin även förklaras på ett sådant sätt att det går att urskilja vad som är intervjupersonens utsago och vad som är intervjuarens tolkning av det som sagts. Som motvikt till de kvantitativa begreppen validitet och reliabilitet har Bryman (2011) listat alternativa kriterier för att bedöma kvalitativa studier:

Begreppet *pålitlighet* inom den kvalitativa forskningen är den kvantitativa forskningens motsvarighet till reliabilitet. Pålitlighet innebär ett säkerställande av att det skapas en fullständig och tillgänglig redogörelse av alla faser i forskningsprocessen, från problemformulering till val av undersökningspersoner, intervjuutskrifter, analysen av empirin och så vidare.

Överförbarhet är den kvantitativa forskningens motsvarighet till extern validitet och innebär att forskaren ger en riklig och detaljrik beskrivning av det som studeras i syfte att förse andra forskare och personer med en så kallad "databas" som kan användas för att uppskatta i vilken utsträckning resultaten är överförbara till en annan miljö.

Trovärdighet är ett annat kriterium inom kvalitativ forskning som närmast kan motsvara den kvantitativa forskningens interna validitetsbegrepp. Detta begrepp handlar om att forskaren behöver skapa en trovärdig beskrivning av de resultat som framkommer, samtidigt som denne säkerställer att forskningen har följt de regler som finns (Bryman, 2011). Ytterligare aspekter av trovärdighetskriteriet är att forskaren använder sig av triangulering i sin inhämtning av empiri samt låter sina undersökningspersoner ta del av forskningen för att dessa ska kunna bekräfta att forskaren har uppfattat det som undersökningspersonerna har delat med dig av. Detta kallas i sin tur för respondentvalidering (ibid).

I denna uppsats har en ansträngning gjorts för att ge en tydlig redogörelse över uppsatsens förfarande som helhet. Ambitionen har varit att ge läsaren en förståelse över forskningsprocessen som helhet och en sann och trovärdig redovisning av studiens resultat utan någon tanke på att resultaten av studien kommer att gå att överföras till en annan, om än liknande miljö.

3.7.2 Kvalitetskriterier inom kvantitativ forskning

Inom den kvantitativa forskningen innebär reliabilitet pålitligheten, följdriktningen och överensstämmelsen hos ett mått på ett begrepp som man mäter (Bryman, 2011). Enligt Barmark & Djurfeldt (2015) är en grundprincip för att en mätning har en hög grad av reliabilitet att samma frågor i ett frågebatteri ska kunna ställas till samma respondenter vid två skilda tillfällen och ge liknande resultat, såvida inte fenomenet som undersökts kan antas ha förändrats mellan de olika mättillfällena. Det krävs också att undersökningen bygger på ett representativt urval av personer och att de frågor som ställs förstås av respondenterna och inte är otydligt formulerade för att undvika att slumpfaktorn resulterar i mätfel (Thurén, 2007; Barmark & Djurfeldt, 2015). Bryman (2011) tar i sin tur upp tre faktorer att ta hänsyn till för att bedöma ifall ett mått är reliabelt eller inte;

- *Stabilitet* innebär att måttet över tid är så pass stabilt att man ska kunna mäta samma sak två gånger efter varandra, till exempel olika typer av kundundersökningar, utan att resultaten ska skilja sig nämnvärt åt.
- *Intern reliabilitet* utgör frågan huruvida indikatorerna på en skala är pålitliga och följdriktiga.
- *Interbedömarreliabilitet* avser överensstämmelsen mellan olika forskare. Vid kategorisering av data så som exempelvis svar på öppna frågor eller innehållsanalyser finns det en risk för att likheten mellan forskarnas subjektiva bedömningar är för liten vid analysen av empirin.

Då den föreliggande uppsatsen inte är en longitudinell studie av något slag, samt inte har mer än en författare så har därav inte någon hänsyn tagits till de faktorer som Bryman (2011) kallar för ”stabilitet” eller ”interbedömarreliabilitet”. Avseende den interna reliabiliteten så har ett omsorgsfullt arbete lagts ned för att ta fram det frågebatteri med indikatorer som utgjort enkäten för att undvika otydligt formulerade frågor vid mätandet av det fenomen som uppsatsen avser att undersöka. Enkätfrågorna har även konsekvent (med några få undantag för de öppna frågorna) haft samma skalnivå och numrering (1–5) med lägre nummertal ju mer positiv attityd respondenten haft till påståendet. För att öka reliabiliteten menar Barmark och Djurfeldt (2015) även att det är fördelaktigt att ställa ett stort antal frågor kring det fenomen som ska undersökas ifall man är osäker på hur fenomenet ska mätas, vilket har varit ambitionen även här.

Medan reliabilitet innebär hur någonting mäts inom kvantitativ forskning inbegriper validitet istället vad det är som mäts och att man har undersökt det som man tänkt att undersöka från

första början (Djurfeldt & Barmark, 2015; Thurén, 2007). Esaiasson m.fl. (2012) skiljer mellan *begreppsvaliditet* och *resultatvaliditet*. Det förstnämnda definierar Esaiasson m.fl. som huruvida den teoretiska definitionen och den operationella indikatorn överensstämmer. Genom att ställa rätt frågor som rör undersökningens syfte operationaliseras de teoretiska begreppen som undersökningen syftar till att undersöka. Det innebär att frågorna är de operationella indikatorerna och ifall dessa ställs felaktigt så riskerar undersökaren att upprepa samma systematiska fel gång på gång medan en god begreppsvaliditet innebär en frånvaro av systematiska fel (Esaiasson 2012). Resultatvaliditet i sin tur är enligt Esaiasson m.fl. huruvida man mäter det som man påstår sig mäta och för en god resultatvaliditet krävs det både att begreppsvaliditeten är god och att reliabiliteten är hög, d.v.s. att undersökningen har en frånvaro av både systematiska och slumpmässiga fel under datainsamlingen och databearbetningen. Både vid framställandet av enkätformuläret och innan det skickades ut till svarspersonerna lästes formuläret igenom med noggrannhet med fokus på en överensstämmelse mellan det fenomen som undersöks och de frågor som ställts.

4. Resultat och analys

I föreliggande kapitel följer först en resultatredovisning med tillhörande analys. Dessa redovisas under rubrikerna *Det strategiska arbetet*, *Norrbottnens folkhälsostrategis inflytande över lokala prioriteringar*, *Den regionala folkhälsostrategin som kunskapsspridning* samt *Resurser i arbetet*. Detta efterföljs av en diskussion av resultaten och förslag för framtida forskning.

4.1 Det strategiska arbetet

Analysen visade att fem av tolv kommuner hade anställda som arbetade med fokus på folkhälsorelaterade frågor. Två av de intervjuade strategierna arbetar på heltid med folkhälsorelaterade frågor eller i kombination med jämställdhetsfrågor inom respektive kommun, varav den ena klassas som en landsbygdskommun och den andra som en tät kommun. I den förra kommunen har man integrerat folkhälsoarbetet i de ordinarie styrledningsstrukturerna vilket innebär att de olika förvaltningarna har ett prioriterat utvecklingsområde som man inom förvaltningarna väljer hur man ska arbeta med för att uppnå det målet. Kommunen har även en gemensam handlingsplan med två andra kommuner i Norrbotten för att möta de folkhälsoutmaningar som finns, vilket intervjupersonen tycker har fungerat bra då personen menar att man kan göra gemensamma insatser i folkhälsoarbetet. I den senare kommunen beskriver intervjupersonen att man inte heller använder sig av en särskild folkhälsostrategi utan har arbetat för att få in folkhälsofrågor i de styrdokument som finns inom kommunen, bland annat i en översiktsplan. Övriga intervjupersoner arbetar inom landsbygdskommuner på deltid med denna typ av frågor och det framkommer att det vid en av dessa kommuner finns en specifik folkhälsostrategi. I de två övriga kommunerna har man antingen antagit Norrbottens folkhälsostrategi 2018–2026 eller valt att göra en lokal handlingsplan och en utvecklingsstrategi där folkhälsofrågor ingår.

Under intervjuerna framkom det att det finns en samverkan på olika nivåer inom folkhälsoarbetet, både inom och utanför kommunerna. En av intervjupersonerna berättar att kollegor inom de olika förvaltningarna arbetar med frågor som går in i folkhälsoområdet, både vad gäller samordning av grupper som bland annat arbetar ute i skolor och med förebyggande insatser på ett strategiskt plan inom specifika områden. Intervjupersonen ger sin syn på arbetet inom kommunen;

”Jag tycker att vi har en bra struktur på den strategiska nivån. [...] Det man jobbar med längst ner på golvet tycker jag funkar bra. Sen där emellan känns det som att det kanske kan bli bättre. Jag vet inte, jag har inte så bra koll men jag skulle vilja ha mer fart på det.”

Gemensamt för de flesta intervjupersonerna är att de berättar att de har ett så kallat hälsoråd som ska lyfta och styra frågor som berör hälsa inom den kommunala organisationen. De olika hälsoråden involverar dels tjänstemän och politiker från den egna organisationen samt personer inom skolväsendet, så som rektorer och ungdomar som är med i skolans elevråd. Dels består råden av flertalet externa aktörer. De exempel på externa aktörer som angetts verka inom dessa råd är; polisen, Svenska kyrkan, hälsocentraler, Folk tandvården, Arbetsförmedlingen och lokala föreningar. Några av intervjupersonerna beskriver att det utöver hälsoråden finns olika undergrupper till dessa som (med varierande benämningar) innebär lokala krisgrupper, säkerhetsgrupper och liknande. Beskrivningarna av hur det strategiska folkhälsoarbetet ser ut, där kommunerna tillsammans med andra samhällsviktiga aktörer bedriver en gemensam dialog och samverkar i olika insatser visar att arbetet för en god folkhälsa kan och bör bedrivas på flera olika nivåer i samhället. Dessa berättelser speglar både Whittingtons (2006) och Van de Goors m.fl. (2017) tankar om att samverka med aktörer utanför den egna organisationen kan leda till ett ökat kunskapsutbyte och till ett gemensamt språk i folkhälsoarbetet som kan vara till nytta både på organisatoriska och yrkesmässiga plan. En intervjuperson vid en landsbygdskommun berättar att en av undergrupperna som finns inom kommunen arbetar förebyggande med fokus på psykisk hälsa. Det är ANDT-samordnaren som är den sammankallande personen där flera av de ovan nämnda externa aktörerna är med. Enligt intervjupersonen har man arbetat för att försöka samla alla aktörer som berör området psykisk hälsa och man har även involverat kommunens kostchef i arbetet. Personen berättar att tanken med de olika grupperna är att man ska kalla dom i olika frågor som man ska behandla och fungera som en remissinstans. En annan intervjuperson som arbetar inom en landsbygdskommun beskriver hälsorådets uppgift på följande sätt;

”Det finns ett hälsoråd som kan anta inriktningar för hälsoarbetet men det har inte beslutanderätt. Men det har dom inte gjort än idag.”

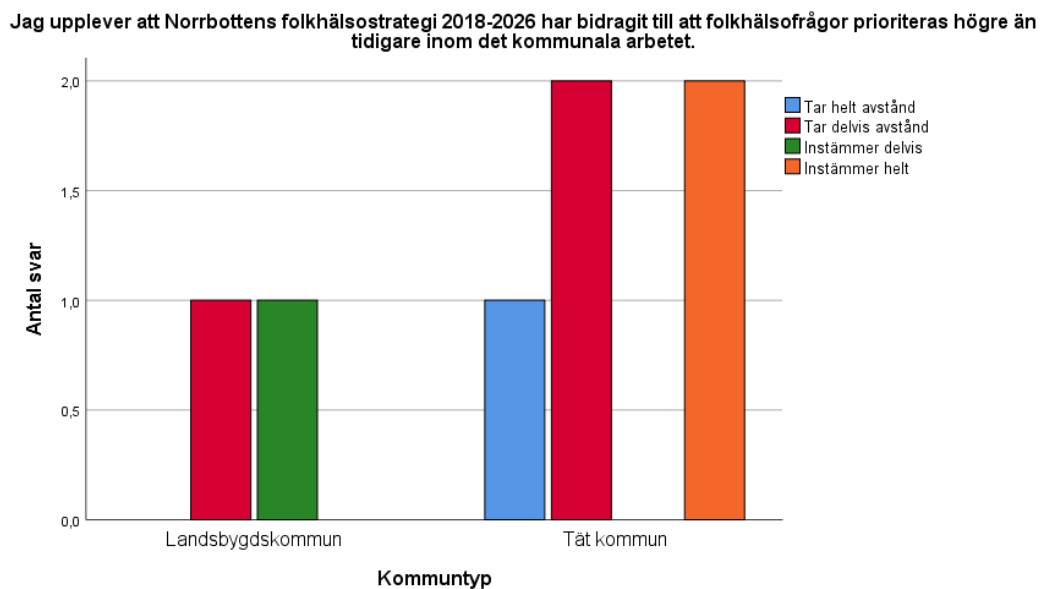
Citatet ovan visar på att hälsorådet inte har tagit några inriktningar för folkhälsoarbetet trots att påståendet kan tolkas som att rådet har organisatorisk möjlighet att göra det. Orsakerna kan vara flera men inte sällan finns det enligt Van de Goor m.fl. ett kunskapsgap inom folkhälsoarbetet eller avsaknad av tid som kan tänkas hindra personer som inte aktivt arbetar med hälsofrågor på heltid från att prioritera dessa typer av frågor. Sammanfattningsvis visar

resultaten att de flesta av strategierna dock är positiva till hur det kommunala folkhälsoarbetet är organiserat.

4.2 Norrbottens folkhälsostrategis inflytande över lokala prioriteringar

På enkätfrågan ifall strategierna upplever att den framtagna gemensamma strategin för Norrbottens folkhälsoarbete har bidragit till att folkhälsofrågor prioriteras högre än tidigare inom det kommunala arbetet svarade fyra av sju respondenter antingen att de ”tar delvis avstånd” eller att de ”tar helt avstånd” från påståendet. Tre av respondenterna svarade att de antingen instämmer helt eller instämmer delvis i påståendet. Fördelningen av enkätsvaren visas i figuren nedan:

Figur 2. Prioritering av frågor.



Under intervjuerna när frågan ställdes ifall den regionala strategin har medfört att folkhälsofrågor prioriterats högre inom det kommunala arbetet än tidigare så svarade tre av fem strateger att de inte upplevde att den hade påverkat prioriteringarna medan två strateger svarade att de inte vet huruvida den har påverkat de kommunala prioriteringarna eller inte. En strateg som arbetar heltid med folkhälsofrågor i en vad som klassas som ”tät” kommun förklarar det med att man redan inom organisationen har arbetat med denna typ av frågor under en längre tid;

”Jag tror inte att den [strategin] har påverkat hur kommunen jobbar med folkhälsofrågor då man arbetat med den typen av frågor sedan 2013. Man har inte lyft den [strategin] så mycket i kommunen.”

Citatet av intervjupersonen ovan kan tolkas som att det inom den kommunen finns starkt rotade normer och rutiner samt en strategisk praxis för folkhälsoarbetet (Whittington) och att arbetet därmed inte har påverkats i någon större utsträckning av den regionala strategin. Ytterligare en strateg menade att även om inte strategin medfört att folkhälsoarbetet prioriterats högre inom kommunen så har konsekvenserna av den trots allt fungerat för att initiera ett intresse;

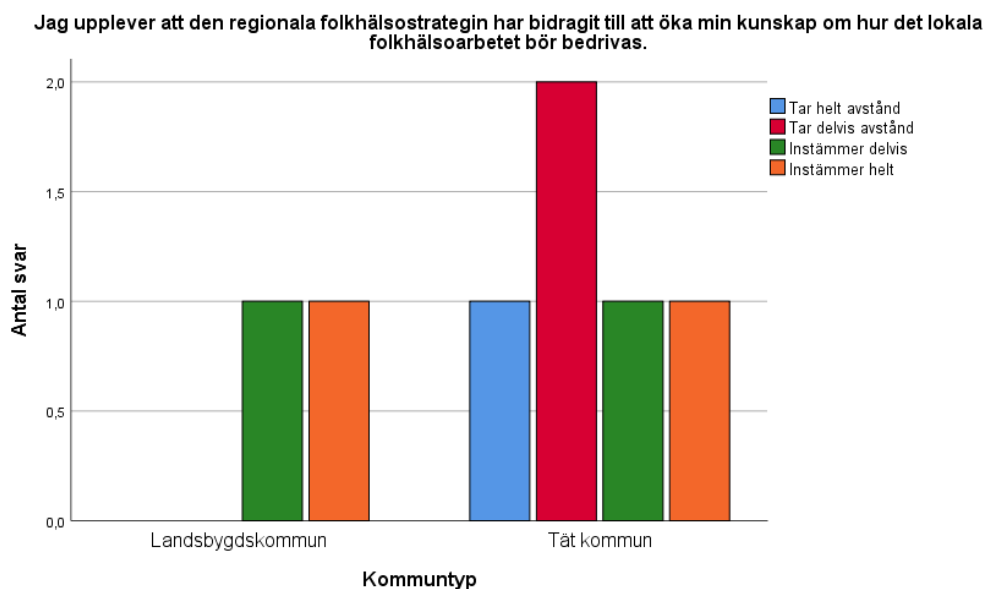
”Regionalt såklart har den gjort mest skillnad och jag tror också att den strategin har gjort så att intresset har ökat [...] Då vet jag inte om det är direktverkande från strategin eller om det är från dom personer som varit involverade i strategin... Men det känns som att strategin har varit startskottet för att öka intresset regionalt och även inkluderat... liksom på lokal nivå.”

Citatet ovan visar att även om personen är osäker på ifall det beror på strategin i sig själv, eller de aktörer som har varit med och skapat strategin, så upplever personen att *intresset* för folkhälsofrågor har ökat. Detta är ett tydligt exempel på hur utom-organisatoriska rutiner eller tankesätt, i detta fall från de regionala aktörerna, kan förändra normer och attityder såvida verkställarna har förtroende för de externa aktörerna (Whittington), även om resultaten visar att strategerna inte upplever att de faktiska prioriteringarna av folkhälsofrågor inom kommunerna ökat nämnvärt.

4.3 Den regionala folkhälsostrategin som kunskapsspridning

På påståendet ifall den regionala strategin har ökat kunskapen om hur det lokala folkhälsoarbetet bör bedrivas svarade fyra av respondenterna att de ”instämmer helt” eller ”instämmer delvis”. Tre av respondenterna svarade att de ”tar delvis avstånd” eller att de ”tar helt avstånd”. Resultatet av enkätfrågan och fördelningen av svaren visas i figur 3.

Figur 3. Ökad kunskap.



När frågan ställdes till intervjupersonerna svarade endast en av de fem intervjupersonerna, som är verksam vid en av landsbygdskommunerna, att Norrbottens folkhälsostратегin har bidragit till att öka kunskapen på ett övergripande sätt kring hur folkhälsoarbetet ska bedrivas. Totalt med svaren från enkäterna och intervjupersonerna upplevde sex av tolv personer att strategin inte nämnvärt hade ökat deras kunskap i frågan. Av dessa sex är fyra personer verksamma inom kommuner som benämns som ”täta” kommuner. Fem av strategerna menar att deras kunskap om hur det lokala folkhälsoarbetet bör bedrivas har ökat med hjälp av folkhälsostратегin, varav tre av dessa arbetar i landsbygdskommuner. En av strategerna som arbetar i en landsbygdskommun svarade varken ja eller nej på frågan ifall kunskapen ökat men beskrev strategin som en målbeskrivning där inte tillvägagångssättet för hur man ska nå målen beskrivs men menade ändå att strategin förmodligen gör det som den är avsedd att göra. Att folkhälsostратегin saknar konkreta förslag på hur man ska gå tillväga i folkhälsoarbetet nämns också av ytterligare en intervjuperson;

”Jag är oerhört irriterad på den här folkhälsostратегin som har tagits fram, jag tycker att den är otydlig, den säger ingenting, det är bara en massa ord och de har inte belyst någonting av det som vi faktiskt ser som... alltså dom säger att det är problem men... det är mycket snack i den.”

I citatet ovan beskriver personen en irritation över att folkhälsostратегin känns otydlig. Vidare uttryckte samma person en frustration över de handlingsplaner som tagits fram i samband med Norrbottens folkhälsostратегin och upplevde att man har gått över huvudet på kommunerna när

man har tagit fram dessa. Personen menade att strategin för folkhälsoarbetet måste komma från den regionala nivån men ansåg samtidigt att den hade behövt vara skriven på ett sådant sätt så att kommunerna själva kan ta ut lokala handlingsplaner utifrån den gemensamma strategin;

”Om jag hade fått önska hade jag velat att folkhälsostrategin var en del av utvecklingsstrategin. Att folkhälsostrategerna i regionen hjälpte till att ta fram riktlinjer för hur vi ska arbeta, precis som dom andra [kommunerna] tycker men att vi hade ansvaret att ta fram handlingsplanerna för respektive kommun. Så skulle jag velat att det såg ut. Då hade det blivit en röd tråd men samtidigt fått hjälp av dom som har expertisen med ”huret”. Men samtidigt hade ju ansvaret legat på oss. För ansvaret måste ligga på oss att ta fram relevanta planer.”

Här kan en anledning till avsaknaden av en upplevd ökad kunskap hos hälften av strategerna bero på att den målbild och information som strategin beskriver redan är känd hos strategerna. Men som de senare citaten visar så finns det en frustration som kan tolkas bottna i en känsla av att den regionala folkhälsostrategin inte möter det behov som kommunerna upplever. Dessa resultat visar tydligt att det vid skapandet av nätverk där flera olika aktörer ingår är viktigt att tidigt etablera en balans mellan de externa aktörerna och de på lokal nivå så att inte de lokala företrädarna som förväntas implementera program eller policys upplever att dessa går emot deras erfarenheter och de resurser som de har att tillhandahålla (Valente m.fl.). Risken med policys eller strategidokument som tas fram på en högre nivå är att det kan vara svårt att möta de behov som finns på den lokala nivån då den riskerar att bli för teoretisk (Van de Goor m.fl.). Då Norrbottens folkhälsostrategi har tagits fram av regionala aktörer, dock i viss samverkan med bland annat kommunerna i Norrbottens län, så innebär det att de rutiner, normer och tankesätt som är inbäddade i aktörernas organisationer på den regionala nivån och som rör folkhälsoarbetet inte nödvändigtvis behöver likna de praktiker som finns inom de kommunala organisationerna och vice versa (Whittington). En diskrepans mellan praktikerna innebär att det blir svårt för de kommunala aktörerna att utföra ett konkret arbete (dess strategiska praxis) ifall de utom-organisatoriska, regionala, aktörerna inte accepteras som legitima av de lokala verkställarna (ibid).

4.4 Resurser i arbetet

På frågan ifall personerna upplever att de har nog med *tid* för att bedriva ett framgångsrikt folkhälsoarbete så visar enkätsvaren att majoriteten, fem av sju personer, svarade att de ”instämmer helt” eller ”instämmer delvis” på frågan ifall de ansåg att de har de tidsmässiga

förutsättningarna som behövs för sitt arbete inom folkhälsoområdet (se bilaga 7, figur 4). Av dessa arbetar två personer på heltid med folkhälsoarbete. Två personer svarade att de ”tar helt avstånd” från påståendet. Enkätsvaren skiljer sig således inte särskilt från de svar som framkom under intervjuerna. En person som arbetar deltid med folkhälsofrågor menade att denne sällan har tid till att ta del av de saker som de regionala aktörerna bjuder in till då tiden inte räcker till. Gemensamt för de övriga intervjupersonerna, oavsett sysselsättningsgrad inom folkhälsoarbetet, var att de menade att upplevelsen av den tidsmässiga faktorn berodde på vilka avgränsningar man gör eller var man sätter nivån för sitt arbete. En av intervjupersonerna menade att tiden räcker till då denne inte är ensam ansvarig för att se till att folkhälsoarbetet i kommunen blir av utan snarare fungerar som en samordnande funktion inom området.

När det kommer till de *ekonomiska förutsättningarna* upplever hälften av strategerna att de har de resurser som de behöver för att bedriva ett gott folkhälsoarbete. En intervjuperson menar att då folkhälsoarbetet är integrerat i förvaltningarna så finns det medel till att exempelvis ta in någon som håller i utbildningar om det skulle behövas, även om resurserna kanske är något begränsade. En annan av intervjupersonerna menar att de trots deras relativt lilla folkhälsobudget har små kostnader och därmed kan ta in föreläsare och liknande som på olika sätt kan främja folkhälsan i kommunen. I fritextrutan i enkäten som skickades ut har en av strategerna skrivit att de ekonomiska resurserna tyvärr inte finns i en liten kommun som personen verkar i, liknande åsikter kan även ses i svaren från de intervjupersoner som menar att de ekonomiska resurserna inte finns. Tidsmässiga och ekonomiska förutsättningar från den egna organisationen har visat sig vara främjande faktorer för att kunna bedriva ett lyckat folkhälsoarbete (Van de Goor m.fl.). Att majoriteten av strategerna anser att de har de tidsmässiga förutsättningar för att bedriva sitt arbete kan å ena sidan uppfattas som att de anser att den tid som de lägger på folkhälsoarbetet är nog, och kan å andra sidan uppfattas som att de har en organisation bakom sig som prioriterar folkhälsoarbetet. Att hälften av strategerna anser att de inte har de ekonomiska resurser som de hade önskat för att bedriva folkhälsoarbetet kan precis som Van de Goor m.fl. menar utgöra ett hinder för ett aktivt folkhälsoarbete.

På frågan om strategerna upplever att de har den *kunskap* som de behöver för att bedriva folkhälsoarbetet är de flesta överens om att de besitter den kunskap som krävs i det arbete som de gör. En person svarade ”tar helt avstånd” på frågan i enkäten. Övriga respondenter svarade jämnt fördelat att de ”instämmer helt” och ”instämmer delvis” (se bilaga 7, figur 5) vilket speglar intervju svaren. Några av intervjupersonerna menade att det alltid finns mer kunskap som en kan ta till sig inom vissa områden men att de ansåg att grundkunskapen trots allt finns

där. Tio av de tolv tillfrågade personerna uppgav också att de själva är aktiva i att inhämta kunskap och uppdatera sig inom folkhälsoområdet. De källor till kunskap som strategerna hämtade information från var; olika databaser (t.ex. KOLADA och Scb), nätverksträffar och konferenser, nätbaserade nätverk av olika slag (t.ex. Healthy cities och Sveriges kommuner och Landsting, SKL), webbsidor (Region Norrbotten, Folkhälsomyndigheten och Socialstyrelsen) samt från forskning och olika undersökningar. Resultaten visar att strategerna använder sig av olika former av nätverk och samverkan för att ta till sig ny kunskap. Denna form av kunskapsinhämtning/kunskapsutbyte ses som ett etablerat och positivt sätt att tillskansa sig erfarenhet med andra både inom sin egen bransch för att kunna använda sig av den i sitt arbete inom det strategiska hälsofältet (Whittington; Van de Goor m.fl.; Valente m.fl.).

Positiva attityder och stöd från den egna organisationen och den kringliggande miljön är en motivator i utvecklandet av hälsopolicys (Van de Goor m.fl.). Sammantaget är strategernas upplevelser av *stöd* i arbetet från den egna organisationen positiva. Majoriteten ansåg att de får nog med stöd i arbetet från den egna organisationen. Vad gäller upplevelsen av stöd från de centrala regionala aktörerna inom folkhälsoarbetet; Länsstyrelsen, Region Norrbotten och Norrbottens kommuner så upplevde de flesta strateger även här att det finns stöd att tillgå. En respondent uppgav under en öppen fråga kring upplevelsen av det regionala respektive lokala stödet att kommunen inte i någon högre grad har efterfrågat stöd inom folkhälsoområdet, och att denne ansåg att frågan därför var svår att bedöma, men svarade att de nätverk som de regionala aktörerna driver har fyllt en funktion för dialog mellan regionala och lokala parter. En annan respondent skrev under en öppen fråga i enkäten att personen tycker att det finns ett bra stöd från den regionala nivån genom deltagandet i den styr- och arbetsgrupp som även personen är verksam inom. En intervjuperson som arbetar inom en ”tät” kommun beskrev sin upplevelse av det regionala stödet;

”Från regionen har jag fått en del när det gäller statistik. Men där skulle vi behöva än mer än vad vi får. Sedan är det inte så mycket mer som man kanske får via regionen eller länsaktörerna just nu. Jag kan känna att det skulle vara bra att få lite mer härifrån. Lite sån här påfyllnad, inspirationspass och då handlar det mycket om att det kanske inte är regionen eller nån länsaktör själv, utan att man kanske bjuder in folk eller har webbföreläsningar eller så.”

Personen upplever även att folkhälsoarbetet på den regionala nivån är splittrat. Personen känner att arbetet som de tre länsaktörerna Länsstyrelsen, Region Norrbotten och Norrbottens kommuner gör har tre olika spår och anser att det är viktigt att man kan jobba tillsammans med

folkhälsofrågorna. Personen menar att denne förstår viljan och ambitionerna hos länsaktörerna men menar samtidigt att fokus behöver ligga mer på hur man kan stötta de enskilda kommunerna utifrån kommunernas behov och att aktörerna behöver bli mer lyhörda för de enskilda kommunerna och hjälpa dem med att komma igång med de frågor som behövs. Spitters m.fl. (2017) och Kuunders m.fl. (2017) belyser att en tvärssektoriell samverkan i folkhälsoarbetet kan effektivisera arbetet med hälsoriktlinjer men det kan också medföra utmaningar så som olika intressen som de olika organisationerna vill driva igenom. I det här fallet är det gissningsvis inte skilda intressen som intervjupersonen ser som utmanande, utan här kan det tolkas som att det är känslan av brist på engagemang från länsaktörerna.

En annan intervjuperson som arbetar i en landsbygdskommun upplever att man på den regionala nivån pratar på ett alldeles övergripande plan om folkhälsa och att det känns som att de regionala aktörerna utgår från att alla kommuner är i samma storlek som Luleå, Boden och Kiruna. Personen anser att de regionala aktörerna arbetar på en ”alldeles för aggregerad nivå” för att kunna vara ett stöd för de som faktiskt arbetar inom kommunerna och eftersöker konkreta tips på hur folkhälsoarbetet kan förankras inom den egna organisationen, hur man på ett relevant och informativt sätt kan prata om folkhälsa för att motivera åhörare samt hur folkhälsoarbetet kan effektiviseras. Vidare säger personen;

”...Då skulle jag vilja ha en riktad utbildning till folkhälsostrategerna och kanske inte där regionen pratar så mycket om hur dom gör, för det är inte relevant för oss. Utan att man har in någon föreläsare eller utbildare som är expert på hur kommuner bör jobba utifrån evidensforskning och så... och sedan att man då får stöttning i det.”

Även här efterfrågas ett visst stöd från de regionala aktörerna i form av mer utbildning och ett mer riktat lokalt stöd utifrån kommunernas behov. Enligt Van de Goor m.fl. kan gränsöverskridande nätverk där aktörer kan träffas på exempelvis seminarier och konferenser både öka evidensen och verka som en underlättande faktor i arbetet med hälsopolicys vilket skulle ligga i både regionens och kommunernas folkhälsostrategers intressen.

5. Diskussion

Uppsatsens syfte har varit att undersöka det strategiska folkhälsoarbetet inom kommunerna i Norrbotten med särskilt fokus på de kommunala folkhälsostrategernas upplevelser av tillgängliga resurser inom folkhälsoarbetet. De frågeställningar som har besvarats är;

1. Hur är det lokala folkhälsoarbetet organiserat?
2. Vilken betydelse bedömer folkhälsostrategerna att den regionala folkhälsostrategin (Norrbottens folkhälsostrategi 2018–2026) har fått för det kommunala folkhälsoarbetet?
3. Hur upplever folkhälsostrategerna tillgängligheten till resurser i arbetet med avseende på tid, ekonomiska förutsättningar, kunskap och stöd?

Denna uppsats visar att förutsättningarna för att bedriva folkhälsoarbetet skiljer sig åt mellan de olika kommunerna i Norrbottens län. Detta beror dels på kommunernas olika möjligheter till att anställa personal för att arbeta heltid med folkhälsorelaterade frågor. Att en av fem av de intervjuade kommunerna har en lokal folkhälsostrategi medan fyra av kommunerna har integrerat folkhälsoarbetet i deras ledningssystem eller ordinarie styrdokument visar också på att implementeringen av folkhälsoarbetet ser olika ut mellan kommunerna. Tre av kommunerna har en gemensam handlingsplan för folkhälsoarbetet vilket möjliggör för dessa kommuner att i samverkan ta fram strategier för de liknande utmaningar som dessa kommuner har. Denna typ av samverkan kan precis som Whittington menar både vara till nytta för strategernas yrkesroll men även för de enskilda kommunerna eftersom det tillåter strategerna att ta fram en gemensam metod för de folkhälsorelaterade utmaningarna. Vidare framkom det under intervjuerna att det bedrivs samverkan både inom och utanför den egna kommunala organisationen då de flesta kommuner har ett kommunalt hälsoråd där både tjänstemän och politiker från den egna organisationen verkar. I en del fall framkom det även att det fanns undergrupper till hälsorådet, så som krisgrupper och säkerhetsgrupper. Men det visade sig även att en del fanns en samverkan mellan flera av kommunerna och externa aktörer såsom socialtjänst, hälsocentral, polis, Svenska kyrkan och liknande. Det teoretiska ramverket som legat till grund för analysen stöder som tidigare belysts att samverkan med aktörer utanför den egna organisationen kan verka för ett positivt kunskapsutbyte som kan möjliggöra ett gott arbete med hälsoriktlinjer (Whittington; Van de Goors m.fl.).

Den betydelse som den regionala folkhälsostrategin har haft för det kommunala folkhälsoarbetet har enligt resultaten inte varit särskilt stor. Endast tre av de tolv strategerna som medverkat i undersökningen svarade att de ”instämmer helt” eller ”instämmer delvis” i

påståendet om att den regionala folkhälsostrategin har bidragit till att folkhälsoarbetet inom kommunen har prioriterats högre. Detta kan dock i vissa fall bero på att en del kommuner redan anser sig arbeta tillräckligt med folkhälsofrågor och känner sig såpass trygga i sina roller att strategin inte har påverkat det befintliga arbetet. Däremot kan det också tolkas som att det inte finns något större folkhälsoarbete inom kommunen på grund av anledningar som t.ex. brist på resurser. Fem av tolv strategier ansåg att den regionala strategin har ökat deras kunskap kring hur folkhälsoarbetet ska genomföras. Då större delen av strategierna inte har upplevt att strategin har ökat kunskapen kring det egna folkhälsoarbetet kan det diskuteras om strategin är för teoretisk och gör det svårt för kommunerna att konkretisera egna handlingsplaner inom folkhälsoarbetet utifrån den (Whittington).

Folkhälsostrategiernas upplevelser kring de tillgängliga resurserna skiljer sig åt. Avseende tid så ansåg de flesta av strategierna att de hade nog med tid för att bedriva sitt arbete. När det kom till de ekonomiska förutsättningarna var hälften av strategierna positiva till att de hade nog med ekonomiska resurser för att bedriva folkhälsoarbetet tillfredsställande. På frågan om de ansåg sig ha tillräckligt med kunskap för att bedriva ett framgångsrikt folkhälsoarbete så ansåg 11 av 12 strategier att de hade den kunskapen. Strategierna var även själva aktiva med att inhämta kunskap vid behov, i synnerhet nämndes olika former av nätverk som kunskapskälla vilket är ett etablerat och framgångsrikt sätt för att bedriva ett policyinriktat folkhälsoarbete (Whittington; Van de Goor m.fl.; Valente m.fl.). Avseende stöd ansåg de allra flesta av deltagarna att de fick stöd från den egna organisationen men gällande det regionala stödet efterfrågade två strategier mer stöd i form av större lyhördhet från de regionala aktörernas sida samt stöd i hur kommunerna bör arbeta med folkhälsofrågor på bästa sätt. Den kritik som riktades mot den regionala folkhälsostrategin var att den var för abstrakt och att de tre aktörerna bakom den, Region Norrbotten, Länsstyrelsen och Norrbottens kommuner ansågs vara för splittrade i det regionala folkhälsoarbetet.

Tanken med den regionala folkhälsostrategin är som nämndes i inledningen att den ska verka som en riktlinje för folkhälsoarbetet i länet (Norrbottens folkhälsostrategi, 2018) medan de olika aktörerna i egen regi ska utforma arbetet utifrån de behov och förutsättningar som finns. Utifrån de resultat som framkommit framgår det dock att kommunerna både vill och kan behöva mer stöd från de regionala aktörerna.

Avslutningsvis, för att knyta an till det teoretiska ramverket går det utifrån resultaten att konstatera att de strategiska praktikerna, vilka avser en organisations gemensamma rutiner, normer, beteenden och traditioner som ligger bakom det strategiska arbetet (Whittington),

märkbart skiljer sig åt på den regionala och den lokala nivån. Det verkar finnas en diskrepans kring tankesättet över hur de regionala aktörerna har tänkt att den regionala folkhälsostrategin ska användas och den nytta som den kommit kommunerna till gagn. Den regionala strategin är framtagen som ett hjälpmedel för kommunerna i att forma sitt eget folkhälsoarbete, dock har det i denna undersökning framkommit att de strategiska verkställarna, d.v.s. de kommunala folkhälsostrategerna i hög grad inte har tillämpat något beslutsfattande eller någon form av implementering, s.k. praxis (ibid) utifrån den regionala strategin.

Förlag på fortsatt forskning skulle vara att göra en med djuplodande studie kring vilka förväntningar som finns kring folkhälsoarbetet i Norrbotten utifrån både ett regionalt och ett lokalt perspektiv för att hitta en tydligare väg mot samma mål.

Referenser

- Backman, Y., Gardelli, T., Gardelli, V., & Persson, A. (2012). *Vetenskapliga tankeverktyg – till grund för akademiska studier*. (1:2 uppl.). Lund: Studentlitteratur AB.
- Barmark, M., & Djurfeldt, G. (2015). 2015. *Statistisk verktygslåda 0 – att förstå och förändra världen med siffror*. Lund: Studentlitteratur AB.
- Bing, V. (2003). *Små, få och fattiga – om barn och folkhälsa*. Lund: Studentlitteratur AB.
- Bryman, A. (2011). *Samhällsvetenskapliga metoder* (2:7 uppl.). Stockholm: Liber AB.
- Ejdemo, C. (2018). *Folkhälsoarbetet i Norrbotten – en kvalitativ dokumentanalys av kommunernas folkhälsostrategier*. [Examensarbete, Luleå tekniska universitet].
- Erlingsson, O.G., & Wänström, J. (2015). *Politik och förvaltning i svenska kommuner*. Lund: Studentlitteratur AB.
- Esaiasson, P., Gilljam, M., Oscarsson, H., & Wängnerud, L. (2012). *Metodpraktikan, konsten att studera samhälle, inivid och marknad*. (4:1 uppl.). Stockholm: Norstedts Juridik AB.
- Fejes, A., & Thornberg, R. (Red.). (2015). *Handbok i kvalitativ analys*. (2 uppl.). Stockholm: Liber AB.
- Flick, U. (2014). *An introduction to qualitative research*. (5 uppl.). London: Sage publications Ltd.
- Gibbs, G. (2007). *Analyzing qualitative data*. London: Sage publications Ltd.
- Giddens, A. (1991). *Modernitet och självidentitet – självet och samhället i den senmoderna epoken*. Göteborg: Daidalos AB.
- Krag Jacobsen, J. (1993). *Intervju – konsten att lyssna och fråga*. Lund: Studentlitteratur AB.
- Kuunders, T., Jacobs, M., van de Goor, I., van Bon-Martens, van Oers, M., & Paulussen, T. (2017). Implementation of a guideline for local health policy making ny regional health services: exploring determinants of use by a web survey. *BMC Health Services Research*, (2017), 17:562, 1-10.
- Peterson, O. (2018). *Den offentliga makten*. (5:1 uppl.). Lund: Studentlitteratur AB.

- Sadare, O., Williams, M., & Simon, L. (2019). Implementation of the Health Equity Impact Assessment (HEIA) tool in a local public health setting: challenges, facilitators, and impacts. *Canadian Journal of Public Health, (2020), 212–219.*
- Spitters, H.P.E.M, Lau, C.J., Sandu, P., Quanjel, M., Dulf, D. Glümer, C., van Oers, H.A.M., & Van de Goor, I.A.M. (2017). Unravelling networks in local public health policymaking in three European countries – a system analysis. *Health Research Policy and Systems (2017) 15:5.* doi: 10.1186/s12961-016-0168-2
- Thurén, T. (2007). *Vetenskapsteori för nybörjare.* (2:2 uppl.). Malmö: Liber AB.
- Rostila, M., & Toivanen, S. (2012). *Den orättvisa hälsan – om socioekonomiska skillnader i hälsa och livslängd.* Stockholm: Liber AB.
- SFS 2010:1622. Alkohollag. Stockholm: Socialdepartementet.
- SFS 1977:1160 Arbetsmiljölagen. Stockholm: Arbetsmarknadsdepartementet.
- SFS 2017:30. Hälso- och sjukvårdslagen. Stockholm: Socialdepartementet.
- SFS 2018:2088. Lag om tobak och liknande produkter. Stockholm: Socialdepartementet.
- SFS 2010:800. Skollagen. Stockholm: Utbildningsdepartementet.
- SFS 2001:453. Socialtjänstlagen. Stockholm: Socialdepartementet.
- Svanström, L. (2017). *Att mäta folkhälsa – Kriterier för bra folkhälsoarbete.* Lund: Studentlitteratur AB.
- Van De Goor, I., Hämmäläinen, R.M., Syed, A., Juel Lau, C., Sandu, P., Spitters, H., Eklund Karlsson, L., Dulf, D., Valente, A., Castellani, T., & Aro, A.R. (2017). Determinants of evidence use in public health policy making: Results from a study across six EU countries. *Health policy, 121(2017), 273-281.* doi: 10.1186/s12961-016-0168-2
- Whittington, R. (2006). Completing the Practice Turn in Strategy Research. *Organization studies, 27(5), 613–634.* doi:10.1177/0170840606064101
- Whittington, R. (2007). Strategy practice and Strategy Process: Family Differences and the Sociological eye. *Organization studies, 28(10), 1575–1586.* doi: 10.1177/0170840607081557

Wramner, P.K., Wramner, H., & Wramner, B. (2017). *Grundläggande folkhälsovetenskap* (4 uppl.). Malmö: Liber AB.

Elektroniska källor

Agenda 2030-delegationen. (2019). *Om agendan*. Tillgänglig: <https://agenda2030delegationen.se/agenda-2030/om-agendan/> [Hämtad 2019-05-25]

Folkhälsomyndigheten. (2019). *Årsrapport 2019*. Tillgänglig: <https://www.folkhalsomyndigheten.se/contentassets/d162673edec94e5f8d1da1f78e54dac4/folkhalsans-utveckling-arsrapport-2019.pdf> [Hämtad 2019-04-22]

Folkhälsomyndigheten. (2019). *Vårt uppdrag*. Tillgänglig: <https://www.folkhalsomyndigheten.se/om-folkhalsomyndigheten/vart-uppdrag/> [Hämtad 2019-05-15]

Länsstyrelsen, Norrbotten. (2019). *Vårt uppdrag*. Tillgänglig: <https://www.lansstyrelsen.se/norrboten/om-lansstyrelsen-i-norrboten/om-oss/vart-uppdrag> [Hämtad 2019-05-20]

Norrbottnens folkhälsopolitiska råd. 2017. *Norrbottnens folkhälsostrategi 2018–2026*. Tillgänglig: <https://www.norrboten.se/publika/ig/utv/Folkh%C3%A4lsocentrum/Folkh%C3%A4lsopolitiska%20strategin/Reviderad%20strategi/FHS%20171220%20beslutad%20NFR.pdf> [Hämtad 2019-04-17]

Proposition 2017/18:249. God och jämlik hälsa – en utvecklad folkhälsopolitik. Stockholm: Socialdepartementet. Tillgänglig: <https://www.regeringen.se/rattsliga-dokument/proposition/2018/04/prop.-201718249/>

Statistiska centralbyrån. (2019). *Befolkning*. Tillgänglig: http://www.statistikdatabasen.scb.se/pxweb/sv/ssd/START_BE_BE0101_BE0101A/BefolkningNy/table/tableViewLayout2/?rxid=4de4f79d-9ad2-4b01-aa32-96519828598d# [Hämtad 2019-05-10]

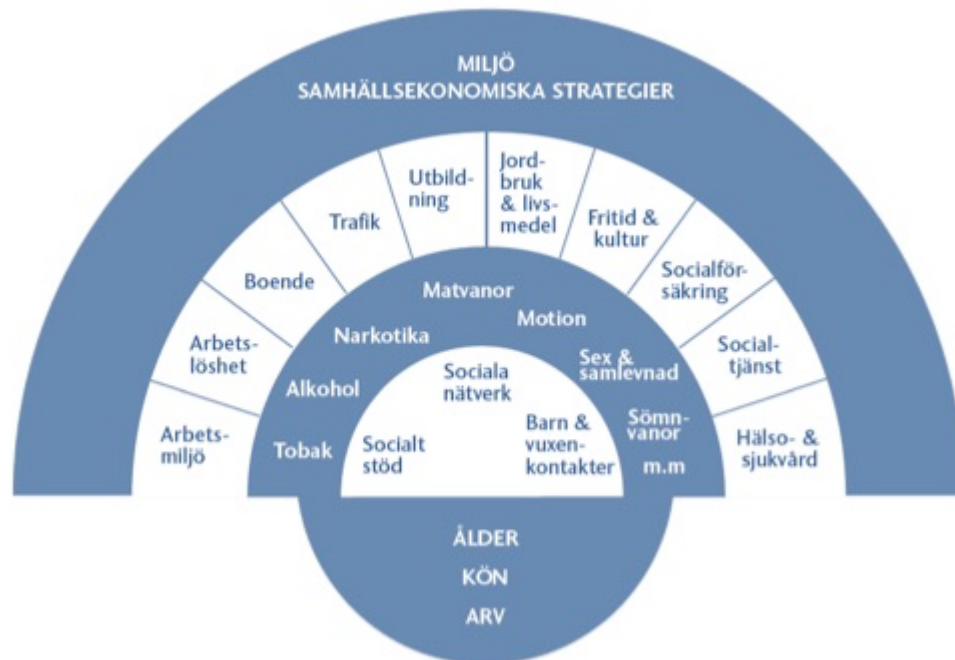
Sveriges kommuner och landsting. (2019). *Kommuner och regioner*. Tillgänglig: <https://skl.se/tjanster/kommunerochregioner.431.html> [Hämtad 2019-04-19]

UNDP. (2019). *Globala målen*. Tillgänglig: <https://www.se.undp.org/> [Hämtad 2019-04-21]

Tillväxtverket (2020). *Kommuntyper – stad och landsbygd*. Tillgänglig:
<https://tillvaxtverket.se/statistik/regional-utveckling/regionala-indelningar/kommuntyper.html>
[Hämtad: 2020-05-08]

Vetenskapsrådet. (2002). Forskningsetiska principer inom humanistisk-samhällsvetenskaplig forskning. Tillgänglig: <http://www.codex.vr.se/texts/HSFR.pdf>:
<http://www.codex.vr.se/texts/HSFR.pdf> [Hämtad 2020-06-04]

Bilaga 1. Hälsans bestämningfaktorer



Källa: SKL, 2018. Bild efter Dahlgren & Whithead, 1991.

Bilaga 2. De folkhälsopolitiska målen

Sveriges folkhälsomål

”Det nationella målet för folkhälsopolitiken är att skapa samhällliga förutsättningar för en god och jämlik hälsa i hela befolkningen och sluta de påverkbara hälsoklyftorna inom en generation”

1. Det tidiga livets villkor
2. Kunskaper, kompetenser och utbildning
3. Arbete, arbetsförhållanden och arbetsmiljö
4. Inkomster och försörjningsmöjligheter
5. Boende och närmiljö
6. Levnadsvanor
7. Kontroll, inflytande och delaktighet
8. En jämlik och hälsofrämjande hälso- och sjukvård

Källa: Folkhälsomyndigheten (2019)

Bilaga 3. Befolkningsmängd Norrbotten 2018

Befolkningsmängd 2018	
Arvidsjaur	6 334
Arjeplog	2 794
Jokkmokk	5 001
Överkalix	3 302
Kalix	16 058
Övertorneå	4 410
Pajala	6 039
Gällivare	17 630
Älvsbyn	8 140
Luleå	77 832
Piteå	42 116
Boden	28 064
Haparanda	9 785
Kiruna	22 992

Källa: SCB

Bilaga 4. Intervjuguider

Intervjuguide kommun

Bakgrund

- Kommun:
- Yrkestitel:
- Kan du beskriva dina arbetsuppgifter?
- Arbetar du heltid med folkhälsofrågor i kommunen?

Kommunens strategiska folkhälsoarbete

- Kan du beskriva hur ert folkhälsoarbete är organiserat inom den kommunala verksamheten?
- Hur upplever du att folkhälsoarbetet fungerar?
- Upplever du att folkhälsomålen är förankrade inom kommunen?
- Vilka riktlinjer arbetar ni utifrån?
- Upplever du att dessa riktlinjer underlättar eller försvårar det kommunala folkhälsoarbetet – på vilket sätt?
- Hur har dessa riktlinjer tagits fram?

Kunskapsinhämtning

- Hur hålls folkhälsoarbetet evidensbaserat?
- Är du själv aktiv när det kommer till att inhämta nödvändig kunskap för ditt arbete inom folkhälsoområdet?
- *Om ja*, var hämtar du den kunskapen
- *Om nej*,
 - vad beror det på?
 - får du kunskap på något annat sätt, hur?

Resurser i arbetet

- Upplever du att du har de förutsättningar som behövs för att kunna bedriva ett framgångsrikt folkhälsoarbete med avseende på;

- Tid
- Ekonomi
- Stöd i arbetet
- Kunskap
- *Om inte, vad saknar du?*

Uppföljning

- Följer ni inom kommunen upp de satta folkhälsomålen?
- *Om ja, på vilket sätt?*
- *Om nej, varför inte?*

Norrbottens folkhälsostategi

- Upplever du att den regionala folkhälsostategin har påverkat hur kommunen arbetar med folkhälsofrågor?
- *Om ja, på vilket sätt?*
- *Om nej, vad tror du att det kan bero på?*
- Upplever du att strategin har bidragit till att folkhälsofrågor prioriteras högre än tidigare inom det kommunala arbetet?
- Anser du att den regionala folkhälsostategin har bidragit till att öka din kunskap om hur det lokala folkhälsoarbetet bör bedrivas?
Om ja, på vilket sätt?
Om nej, vad tror du att det kan bero på?
- Anser du att strategin har medfört att ni folkhälsoarbetet i länet är mer samordnat? (Har ni regionala träffar, utbildningar, seminarier osv?)
- Finns det någonting som du känner att du vill tillägga?

Intervjuguide Informant

Bakgrund

- Yrkestitel:

Strategiskt folkhälsoarbete

- Kan du berätta lite om hur ni arbetar?
- Kan du beskriva hur folkhälsoarbetet är organiserat inom länet?
- Vilka är nyckelaktörerna inom folkhälsoarbetet i länet?
- Hur upplever du att samordningen med nyckelaktörerna kring folkhälsoarbetet fungerar?
- Vilka riktlinjer arbetar ni utifrån?

Kunskapsinhämtning

- Hur hålls folkhälsoarbetet uppdaterat och evidensbaserat?

Resurser

- Vilken typ av resurser kan ni bistå kommunerna med?
- Upplever du att kommunerna söker stöd av er i deras folkhälsoarbete?

Uppföljning

- Hur följer ni upp ert eget folkhälsoarbete?
- Hur följer ni upp kommunernas folkhälsoarbete?

Norrbottens folkhälsostrategi

- Varför tror du att det finns ett behov av en gemensam folkhälsostrategi för regionen?
- Upplever du att den regionala folkhälsostrategin har påverkat hur kommunerna arbetar med folkhälsofrågor?
- *Om ja, på vilket sätt?*
- *Om nej, vad tror du att det kan bero på?*
- Upplever du att strategin har bidragit till att folkhälsofrågor prioriteras högre än tidigare inom det kommunala arbetet?
- I Norrbottens folkhälsostrategi står det att man under 2018 skulle presentera principerna för det regionala stödet till kommunerna, går dom att få tag i någonstans?
- Finns det någonting som du känner att du vill tillägga?

Bilaga 5. Enkät

- Kommun:
- Yrkestitel:
- Mitt arbete med folkhälsofrågor omfattas av en;
 - Heltidstjänst
 - Deltidstjänst

Fyll i det påstående som stämmer överens med din upplevelse.

Kommunens strategiska folkhälsoarbete

- Jag upplever att kommunens folkhälsoarbete är väl organiserat.
 - Instämmer helt
 - Instämmer delvis
 - Tar delvis avstånd
 - Tar helt avstånd
 - Vet ej

- Jag upplever att de lokala folkhälsomålen är väl förankrade inom kommunen (Politiskt och/eller av ledningen).
 - Instämmer helt
 - Instämmer delvis
 - Tar delvis avstånd
 - Tar helt avstånd
 - Vet ej

- Kommunens folkhälsoarbete utgår ifrån aktuell forskning inom folkhälsoområdet.
 - Instämmer helt
 - Instämmer delvis
 - Tar delvis avstånd
 - Tar helt avstånd
 - Vet ej

Kunskapsinhämtning

- Jag är personligen aktiv när det kommer till att inhämta nödvändig kunskap inom folkhälsoområdet.
 - Instämmer helt
 - Instämmer delvis
 - Tar delvis avstånd
 - Tar helt avstånd
 - Vet ej

- Fyll i den/de källor där du inhämtar kunskap inom folkhälsoområdet.
 - Aktuell forskning
 - Statistiska centralbyrån (SCB)
 - Folkhälsomyndigheten
 - Socialstyrelsen
 - Sveriges kommuner landsting (SKL)
 - Region Norrbotten
 - Annat (vänligen ange):

Resurser i arbetet

- Jag upplever att jag har nog med tid för att bedriva ett framgångsrikt folkhälsoarbete.
 - Instämmer helt
 - Instämmer delvis
 - Tar delvis avstånd
 - Tar helt avstånd
 - Vet ej

- Jag upplever att jag besitter nog med kunskap inom folkhälsoområdet för att bedriva ett framgångsrikt arbete.
 - Instämmer helt
 - Instämmer delvis
 - Tar delvis avstånd
 - Tar helt avstånd
 - Vet ej

- Jag upplever att jag har de ekonomiska förutsättningarna för att bedriva ett framgångsrikt folkhälsoarbete.
 - Instämmer helt
 - Instämmer delvis
 - Tar delvis avstånd
 - Tar helt avstånd
 - Vet ej

- Jag upplever att det stöd jag får från kommunens organisation för att driva mitt folkhälsoarbete framåt är tillräckligt.
 - Instämmer helt
 - Instämmer delvis
 - Tar delvis avstånd
 - Tar helt avstånd
 - Vet ej

- Jag upplever att det stöd jag får från regionala aktörer (så som Region Norrbotten, Norrbottens kommuner och Länsstyrelsen) för att driva mitt folkhälsoarbete framåt är tillräckligt.
 - Instämmer helt
 - Instämmer delvis
 - Tar delvis avstånd
 - Tar helt avstånd
 - Vet ej

- Beskriv gärna kort dina upplevelser kring det kommunala och regionala stödet (öppen fråga).

Uppföljning

- Jag anser att vi inom kommunen är bra på att följa upp vårt folkhälsoarbete.
 - Instämmer helt
 - Instämmer delvis

- Tar delvis avstånd
- Tar helt avstånd
- Vet ej

Norrbottens folkhälsost strategi

- Jag upplever att Norrbottens folkhälsost strategi 2018–2026 har bidragit till att folkhälsofrågor prioriteras högre än tidigare inom det kommunala arbetet.
 - Instämmer helt
 - Instämmer delvis
 - Tar delvis avstånd
 - Tar helt avstånd
 - Vet ej
- Jag upplever att den regionala folkhälsostrategin har bidragit till att öka min kunskap om hur det lokala folkhälsoarbetet bör bedrivas.
 - Instämmer helt
 - Instämmer delvis
 - Tar delvis avstånd
 - Tar helt avstånd
 - Vet ej

Bilaga 6. Intervjuförfrågan

Hej!

Jag läser magisterprogrammet i sociologi vid Luleå tekniska universitet och skriver just nu mitt examensarbete där syftet är att undersöka hur det strategiska folkhälsoarbetet ser ut bland kommunerna i Norrbottens län. Jag har förstått att du är rätt person att kontakta vid kommunen vad gäller ert folkhälsoarbete och undrar därmed om du skulle ha möjlighet att ställa upp på en telefonintervju till förmån för min undersökning?

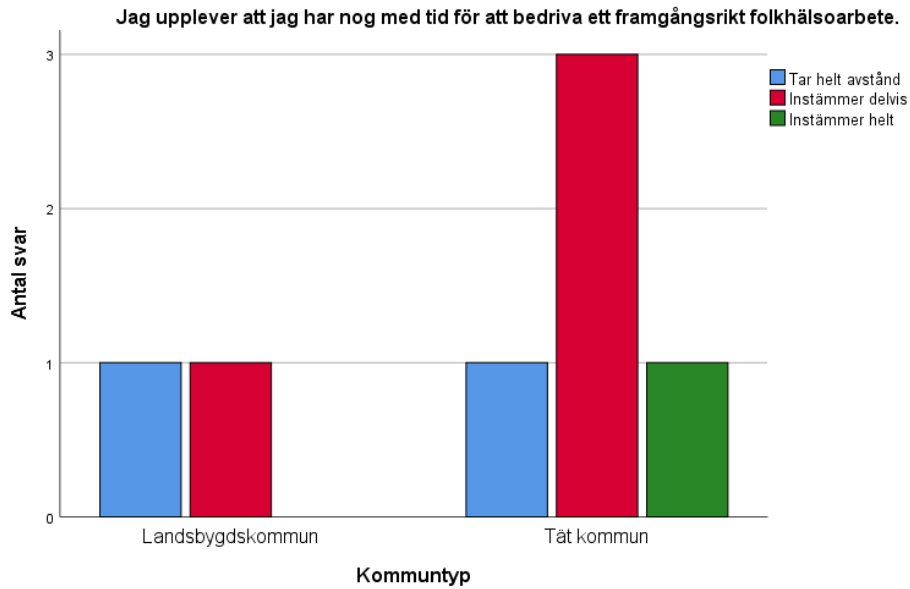
Intervjun beräknas att ta ca 30 minuter och kommer att spelas in för att underlätta genomgången av materialet. Det är endast jag själv som kommer att ta del av den inspelade intervjun och inspelningen kommer att raderas så snart min studie är färdig. Ditt deltagande är helt frivilligt och du kan också när som helst välja att avbryta din medverkan.

Jag hoppas att du kan tänka dig att ställa upp på en telefonintervju, det skulle vara mycket värdefullt för min studie. Vänligen meddela mig huruvida du kan tänka dig att medverka så kommer vi överens om en tid för intervjun!

Med vänliga hälsningar,
Charlotta Ejdemo

Bilaga 7. Enkätvar, korstabeller

Figur 4. Tidsmässiga resurser.



Figur 5. Kunskapsuppfattning.

