

Institutionen för hälsovetenskaper

Uppsatsarbete i folkhälsopedagogik

C-uppsats 20 poäng

(Pedagogik 51-60 poäng och folkhälsovetenskap 51-60 poäng)

Den kommunala folkhälsosamordnaren söker sin arbetsroll

2006-05-02

Författare: Sofia Lönnqvist
Johanna Persson

Handledare: Leif Karlsson

Examinatorer: Göran Ejlertsson
Karin Permer

Uppsats för filosofie kandidatexamen vid Högskolan Kristianstad
51-60 poäng i pedagogik och 51-60 poäng i folkhälsovetenskap (48 s.)

Författare: Lönnqvist, Sofia & Persson, Johanna (2006). *Den kommunala folkhälsosamordnaren söker sin arbetsroll.*

Handledare: Leif Karlsson, fil.dr i pedagogik

Sammanfattning

Folkhälsosamordnare är en ny yrkeskategori inom fältet för hälsofrämjande arbete. Det pedagogiska perspektivet har fått större betydelse i rollen som folkhälsosamordnare. En genomtänkt pedagogisk grundsyn anses öka möjligheterna till att anpassa arbetet efter de situationer som råder. Att folkhälsosamordnarnas arbetssituationer skiljer sig åt visas genom de strukturella olikheter som finns mellan Sveriges kommuner. Enligt litteraturen finns det olika arbetssätt att grunda hälsofrämjande arbete på och folkhälsosamordnaren måste själv utveckla dem efter lokala behov. Syftet med studien var *att undersöka hur folkhälsosamordnarna bedriver hälsofrämjande arbetet samt vilka faktorer som ligger bakom att de arbetar som de gör*. För att samla in data till studien gjordes åtta stycken intervjuer med kommunala folkhälsosamordnare i Region Skåne. De teorier som resultatet granskats utifrån handlade om lärande, handlingsnivåer och professionell kompetens. Resultatet visade att projektformen var det vanligaste arbetssättet och envägskommunikationen generellt det vanligaste kommunikationssättet. Påverkansfaktorer till arbetssättet visade sig vara strukturella förutsättningar, politikernas syn på hälsofrämjande arbete samt aktörernas inverkan. I de flesta fall styrkte det empiriska materialet tidigare gjorda studierna men det framkom undantag. Generellt grundades folkhälsosamordnarnas arbete på praktiska kunskaper och kunde möjligen tolkas som att främst utgå ifrån en rutin- och regelbaserad handlingsnivå. Tanken var att studien ska skapa reflektion och debatt hos de som är verksamma inom området och därigenom utveckla den professionella kompetensen.

Nyckelord: Kommunalt folkhälsoarbete, hälsofrämjande arbete, teoretisk kunskap och praktisk erfarenhet, kompetens.

Dissertation, in partial fulfilment of the requirements for a Bachelor's degree in Health promotion and Education, Kristianstad University.

Equivalence: 10 credit points (15 ETCS points) Education and 10 credit points (15 ETCS points) Public health science. (48 p.)

Authors: Lönnqvist, Sofia & Persson, Johanna (2006). Coordinators of public health in search of their work identity

Supervisor: Leif Karlsson, Ph. D. in Education

Abstract

Coordinator of public health has recently become a new profession in the field of Health Promotion. During the last few years the pedagogic perspective has been increasingly important for the coordinators as a way of adapting their work methods to the circumstances. The conditions for coordinators of public health differ between municipalities and thus their tasks and responsibilities may vary with the local structure. According to the literature there are several ways to conduct Health Promotion and it is in the hands of the coordinator to adjust the methods to fit local conditions. The purpose of the study was *to examine what influences the coordinators of public health and how that affects their work methods*. In order to collect data for the study eight interviews were carried out with coordinators of public health in the region of Scania. The theories applied in the study included learning, levels of action and professional competence. The result showed that projects were the most common work method and one-way communication the most common way to convey a message. Factors which affected the work method included structural conditions, politicians' view of public health and impact of the participants. In most cases the empirical material supported former studies but some exceptions were observed. In general the coordinators work was founded on their practical knowledge and could possibly be interpreted as a routine- or regular based level of action. The idea of this study is to make people who work within this field reflect over their work method and thereby develop their professional competence.

Keywords: Health Promotion in Municipalities, health promotion, theoretical knowledge, practical experience, competence.

Förord

Den process som vi genomgått i uppsatsskrivningen vill vi likna med en resa. Vi är båda äventyrslystna och tycker om att utforska nya obesökta platser. Det första man gör när man planerar en resa är att välja resmål. Vårt resmål bestämde vi under praktiken våren 2005, då tankarna om folkhälsosamordnarnas arbete startade. Därefter började förberedelserna för själva resan. Packlistan skrevs, vilket i vår skrivningsprocess innebar att de dyrbara veckorna fördelades under året. De vaccinationer vi behövde till vår resa bestod av kurser inom de vetenskapliga metoderna som vi var tvungna att ha för att klara av resan.

Utifrån vår packlista fylldes väskorna med innehåll som gång på gång fick packas om för att dom var för tunga och innehöll onödiga saker. Alla ni som har varit på resande fot vet att man ofta tar med sig för mycket saker som aldrig används och förblir liggandes i väskan. Vi hade svårt att slänga ut våra kära pinaler men genom Leifs envishet tappades väskan på överflödigt material som förhoppningsvis leder till att vi klarar oss igenom tullen.

Den resväg vi hade för avsikt att följa visade sig bestå av otillgänglig terräng, vilket gjorde att vi fick ändra på vår rutt. Resor är inte alltid fyllda av skratt och när oväntade svårigheter dyker upp kan det ibland vara svårt att hålla humöret uppe. Även om resvägen många gånger har ändrats så har vårt resmål hela tiden varit detsamma. Nu när land är i sikte och resan börjar gå mot sitt slut är vi både glada och trötta. De erfarenheter vi fått kan liknas vid foton som tagits under resan och de kommer att bevaras i våra fotoalbum.

På resande fot träffar man många människor som på olika sätt hjälper en på färden. Vi vill tacka intervjupersonerna för att ni ställt upp och gett oss vårt empiriska material, vilket har bidragit till att vi kommit närmare vårt resmål. För att underlätta resan och öka förståelsen för de olika platserna vi har besökt har vår handledare Leif fungerat som en guide för oss. Vi vill rikta ett stort tack till dig Leif för att du lyft våra tankar och fått oss att se möjligheter vi själva inte kunde se.

Kristianstad, våren 2006

Sofia Lönnqvist

Johanna Persson

Innehållsförteckning

1. INLEDNING	7
2. FOLKHÄLSOSAMORDNAREN OCH DET HÄLSOFRÄMJANDE ARBETSFÄLTET	7
2.1 FOLKHÄLSOSAMORDNARENS ROLL I DET HÄLSOFRÄMJANDE ARBETET	8
2.2 PEDAGOGIK SOM VERKTYG I DET HÄLSOFRÄMJANDE ARBETET	8
2.3 METODER I FOLKHÄLSOARBETET	10
<i>Övergripande mål och hälsopolicy</i>	11
<i>Planering som en viktig del av folkhälsoarbetet</i>	12
<i>Utvärderingens betydelse i hälsofrämjande arbete</i>	13
2.4 HUR KOMMUNERS SATSNING PÅ FOLKHÄLSOFRÅGOR PÅVERKAR FOLKHÄLSOARBETET	14
<i>Tvärsektoriellt samarbete i kommunala folkhälsoråd</i>	15
2.5 PROBLEMPRECISERING	15
3. SYFTE	15
4. TEORETISKA UTGÅNGSPUNKTER	16
4.1 LÄRANDE, HANDLING OCH PROFESSIONELL KOMPETENS	16
4.2 SLUTSATS	18
5. MATERIAL OCH METOD	18
5.1 VAL AV METOD	18
5.2 VAL AV DELTAGARE	19
5.3 TILLVÄGAGÅNGSSÄTT	20
5.4 DATABEHANDLING	20
5.5 VALIDITET OCH RELIABILITET	21
5.6 ETISKA HÄNSYNSTAGANDEN	21

6. RESULTAT	22
6.1 TEMA 1, HUR FOLKHÄLSOSAMORDNAREN NÅR UT MED FOLKHÄLSOBUDSKAPET.	23
<i>Deltagarnas beskrivning av hur deras folkhälsoarbete är utformat.</i>	23
<i>Pedagogiska tankemönster som deltagarna ger uttryck för.</i>	26
6.2 TEMA 2, FAKTORER SOM PÅVERKAR FOLKHÄLSOSAMORDNARNAS ARBETE	28
<i>Strukturella påverkansfaktorer</i>	28
<i>Betydelsen av att skapa relationer och att kommunicera</i>	31
6.3 SAMMANFATTNING AV RESULTATET	34
7. DISKUSSION	35
7.1 RESULTATDISKUSSION	35
<i>Tankar om deltagarnas arbetssätt</i>	35
<i>Pedagogiska tankemönster</i>	37
<i>Strukturella påverkansfaktorer</i>	38
<i>Betydelsen av att skapa relationer och att kommunicera</i>	40
7.2 SLUTSATSER	41
7.3 METODDISKUSSION	42
7.4 FOLKHÄLSOPEDAGOGISKT PERSPEKTIV	43
8. LITTERATURLISTA	45
BILAGA 1, INTERVJUGUIDE	48

1. Inledning

Sedan mer än två hundra år har det funnits ett organiserat folkhälsoarbete i Sverige och det är fortfarande under utveckling. Även om samhället inte är detsamma idag som förr är syftet fortfarande att folkhälsoarbetet ska påverka människor till att leva ett hälsosamt liv. Innebörden av ett hälsosamt liv kan diskuteras men initialt handlade folkhälsoarbetet om hygien, alkoholkonsumtion och att sprida kunskap till befolkningen. Dagens folkhälsoarbete handlar fortfarande om att möjliggöra för kunskapsbildning men även till stor del om olika reformer och andra politiska inslag vilket idag anses ha stor inverkan på befolkningens hälsa (Olsson, 1997).

Svederberg & Svensson (2001) menar att det moderna samhället ger individen stort handlingsutrymme och många valmöjligheter varpå de ser att pedagogiken har en viktig roll i det hälsofrämjande arbetet. Dagens samhälle kräver att individen har en grund som vilar på personliga erfarenheter och kunskaper för att därefter kunna fatta egna beslut kring sitt liv och sin hälsa. En förutsättning för att hjälpa människor att bygga upp sin egen förståelse är att respektera att individer bär på olika erfarenheter och därmed olika förutsättningar till lärande. Det är här pedagogikens roll är av betydelse (Svederberg & Svensson, 2001). Både Svederberg & Svensson samt Olsson (1997) menar att pedagogikens roll i det hälsofrämjande arbetet blivit tydlig först under senare delen av 1990- talet.

Samhällets intresse för folkhälsan har genom åren varit svalare under vissa perioder och intensivare under andra. Idag speglas samhället åter av en "hälsotrend". Företag och kommuner har följt med i trendvägen och har numera investerat på att anställa "experter" inom det hälsofrämjande området vilket har lett till att många nya yrkesgrupper och utbildningar har skapats (Olsson, 2001). Den folkhälsopedagogiska utbildningen på Högskolan Kristianstad är ett exempel på hur en utbildning startat upp för att möta arbetsmarknadens krav. Utbildningen bygger på den medvetenhet som finns om pedagogikens betydelse i folkhälsoarbetet och har ett tvärsektorielt synsätt där folkhälsan och pedagogiken integreras (Karlsson, 2004). Som blivande folkhälsopedagog är det av särskilt intresse att studera de som arbetar i det fält som vi själva ska verka inom. Det är av intresse att undersöka hur folkhälsoarbetet utformas och vad som kan bidra till att det ser ut på just det sättet. Vi tänker oss också att studien kan vara av intresse för dem som arbetar med folkhälsa genom att möjligen väcka en del insikter kring det egna sättet att arbeta.

2. Folkhälsosamordnaren och det hälsofrämjande arbetsfältet

Att vi har valt rubriken "Folkhälsosamordnaren och det hälsofrämjande arbetsfältet" beror på att avsnittet som följer presenterar området och inkluderar bakgrund och litteraturgenomgång. Vi har valt att slå ihop delarna beroende på att vi vill ha en levande text som är direkt kopplad till våra studiedeltagare. Folkhälsosamordnartjänsten är en förhållandevis ny yrkeskategori och som vi förutspått så finns det inte så mycket tidigare forskning att använda sig av. Den här studien grundar sig på det folkhälsoarbete som sker på lokal nivå. Med lokal nivå menas det kommunala folkhälsoarbetet där folkhälsosamordnaren har en central roll. Avsnittet börjar med ett resonemang av den roll som folkhälsosamordnaren har och det följs av faktorer som kan påverka folkhälsosamordnaren arbets sätt.

2.1 Folkhälsosamordnarens roll i det hälsofrämjande arbetet

Det är på lokal nivå som det praktiska folkhälsoarbetet planeras och genomförs (Olsson, 1997). En del kommuner har inrättat en specifik tjänst som har ansvar för att samordna och driva det lokala folkhälsoarbetet. Korp (2002) skriver i sin avhandling att ett strategiskt hälsoarbete samordnar, utvecklar och driver i gång det hälsoarbete som sker i en region eller organisation. Det strategiska hälsoarbetet innebär enligt Korp att de som arbetar på denna nivå sällan hjälper enskilda individer att få en bättre hälsa. Vad denna befattning kallas skiljer sig dock åt mellan olika kommuner men några exempel kan vara (folk)hälsopedagog, (folk)hälsosamordnare och (folk)hälsostrateg. För att underlätta läsningen används generellt benämningen *folkhälsosamordnare* i denna studie. Folkhälsosamordnarens främsta arbetsuppgift har utvecklats från att vara sjukdomsförebyggande till att idag även främja folkhälsan i befolkningen (Haglund & Svanström, 1995; Karlsson, 2004). Strandmark (2002) beskriver det sjukdomsförebyggande arbetet där hälsa ses som frånvaro av sjukdom. Strandmark menar att den andra aspekten ser hälsan som en resurs och enligt Karlsson (2004) kan det innebära att människans frihet och självbestämmande, upplevelse av välbefinnande och delaktighet i samhället sätts i fokus.

Enligt Socialdepartementet definierades år 1998 folkhälsoarbete som; ”verksamheter som förebygger sjukdomar, förlänger liv och främjar hälsa med främst icke- medicinska åtgärder utanför hälso- och sjukvården” (Olsson, 2001, s. 35). Svederberg och Svensson (2001) menar att hälsofrämjande arbete syftar till att förändra maktrelationerna så att mindre starka grupper kan bli hörda och ”ta kontroll” över de faktorer som kan bidra till bättre hälsa. Pellmer & Wramner (2001) anser att folkhälsoarbetet idag bör inriktas dels på att förmedla möjligheter till kunskap om samband mellan levnadsvanor och hälsa, men även till att skapa förutsättningar och miljöer som främjar individers och grupper hälsa (se figur 2:1, s. 10). För att som folkhälsosamordnare kunna förändra en befolknings hälsa krävs det att hela samhället är med och skapar de sociala förutsättningar som behövs, vilket också bidrar till att folkhälsoarbetet får en större betydelse för hela samhället och inte enbart för folkhälsosamordnaren (Ågren, 2003).

Det folkhälsoarbete som bedrivs idag består av två aspekter. Den första är att människans hälsa delvis bestäms av det sociala sammanhang personen befinner sig i men också av personliga val av levnadsvanor. Den andra aspekten av folkhälsoarbetet är samhällspolitikens ansvar, och därigenom kommunen, för att skapa goda förutsättningar för en bra hälsa hos hela befolkningen (SOU, 1999:137).

2.2 Pedagogik som verktyg i det hälsofrämjande arbetet

Under de senaste 10-15 åren har det pedagogiska perspektivet fått en allt viktigare roll i hälsofrämjande arbete, vilket bland annat Olsson (1997) belyser. Det är viktigt att folkhälsosamordnaren är medveten och har kunskap om att det finns skillnader i hur människor nås i olika sammanhang och därför är det pedagogiska perspektivet av stor betydelse i det hälsofrämjande arbetet. Har inte folkhälsosamordnaren denna kunskap riskerar han eller hon att förstärka de negativa attityder som individer i befolkningen eventuellt har sedan tidigare, istället för att öppna upp till den förändring som var tänkt (Olsson, 1997; Palm & Hedin, 2001). Om folkhälsosamordnarna har en väl genomtänkt pedagogisk grundsyn ökar enligt Karlsson (2004) möjligheterna att anpassa det hälsofrämjande arbetet utifrån vad omgivningen efterfrågar. Det är viktigt att väva in och tänka igenom det pedagogiska perspektivet i allt hälsofrämjande arbete. Kopplat till vår studie riktas folkhälsosamordnarnas

insatser åt en befolkning med olika etno- och sociokulturella bakgrunder (Svederberg & Svensson, 2001). Men det är inte bara människors bakgrunder som påverkar effekterna av de hälsofrämjande insatserna utan även hur individerna i befolkningen är mottagliga för förändring just vid det aktuella tillfället (Helkama, Myllyniemi & Liebkind, 2000). Det hälsofrämjande arbetet bör enligt Naidoo och Wills (2000) grundas på teoretiska modeller som måste anpassas efter den situation som råder och inte användas som ett definitivt verktyg. Därför är det viktigt att folkhälsosamordnaren är medveten om den innebörd som de använda pedagogiska modellerna har och vilka underförstådda värden de genererar. Naidoo och Wills presenterar fem pedagogiska modeller som tillämpas i det hälsofrämjande arbetet.

Tre modeller har vad som brukar benämnas som top-down perspektiv där hälsobudskapet förmedlas av en expert. *Behavior change modellen* innebär att individen genom information ska göra en beteendeförändring som genererar en hälsosammare livsstil. Grunden i detta pedagogiska angreppssätt är att det är individen själv som bär ansvaret för sin hälsa och de konsekvenser som sitt beteende medför (Karlsson, 2004; Naidoo & Wills, 2000). En modell som utgår från att hälsa är avsaknad av sjukdom är *Medical modellen* som främst ska minska och förebygga sjukdom och dödlighet i befolkningen. Arbetet är det traditionella sättet att bedriva hälsofrämjande arbete och riktar sig mot riskgrupper (Olsson, 2001; Naidoo & Wills, 2000). Den tredje top-down modellen som Naidoo och Wills presenterar är den *Radikala politiska modellen* där förändring inte fokuseras på individnivå, som i de övriga, utan riktar sig mot grupper och befolkningar. Den Radikala politiska modellen utgår från att människans hälsa bestäms utifrån ett socioekonomiskt perspektiv där olikheterna beror på bland annat på etniskt ursprung, geografiska förhållanden, samhällsklass (Naidoo & Wills, 2000). Då kunskapen sker via en envägskommunikation, som är ett annat ord för top-down, menar Karlsson (1990) och Dahlgren (1991) att denna generella information inte gynnar hela befolkningen utan endast de individer som redan är intresserade.

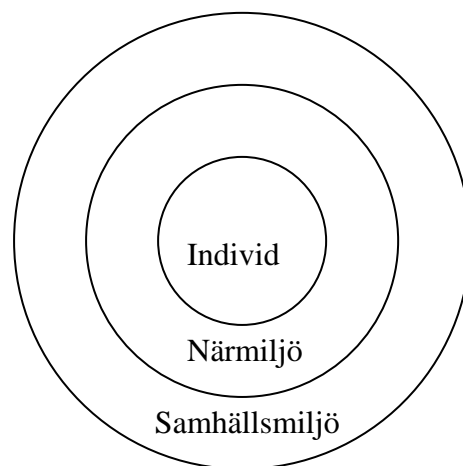
Motsatsen till att ha ett top-down perspektiv är bottom-up som innebär möjligheter för individer att själva ta ansvaret för sitt liv och folkhälsosamordnarens roll i denna process är inte att fungera som expert utan att stötta klienten i dess personliga utveckling (Naidoo & Wills, 2000). Modeller som har bottom-up perspektivet är *Educational modellen* och *Empowerment modellen*. I den förstnämnda modellen skapas ett förändrat beteende genom att individen har tagit till sig nya attityder. I Empowerment modellen utvecklas individernas självförmåga och självkänsla så att förändring av beteende blir möjlig. Båda modellerna bygger på att kommunikationen sker i en dialog med personerna det vill säga tvåvägskommunikation men i Educational modellen kan diskussionen ledas av en expert (Karlsson, 2004; Naidoo & Wills, 2000). Dialogen är enligt Freire (1976) frigörande och medvetandegörande samt ger personen möjlighet att reflektera över sin egen situation utifrån olika perspektiv och kan genom dialog tillägna sig ny kunskap.

Finns medvetenheten för de olika modellerna menar Naidoo och Wills att folkhälsosamordnaren i högre utsträckning kan anpassa sitt arbete och välja olika arbetsmodeller som lämpar sig bäst åt syftet. Hos folkhälsosamordnare finns det vanligen tankar om att teorier inte är så betydelsefulla i det hälsofrämjande arbetet utan att sättet att handla oftare grundas på den arbetsroll man har eller efter organisationens kultur (Naidoo & Wills, 2000). En annan anledning till att arbetssätten skiljer sig åt inom fältet är att det finns olika uppfattningar om vad begreppet hälsa står för och hur hälsan kan påverkas. Att folkhälsosamordnarna har olika synsätt på hälsa medför att hälsovägledningen utformas olika och grundas på olika pedagogiska modeller (Olsson, 1997).

Medin och Alexandersson (2000) menar att hälsa är något personligt och olika för alla människor, så även för folkhälsosamordnare. Det finns många definitioner av hälsa och som folkhälsosamordnare krävs det en medvetenhet om detta. För att kunna arbeta med en befolknings hälsa krävs det av folkhälsosamordnaren att hon eller han vet vad hälsa och folkhälsa innebär. Haglund och Svanström (1995) skriver att om begreppet hälsa är personligt och något som individen har så är folkhälsa hälsotillståndet hos hela befolkningen eller samhället. World Health Organisation (WHO) (1998) definierar hälsa som att må bra både fysiskt, psykiskt och socialt. Det handlar inte enbart om att vara fysiskt frisk utan det bör finnas en balans mellan de tre komponenterna för att individen ska ha en god hälsa. Janlert (2000) menar att folkhälsa inte bara handlar om hur bra hälsa befolkningens individer har utan även hur fördelningen av hälsa ser ut. Hälsan är en resurs för individen och en god folkhälsa ett mål för hela samhället (Haglund & Svanström, 1995).

2.3 Metoder i folkhälsoarbetet

När praktiskt folkhälsoarbete diskuteras är det främst det arbete som bedrivs i kommun och landsting som avses men för att få största möjliga effekt bör folkhälsoarbetet ske på olika nivåer samtidigt (se figur 2:1 nedan) (Pellmer & Wramner, 2001).



Figur 2.1 Faktorer som folkhälsoarbetet bör riktas åt vilka påverkar en människas hälsa (Efter Pellmer & Wramner, 2000 s. 8).

Som folkhälsosamordnare ställer denna nya aspekt av hälsofrämjande arbete krav på förändrade arbetssätt till exempel genom ökad samverkan mellan olika enheter och organisationer i samhället (Karlsson, 2004). Eftersom folkhälsan till stor del påverkas av samhällsstrukturer och politiska beslut betonar Ågren (2003) vikten av att det förs debatter kring detta på politisk nivå, både i regeringen och riksdagen men också på regional och lokal nivå. Han framhåller att folkhälsosamordnaren har en stor roll i att integrera folkhälsodebatten ute i den kommunala verksamheten där samhällsbeslut tas, vilka direkt påverkar befolkningens vardagsvillkor (Ågren, 2003).

Statens folkhälsoinstitut skriver i sin rapport (Ågren, 2003) att en påtaglig förändring har skett inom folkhälsoområdet i och med att ett större fokus nu ligger på regional och kommunal nivå istället för på en nationell och internationell nivå. Den här utvecklingen innebär att kommunen spelar en större roll för sina invånares hälsa och Pellmer och Wramner (2001) menar kan det folkhälsoarbete som bedrivs ses som kommunens ansvar för sin befolknings hälsa. Enligt Janlert (2000) kan folkhälsoarbetet riktas mot att skapa miljöer som ger hälsa eller rikta sig direkt mot individer. Då arbetet riktas mot individer handlar folkhälsoarbetet om att förmedla kunskaper så att individens medvetenhet om sin hälsa ökar. Ågren (2003) anser i motsats till Janlerts resonemang att målgruppen för folkhälsoarbetet är hela befolkningen och inte individer och grupper. Det är i kommunen som samhällsbeslut fattas och det blir folkhälsosamordnarens uppgift att tillgodose att besluten överensstämmer med det regionala, nationella och internationella folkhälsoarbetet (Ågren, 2003). För att ett gynnsamt folkhälsoarbete ska kunna bedrivas anser även Karlsson (1990) att det lokala folkhälsoarbetet bör finnas som ett led i en sammanhållen kedja där det närmast når upp mot regionalt-, nationellt- och slutligen internationellt folkhälsoarbete.

Övergripande mål och hälsopolicy

Utifrån den definition som WHO har på hälsa har de arbetat fram ett internationellt dokument vars syfte är att främja människors hälsa genom hela livet samt att minska förekomsten av de vanligaste sjukdomarna. Tjugoen mål har antagits och presenteras i "Hälsa för alla" och de har till uppgift att inspirera medlemsländer att utveckla sin hälsopolitik. Sverige har, som ett av medlemsländerna i WHO, arbetat fram elva nationella målområden för det svenska folkhälsoarbetet. Enligt Olsson (1997) blir hälsa ett politiskt begrepp genom att det är politiker som tar beslut om målen. Olsson lyfter diskussionen om hälsa och menar att de folkhälsopolitiska målen blir en produkt av den diskurs som för tillfället förs kring hälsa. Diskursen har förändrats från att vara inriktat på sjukdomsförebyggande till dagens hälsofrämjande arbete. Ett sätt att arbeta hälsofrämjande är att skapa en jämlik hälsa för befolkningen och många insatser idag syftar till att främja den sociala hälsan. Den sociala aspekten av hälsa är något som WHO (1998) har uppmärksammat och lagt till i sin hälsodefinition. Då folkhälsoarbetet bland annat handlar om jämställdhet och andra sociala faktorer, som Olsson menar är politiska områden, får folkhälsosamordnaren en politisk roll.

De politiskt beslutade folkhälsomålen utgår ifrån hälsans bestämningsfaktorer och inte utifrån sjukdomar eller hälsoproblem. Att bygga de nationella målen utifrån bestämningsfaktorer går i linje med Strandmarks (2002) resonemang om det salutogena synsättet. Det salutogena synsättet innebär att utgångspunkten är det friska. Ågren (2003) menar att målen i och med detta ställer höga krav på att folkhälsoarbetet ska vara kunskapsbaserat.

Även om Karlsson (1990) anser att det lokala folkhälsoarbetet bör utgå ifrån det mer övergripande folkhälsoarbetet anser han att det praktiska folkhälsoarbetet inte endast kan låta sig styras utifrån från de nationella mål som regeringen antagit. Det är upp till folkhälsosamordnaren i respektive kommun att genomföra insatser utifrån de lokala förutsättningar som finns. I en kommun bör det finnas en lokal hälsoplan eller hälsopolicy där kommunens hälsosituation, levnadsvillkor, hälsorisker och hälsofrämjande möjligheter framkommer och där målen för det kommunala hälsoarbetet tydligt är definierade (Karlsson, 1990; Pellmer & Wramner, 2001).

De mål som den lokala folkhälsosamordnaren arbetar efter bör som tidigare nämnts grundas på de övergripande internationella och nationella hälsomålen som tagits fram av WHO respektive Statens folkhälsoinstitut i samverkan med regeringen (Pellmer & Wramner, 2001; Ågren, 2003). Folkhälsoarbetet är ett offentligt arbete och det finansieras med hjälp av skattemedel. För att folkhälsosamordnaren ska kunna redovisa för hur skattepengarna investeras kan dokumenterade mål underlätta det praktiska arbetet. Så är det enligt Jarlbro (2004) inte idag utan hon menar att arbetet inom den offentliga sektorn generellt sett ofta har alltför övergripande och otydliga mål. I detta sammanhang kan konsekvensen av otydliga mål bli att det hälsofrämjande arbetet drivs åt olika håll och att det blir svårt och rent av omöjligt att sammanställa effekter av det (Jarlbro, 2004).

I takt med att de ekonomiska resurserna har minskat (Olsson, 1997) tvingas också organisationer, i detta fall kommunens folkhälsosamordnare, att i allt större utsträckning välja mellan olika alternativ i planeringen och utförandet av det hälsofrämjande arbetet (Burström, Gertham, Lindholm, Lindgren, Månsson, Rosén, Rydberg & Stenlund, 2003).

Planering som en viktig del av folkhälsoarbetet

Enligt Palm och Hedin (2001) underskattas ofta värdet av att göra en tydlig planering av hälsoarbetet. De menar att aktörer som arbetar med planeringen hellre investerar sin tid och energi på själva utförandet av den hälsofrämjande insatsen. Detta argument går i linje med Naidoo och Wills (2000) som menar att de som driver hälsofrämjande insatser, i detta fall folkhälsosamordnare, ofta anser att planering av projektet är slöseri med tid. Andersen (1996) menar i motsats till föregående resonemang att det är omöjligt att göra handlingsplaner så tidigt i arbetsprocessen. Arbetet kan ge dåliga resultat då inte alla aktiviteter kan förutses i planeringsstadiet. Aktiviteterna bör i stället utformas efter att varje delmål uppnåtts. Andersen menar dock att det är viktigt att ha en tidsplan och han är medveten om att många ifrågasätter huruvida det är möjligt att göra en tidsplan då man inte vet vilka aktiviteter som ska utföras.

Både Springett (2001) och Nutbeam (1998) framhåller att det inte är bristande intresse eller kunskap i vikten av att planera och utvärdera som fattas utan som tidigare nämnts kombinationen av tidsbrist och svårighet. Naidoo och Wills (2000) menar dock att det är arbetets omfattning som bör ligga till grund för hur mycket tid som läggs i planeringsfasen. Är insatser riktade mot en större grupp, till exempel invånare i en kommun bör det finnas en väl genomarbetad och skriftligt dokumenterad projektplan som sedan styr arbetet. Den ska tydligt visa det hälsoekonomiska perspektivet, tidsplanen för insatserna, vem och vilka aktörer som ansvarar för vad, en utvärderingsplan och tydliga mål och målgruppsdefinitioner (Naidoo & Wills, 2000).

För att ringa in den målgrupp där den hälsofrämjande insatsen gör största möjliga nytta anser både Bjärås (1995) och Jarlbro (2004) att det tidigt i en planeringsfas bör göras en grundlig kartläggning över den lokala situationen, en så kallad *samhällsdiagnos*. Samhällsdiagnosen är enligt Haglund och Svanström (1995) en beskrivning över närområdets statistiska data, en undersökning av vilka resurser som finns att tillgå och en definition av frisk- och riskfaktorer för befolkningen i området. Jarlbro (2004) hävdar dock att det precis som med utvärdering är ovanligt att en sådan kartläggning görs som grund för prioritering och planering av hälsofrämjande projekt. Istället menar hon att valet av målgrupp ofta grundas på vaga föreställningar samt vilken grupp som för tillfället är mest tillgänglig.

När målgruppen väl är inringad bör den som planerar projektet, i detta fall folkhälsosamordnaren, ”lära känna” sin målgrupp det vill säga göra en *målgruppsanalys*.

Syftet med analysen är att som folkhälsosamordnare inhämta kunskaper om de attityder och värderingar som finns i den aktuella målgruppen och utifrån dem planera vilka pedagogiska metoder som är mest lämpade och ger störst nytta vilket sedan bör redovisas i projektplanen (Palm & Hedin, 2001; Naidoo & Wills, 2000). Enligt Bjärås (1995) är det viktigt att i planeringen av hälsofrämjande projekt komma ihåg att målgruppen består av människor med olik livssyn och är därmed inte en homogen grupp. Tidigare erfarenheter skapar attityder och värderingar vilket påverkar människors sätt att se på sin omvärld vilket Bourdieu (1990) belyser som *habitus*. I linje med Bourdieus (1990) syn på betydelsen av tidigare erfarenheter går även Deweys (1936) teorier och han talar om det som *vana*. Både Dewey (1936) och Bourdieu (1990) menar att tidigare erfarenheter är en viktig komponent då lärande ska komma till stånd men det kan också utgöra ett hinder för att en förändring ska ske.

Eftersom målgruppen inte är homogen menar både Karlsson (1990) och Dahlgren (1991) att det finns en risk med att folkhälsosamordnare använder sig av icke genomtänkta pedagogiska metoder i sitt arbete. De påstår att det oftast är de redan upplysta människorna som införlivar det nya tänket vilket leder till att hälsoklyftorna i samhället riskerar att öka. Därför är det enligt Dahlgren (1991) viktigt att det hälsofrämjande arbetet innehåller ett genomtänkt pedagogiskt perspektiv som bygger på människors olika livssyn och erfarenheter, något som även Olsson (1997) framhåller. Han menar också att den som arbetar med att främja hälsa, vilket i detta fall är folkhälsosamordnaren, bör ha kunskap om hur han eller hon kan väcka ett intresse och motivera människor till en förändring av exempelvis sina levnadsvanor.

Utvärderingens betydelse i hälsofrämjande arbete

Genom en god planering kan resurserna användas till största möjliga nytta, vilket är en aspekt av hälsoekonomin (Burström et al. 2003). Både Pellmer och Wramner (2001) och Burström et al. (2003) menar att folkhälsosamordnaren kan ha stor nytta av det hälsoekonomiska perspektivet i prioriteringen och planeringen av sitt arbete. Inte minst för folkhälsosamordnaren är det enligt Burström et al. (2003) viktigt att ha kunskap om det hälsoekonomiska synsättet då det i allt högre grad tillämpas av både kommuner och landsting.

Hälsoekonomins allt tydligare roll har också lett till ett ökat behov av kvalitetsgranskning inom det hälsofrämjande arbetet. Det har blivit viktigare att utvärdera hälsoprojekt och undersöka om den ekonomiska satsningen varit försvarbar i relation till vad projektet resulterat i (Jarlbros, 2004; Berg & Bjärås, 1996; Olsson, 1997). Som tidigare nämnts är det ofta skattepengar som finansierar de hälsofrämjande projekten varpå Lindén-Boström (2000) också påvisar den moraliska aspekten av att göra en utvärdering. Genom utvärdering kan eventuella svagheter i arbetssättet påvisas och förändringar kan ske för att projektet ska bli så välgrundat som möjligt sett ur ett hälsoekonomiskt perspektiv. Enligt bland annat Springett (2001) och Lindén-Boström (2000) är tanken med utvärdering att de kunskaper som inhämtas om projektet ska användas som underlag för folkhälsosamordnare och politiker i planering och beslutsfattande av hälsofrämjande projekt.

Ågren (2003) belyser att utvärdering görs på olika nivåer i samhället. Kommun och landsting har själva ansvaret för att utvärdera de lokala hälsopolicies och hälsofrämjande projekt medan regeringen ansvarar för att utvärdera de övergripande nationella målområdena. Nutbeam (1998) anser att alla hälsofrämjande program inte behöver eller rent av kan utvärderas på samma sätt och med samma omfattning. Beroende på de mål som styr insatsen utformas en metod som är specifik för den hälsofrämjande insatsen. Gemensamt för alla hälsofrämjande insatser är att ju fler aktörer som arbetar inom ett projekt desto viktigare framstår det att det görs utvärderingar om vilken riktning projektet tar (Ågren, 2003). För att en utvärdering ska

vara möjlig krävs det att insatsen har välformulerade och mätbara mål. Jarlbro (2004) menar att målen idag tenderar att vara allt för övergripande och oidentifierade.

Nutbeam (1998) är en av många som menar att oavsett ambitionerna kring utvärdering kan det inte göras om det inte finns tydligt definierade mål för projektet. Tydliga mål underlättar också för alla inblandade aktörer att driva arbetet åt samma håll och därigenom uppnå ett bättre resultat (Naidoo & Wills, 2000; Palm & Hedin, 2001). Bland annat Nutbeam och Ågren (2003) menar också att mål inte är till någon nytta om de inte följs upp och hälsoprojektet kvalitetsgranskas. Nutbeam och Springett (2001) anser att det är kombinationen av den komplexitet som finns kring utvärdering kombinerat med tidsbrist som ligger till grund för att mer tid inte läggs på denna fas. Ytterligare en faktor som skapar svårighet kring utvärdering är vad som egentligen ska mätas, i synnerhet då många olika aktörer är inblandade i projektet (Naidoo & Wills, 2000).

2.4 Hur kommuners satsning på folkhälsofrågor påverkar folkhälsoarbetet

Det har visat sig i Hamerslags (2004) studie att det främst är landets stora kommuner som satsat på heltidstjänster för folkhälsofrågor medan hälsosamordnare i mindre kommuner oftare har deltidstjänster. Kommuners satsning på att anställa folkhälsosamordnare för de övergripande folkhälsofrågorna har enligt studien varit oförändrad under de senaste 10 åren. Studien visar att när undersökningen gjordes, år 2003, hade 70 procent av kommunerna i landet minst en anställd folkhälsosamordnare, samma siffra uppmättes år 1995. Men trots att denna siffra inte stigit menar Hamerslag (2004) att kommuners satsning på folkhälsa ändå ökat, genom att allt fler kommuner tagit fram hälsoplaner eller hälsopolicy. Att fler kommuner har hälsopolicy är ett tecken på att folkhälsan fått ett större utrymme och stöd i kommunerna.

Alla aktörer som arbetar med hälsofrämjande arbete, då även folkhälsosamordnare, är enligt Karlsson (1990) i behov av stöd och visad entusiasm från politikerna i kommunen. År 2003 när Hamerslags (2004) undersökning gjordes var det 53 procent av Sveriges kommuner som antagit en lokal hälsopolicy. Att kommunens storlek spelar roll även i denna fråga visas då det främst är de stora och medelstora kommunerna som antagit hälsopolicy eller en hälsoplan.

Ytterligare en skillnad som framkom i studien är var i den kommunala organisationen som folkhälsosamordnartjänsten är placerad. I de större kommunerna är det vanligast att folkhälsosamordnaren sitter direkt under kommunledningen medan tjänsten i mindre kommuner är placerad i någon förvaltning, främst inom social- och kultur/fritid förvaltningen (Hamerslag, 2004). Gustavsson (2000) anser att det i en organisation, eller kommun i detta fall, finns olika normer och traditioner som brukar benämnas som tyst. Vidare menar Gustavsson att den tysta traditionen uttrycker sig olika beroende på var i organisationsstrukturen som individen, folkhälsosamordnaren, sitter. I relation till vår studie skulle det innebära att folkhälsosamordnarnas praktiska utövande påverkas av de olikheter som finns i de olika organisationerna. För att tillägna sig kännedom om dessa normer och traditioner behövs ofta lång yrkeserfarenhet i organisationen eller som i detta fall inom kommunen (Gustavsson, 2000). Hamerslag (2004) kom fram till, som tidigare nämnts, att fler kommuner anställer en folkhälsosamordnare och då det oftast bara är en anställd i varje kommun kan han eller hon med fördel skapa olika slags samarbeten. Karlsson (2004) anser att samarbete är en fördel för att få stöd i sitt arbete.

Tvärsektoriellt samarbete i kommunala folkhälsoråd

Ett hälsoråd eller hälsogrupp är enligt Bjärås (1995) ett exempel på samarbete mellan olika aktörer. Karlsson (1990) menar att det kan skilja sig från kommun till kommun vilka aktörer som sitter med och att det beror på lokala förutsättningar och behov. Hamerslags studie (2004) visar att mer än två tredjedelar av Sveriges kommuner har ett folkhälsoråd, men undersökningen visar dock inte huruvida de är aktiva eller inte.

Karlsson (1990) hävdar att hälsorådets främsta uppgift är att stötta folkhälsosamordnaren i planeringen samt stödja och samordna det lokala folkhälsoarbetet. Hamerslag (2004) menar att folkhälsoråden finns till för att vara rådgivande men utvecklingen tyder idag på att fler råd får mandat och kan därmed fatta egna beslut rörande det folkhälsofrämjande arbetet i kommunen (Hamerslag, 2004). Olsson (1997) skriver i sin avhandling att folkhälsoråden i större utsträckning måste planera sitt arbete anpassat efter de resurser som de har att tillgå och syftar till att folkhälsoarbetet har mindre pengar idag.

Samtidigt som de ekonomiska förutsättningarna försämrats visar Hamerslags studie (2004) att folkhälsoråden runt om i landets kommuner får ett allt större inflytande över en egen budget till folkhälsoinsatser. År 2003 hade drygt 60 procent av kommunernas folkhälsoråd en egen budget vilket var en fördubbling mot år 1995. Hamerslag menar att då det finns öronmärkta pengar avsedda för hälsofrämjande arbete inom kommunen visar det att det finns en vilja att satsa på folkhälsoarbete. Dock får ej glömmas att arbetet även kan finansieras inom den ordinarie budgeten som kommunen har (Hamerslag, 2004).

2.5 Problemprecisering

Vi ser folkhälsosamordnarnas arbete som grunden till det folkhälsoarbete som bedrivs i samhället. Utifrån folkhälsovetenskapliga intressen har folkhälsosamordnaren stor betydelse för att folkhälsan ska nå befolkningen och därför väljer vi detta fält för vår undersökning. Vi ser det aktuella fältet som en arena med möjlighet för lärande och utveckling och vi anser att folkhälsosamordnarna kan ta sig an hälsoproblematiken på ett mer medvetet sätt om de reflekterar över sin egen situation. Vi vill undersöka och försöka förstå folkhälsosamordnarnas arbetssituation för att se om det finns några underliggande förklaringar till varför de utformar sitt arbete på det ena eller andra sättet.

3. Syfte

Syftet är att undersöka hur folkhälsosamordnarna bedriver hälsofrämjande arbete samt vilka faktorer som ligger bakom att de arbetar som de gör.

4. Teoretiska utgångspunkter

Pellmer och Wramner (2001) menar att de som arbetar med folkhälsa bör ha en bred folkhälsovetenskaplig utbildning att grunda sitt arbete på. Samtidigt talar Jernström (2000) om de problem som teoretiskt bildade personer möts av då de kommer ut i den praktiska verksamheten. Hon menar i likhet med Kvernbekk (1995) att teoretisk och praktisk kunskap inte kan skiljas från varandra utan att båda två behövs. Samspelet mellan de två typerna av kunskap belyser även Ellström (1996) vilket han presenterar i en handlingsmodell.

Vi har valt att bygga upp följande avsnitt utifrån Ellströms fyra handlingsnivåer, vilket slutligen mynnar ut i ett resonemang om professionell kompetens. Innan vi belyser Ellströms modell börjar vi med att ge en bild av spänningen mellan teoretisk och praktisk kunskap eftersom vi anser att dessa begrepp är centrala för att förstå avsnittet teoretiska utgångspunkter. De två olika formerna av kunskap och sätten att handla på i arbetslivet är de utgångspunkter som resultatet granskas utifrån. Att vi valt dessa utgångspunkter grundar sig på att vi möjligen kan se att kunskapsformen och sättet att handla kan påverka folkhälsosamordnarens arbetssätt.

4.1 Lärande, handling och professionell kompetens

Både Jernström (2000) och Kvernbekk (1995) visar att det finns en spänning mellan teoretisk och praktisk kunskap och de menar att begreppen är bundna till varandra. Även Ellström (1996) skildrar hur de två formerna av kunskap är sammanflätade. Den praktiska kunskapen utvecklas i det vardagliga livet då individen inte har för avsikt att lära sig någonting och kan med andra ord uttryckas som informellt lärande. Ellström menar att den praktiska kunskapen kommer från personens yrkeskunskaper och utifrån personliga egenskaper som kreativitet, förmåga att lära sig nya saker samt kommunikations- och arbetsförmåga. Teoretisk kunskap utvecklas vanligen i mer formella sammanhang än vad den praktiska kunskapen gör. Med formella sammanhang menas skolor, universitet eller andra kontexter där syftet är att lära. (Jernström, 2000; Kvernbekk, 1995; Ellström, 1996.)

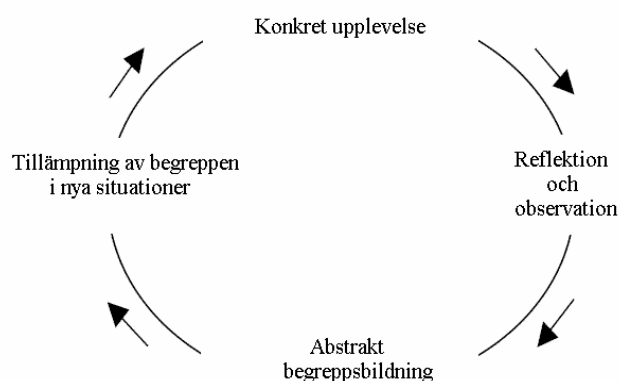
När lärandet är omedvetet benämns det både av Rolf (1993a) och Ellström (1996) som tyst kunskap. Eftersom det handlar om en tyst kunskap kan individen inte reflektera över vilka kunskaper hon eller han har, det kan uttryckas som att kunskapen sitter i huvudet och inte i kroppen (Janik, 1996). Enligt Rolf kan den tysta kunskapen kopplas till de normer och traditioner som finns i organisationen och den vardag som individen befinner sig i. Janik uttrycker att den tysta kunskapen består av klokhet, kunnighet, sunt förnuft och förtrolighet med arbetsuppgiften vilket hon menar inte kan tillägnas genom enbart teoretiska studier.

Den tysta kunskapen innebär att det personliga handlandet kan vara svårt att uttrycka i ord eftersom kunskapen ligger på en omedveten nivå (Rolf, 1993a). De handlingar som utförs i vardagen är mer eller mindre omedvetna och oflekterade och kan kopplas samman med det som Ellström (1996) uttrycker som rutinbaserat handlande. Ellström har utvecklat en teoretisk modell som beskriver fyra olika nivåer av handlande, där just det *rutinbaserade handlandet* är ett av stegen. De andra tre nivåerna i modellen är *regelbaserat*, *kunskapsbaserat* och *reflektivt handlande*. Att handla utifrån rutin innebär att arbetsuppgifter framstår som lättförstådda och lätta att hantera då de inte kräver eftertanke. När mycket av arbetet utförs på rutin, i detta fall folkhälsosamordnarens arbete, anser Ellström (1996) att det blir svårare att upptäcka förändringar och att se nya lösningar på arbetsuppgiften.

Den andra nivån i Ellströms (1996) modell är *regelbaserat handlande* och innebär det som både Ellström och Rolf (1993a) benämner som ”know-how”. På denna handlingsnivå är det själva utförandet av arbetsuppgiften som står i centrum. Folkhälsosamordnaren vet hur han eller hon ska handla i det praktiska utförandet. Karlsson (2004) skriver att handlandet på den regelbaserade nivån bygger på tidigare erfarenheter av liknade situationer och han menar också att då situationen förändras kan personen ställas inför en situation där know-how går förlorad. Karlsson (2004) menar att samma kunskap inte kan tillämpas i olika situationer eftersom omständigheterna ställer olika krav på hur handlandet utformas.

Med *kunskapsbaserat handlande* menar Ellström (1996) att det är de teoretiska kunskaperna som står i centrum för handlandet och inte de praktiska som det var på den regelbaserade nivån. Att handla utifrån ett teoretiskt perspektiv benämner Rolf (1993a) i sina teorier om ”know that” vilket går i linje med Ellströms kunskapsbaserade handlingsnivå. Att handla utifrån teoretiska kunskaper utgör den tredje nivån i Ellströms handlingsmodell.

Den fjärde och sista handlingsnivån i Ellströms (1996) modell är *reflektivt handlande*. Enligt både Ellström och Rolf (1993b) innebär reflektion att det egna handlandet blir studerat och utvärderat för att resultera i ett genomtänkt arbetssätt. Det reflekterade arbetssättet väger för- och nackdelar mot varandra samt ser till de olika konsekvenser som arbetssättet kan få. I likhet med Rolf och Ellströms resonemang är reflektion också en viktig del i Kolbs (1984) modell om inläring (fig. 4.1). Han menar att lärandet är en ständigt pågående process där individen, i detta sammanhang folkhälsosamordnaren, lär sig genom tidigare erfarenheter och en aktiv reflektion. Utifrån det skapas nya sätt att tänka och handla vilka kan implementeras i arbetssättet (Kolb, 1984). Karlsson (2004) anser i likhet med Ellström, Kolb och Rolf att reflektion av sitt egna arbetssätt är viktigt för lärandet och att reflektion kan skapa ett situationsanpassat handlande.



Figur 4.1 Kolbs inlärningscirkel (Efter Kolb, 1984, s.33)

Först när personen, i detta fall folkhälsosamordnaren, handlar utifrån alla fyra nivåer i Ellströms (1996) modell menar han att personen besitter en *professionell kompetens*. Den professionella kompetensen kan enligt Rolf (1993b) förloras om den teoretiska delen i yrket skiljs från den praktiska vilket går i linje med Ellströms resonemang om att alla fyra handlingsnivåer är viktiga. Rolf (1993a) och Hård af Segerstad, Klasson och Tebelius (1996) menar att kompetens inom ett yrkesområde innebär att man med hjälp av kunskaper och tidigare erfarenheter kan bemästra olika situationer på ett konstruktivt sätt. Hård af Segerstad

m.fl. anser också att den professionella kompetensen till stor del handlar om den personliga inställningen till yrkesrollen och inte enbart om själva arbetsuppgifterna. Förutom de teoretiska och praktiska kunskaperna innebär hög kompetens självförtroende, självuppfattning samt samarbets- och kommunikationsförmåga. (Hård af Segerstad et al. 1996).

En debatt inom yrkesfältet är enligt Rolf (1993a) viktigt för att den professionella kompetensen inom yrket ska höjas. Eftersom folkhälsosamordnare arbetar inom ett fält som fortfarande är under uppbyggnad anser Karlsson (2004) att det är viktigt att det förs en diskussion om den gemensamma problematiken som finns vilket i linje med Rolf kommer att höja den professionella kompetensen inom yrket.

4.2 Slutsats

Ellström (1996) anser att dagens yrken inte bara handlar om att följa de instruktioner som ges utan individen behöver vara flexibel, vara självstyrd och ha en bred teoretisk och praktisk kunskap. Kvernbekk (1995) ser också att både den teoretiska och praktiska kunskapen är viktig för att arbetet ska kunna förstås i ett större sammanhang, i detta fall folkhälsosamordnarens arbete. Teorier i sig förklarar inte hur de ska användas utan det är upp till praktikern att själv tillämpa dem i passande situationer. Det innebär att samma teori kan användas på olika sätt och i olika sammanhang, med andra ord ett situationsanpassat handlingsätt (Karlsson, 2004). Först när individen utför sitt arbete på alla fyra nivåer i Ellströms handlingsmodell sägs det att den professionella kompetensen har utvecklats vilket innebär att personen kan reflektera över och anpassa sitt arbetssätt.

5. Material och metod

I följande avsnitt motiverar vi valet av studiens undersökningsmetod och val av deltagare, ger en beskrivning av tillvägagångssätt och dataanalys samt de etiska aspekter som förekommit under studiens genomförande.

5.1 Val av metod

Kvalitativ metod valdes då vi ville få ett material som gav en djup kunskap om deltagarnas uppfattningar. Starrin och Svensson (1998) påpekar att den kvalitativa metoden är bra för att ringa in en frågeställning som bygger på deltagarnas tankar och upplevelser, vilket studiens syfte gör. Kvale (1997) menar att den kvalitativa metoden främst skiljer sig från den kvantitativa metoden vad gäller urval, frågor och frågeformulering, svarsalternativ samt analysmetoder. Intervju valdes och enligt Kvale (1997) är intervjun inte ett vanligt samtal utan den fångar personers olika uppfattningar om ett visst ämne. Under samtalsgången diskuteras ett ämne som båda parter har intresse för och detta leder till att kunskap uppstår, vilket han vidare benämner som ämnesorienterad kunskap (Kvale, 1997.)

5.2 Val av deltagare

Syftet med denna studie var att undersöka hur folkhälsosamordnare bedriver hälsofrämjande arbete samt vilka faktorer som ligger bakom att de arbetar som de gör. Redan i syftet ringas målgruppen in, för att sedan i enlighet med Holme och Krohn-Solvang (1997) definieras efter de kriterier som undersökningsgruppen bör uppfylla för att delta i denna studie. En faktor vi valde att belysa i målgruppsdefinitionen var att benämningen av tjänsten som folkhälsosamordnare tenderar att variera i olika kommuner mellan diverse titlar så som (folk) hälsopedagog, (folk) hälsostrateg och (folk) hälsosamordnare. I denna studie användes endast yrkestiteln folkhälsosamordnare vilket är likvärdigt de övriga begreppen. Kännetecknet för undersökningsgruppen är att alla de deltagande ska arbeta på *kommunalnivå med det övergripande folkhälsoarbetet* eftersom det kriteriet bidrar till att undersökningsgruppens arbetsuppgifter då blir så likartade som möjligt.

För att kunna genomföra intervjuerna gjordes studien bland Skånes kommuner som låg oss geografiskt nära. Via en kontaktperson på Region Skåne tillhandahölls en maillista över de skånska kommunernas folkhälsosamordnare vilket var 30 stycken. 30 deltagare var inte tidsmässigt hanterbart, vilket gjorde att undersökningen avgränsades till *en folkhälsosamordnare från varje kommun*. I de kommuner där det fanns två eller fler folkhälsosamordnare togs en deltagare slumpmässigt fram. Efter denna avgränsning bestod undersökningsgruppen av 20 stycken folkhälsosamordnare.

Ett elektroniskt brev skickades ut till alla 20 folkhälsosamordnare vilket innehöll information om studiens upplägg, etiska överväganden (se under rubrik etiska hänsynstaganden), syfte samt en inbjudan till att delta i undersökningen. Inom tiden för svar på inbjudan var det sju folkhälsosamordnare som visat intresse för att delta. Till de övriga 13 skickades ytterligare ett brev där vi klargjorde att processen gick vidare varpå ytterligare en deltagare anmälde sig. Det totala antalet deltagare för undersökningen blev åtta stycken folkhälsosamordnare vilka arbetar i kommuner med varierad storlek. I planeringen av studien var målet att ha ca tio deltagare vilket stämde bra överens med det antal som var med i studien. Åtta deltagare var en rimlig storlek till den tid vi hade för undersökningen och det var ett hanterbart material att bearbeta och analysera.

Nästa steg var att ta telefonkontakt med de deltagande för att boka tid och plats för datainsamling samt att återigen informera om syfte, upplägg och etiska överväganden. Den personliga kontakten via telefon öppnade möjligheten för de deltagande att ställa frågor om studien. Deltagarna fick ge förslag på när intervjun skulle äga rum vilket ger dem ett "fysiskt utrymme" som Lantz (1993) uttrycker det. Med det menar Lantz att deltagarna valt ett tillfälle som passar dem vilket främjar kontakten. Lantz (1993) framhåller också att det psykiska utrymmet är av betydelse för vilken kontakt som uppnås med deltagarna. Detta kan till exempel vara i form av en rogivande miljö. För att tillgodose detta behov läts deltagarna fritt välja en plats där datainsamlingen skulle ske vilket resulterade i att mötena skedde ute på eller i närheten av folkhälsosamordnarnas arbetsplatser. Att besöka deltagarna i deras kommun gav oss ett tillfälle att få en uppfattning om deras arbetssituation. Bokningsuppgifterna för mötet bekräftades med ett elektroniskt brev.

5.3 Tillvägagångssätt

Vi genomförde halvstrukturerade intervjuer och som hjälpmedel använde vi oss av en intervjuguide. Intervjuguiden såg till att centrala frågor som vi hade blev besvarade samt att det fanns utrymme för följdfrågor. I enlighet med Kvale (1997) var frågorna indelade i olika områden. Intervjuguiden prövades på en hälsopedagog varefter ordningen på vissa frågor ändrades för att de bättre skulle få en logisk följd.

Varje intervju inleddes med att klargöra uppdelningen mellan oss där en hade huvudansvaret för intervjun medan den andra antecknade och sammanfattade vad som sades. Genom att göra en sammanfattning av intervjun fanns det tillfälle för folkhälsosamordnaren att lägga till eller revidera det som sagts. Vi var medvetna om att den maktposition vi hade då vi var två mot en kunde påverka utvecklingen av samtalet varpå vi tydligt berättade att vi båda var med för att vi såg det som en lärandesituation för oss.

Intervjuerna spelades in på band och Rossman och Rallis (1998) anser att mycket information går förlorad då kroppsspråket inte registreras. Vi var medvetna om detta varpå den som inte hade huvudansvaret för intervjun fokuserade på att uppmärksamma icke verbala signaler. Dessa tolkningar skrevs ner och fanns med som ett komplement i analysen.

Tiden för intervjuerna varierade från 35 minuter till 90 beroende av den tid det tog att i enlighet med Kvale (1997) skapa en förståelse för vad deltaganden gav uttryck för.

5.4 Databehandling

De muntliga data som samlats in under intervjuerna omarbetades till skriftlig form genom transkribering. Redan här startar en omedveten tolkning av vad som sägs och Backman (1998) menar att den huvudsakliga analysen av data sker kontinuerligt under själva insamlingen och under transkriberingen. Samtliga åtta intervjuer skrevs ut ordagrant bortsett från vissa partier då det handlade om saker med svag koppling till studien. En anteckning på utskriften gjordes när annat än intervjuämnet diskuterats. Utskrifterna resulterade i ca 80 A4 sidor rådata.

Utskrifterna lästes till att böja med i sin helhet och anteckningar om tankar och textinnehåll gjordes i marginalen. Vid jämförelse mellan de tankar vi skrivit ner fann vi att det i stort sett var de samma. Härfter färglades olika områden i texten där vi kunde se ett sammanhängande innehåll och efter en brainstorming fann vi olika centrala delar som återkom i intervjuerna. De centrala delarna kom att forma två övergripande teman.

Intervjuerna lästes i relation till våra teman, det vill säga i delar, och vi försökte plocka ut olika områden som deltagarna sa någonting kring och de citat som skulle bli underlag för resultatet valdes ut. Efter dessa steg påbörjades sammanställningen av deltagarnas utsagor vilka strukturerats i två teman med vardera två områden som var relevanta till studiens syfte.

Det tillvägagångssätt vi använt oss av i analysen kan härledas till den hermeneutiska ansatsen. Det centrala som speglar en hermeneutisk ansats är enligt Kvale (1997) och Starrin & Svensson (1994) att genom tolkningar försöka förstå vad den intervjuade uttrycker. Kvale säger vidare (s. 126) att ”ett hermeneutiskt förhållningssätt innebär att lyssna till de många olika meningshorisonter som ryms i den intervjuades uttalanden, att uppmärksamma

möjligheten att ständigt göra nya tolkningar”. Genom vår analys vill vi just belysa de olika synsätt och de meningsskillnader som påträffats i materialet vilket går i linje med citatet.

En annan central del i den hermeneutiska ansatsen är att texten förstås och tolkas utifrån helheten till delar och detaljer (Kvale, 1997). Detta gjorde vi i vår analys då vi först läste hela intervjun och skrev ner våra tankar för att sedan bryta ner den till olika delar som sattes i relation till hela innehållet och tolkades utifrån det. Kvale menar vidare att det just är genom denna växling som den djupare förståelsen för materialet sker.

5.5 Validitet och reliabilitet

Begreppen används för att beskriva kvalitén på den gjorda studien. I en kvalitativ studie värderas validiteten och reliabiliteten på ett lite annorlunda sätt än i studier med kvantitativ analys där siffror ligger till grund för skattningen. Validiteten handlar om att vara kritisk till de tolkningar som gjorts och bedöma dess rimlighet, kontrollera trovärdigheten i det arbete man genomfört samt att för läsaren resovisa hela planeringen och genomförandet av studien (Kvale, 1997). I denna studie har resultatet delvis tolkats då vi som författare varit åtskilda för att därefter jämföras oss emellan. Detta ser vi som ett sätt att höja validiteten på de tolkningar och resultat som presenterats. Ett sätt att säkerställa validiteten har även gjorts då vi på ett ingående sätt beskrivit hur vi samlat in och bearbetat våra data.

Reliabiliteten handlar om att säga något om i vilken kontext resultaten är giltiga men syftet i en kvalitativ metod är inte att generalisera resultatet till andra grupper vilket en kvantitativ analys gör. I en kvalitativ analys är de resultat som framkommit isolerade till den kontext de undersökts i (Kvale, 1997). En god reliabilitet gynnas enligt Starrin och Svensson (1994) också av att vi som författare genomför en bra intervju där vi förstår vikten av att vi får olika svar på frågorna beroende på hur frågan ställs eller vilken situation som råder under intervjun. Detta har vi funderat en del kring. Då intervjuerna genomfördes kunde det upplevas att deltagarna såg oss som ”experter” på folkhälsoområdet och ville ge oss de ”rätta svaren” vilket gör det viktigt för oss att reflektera över i analysen. Även den maktposition vi hade av att vara två kan ha påverkat resultatet.

5.6 Etiska hänsynstaganden

Forsman (2001) belyser att forskning inom den praktiska pedagogiken innebär intrång på ett område som av deltagarna kan upplevas som privat. Den här studien kan utgöra ett obehag för deltagarna då de möjligen känner att yrkeskompetensen blir ifrågasatt. Enligt Forsman (1999; 2001) är det därför viktigt att grundligt fundera över hur studien ska läggas upp för att deltagarna ska känna sig bekväma och rättvist behandlade. Forsman (1999) säger att respekt för deltagarna bland annat tas genom att i förväg ge information kring studien, att få informerat samtycke samt att leva upp till konfidentialitetskravet.

I denna studie tillgodosågs *informationskravet* genom att vi skickade ut ett elektroniskt inbjudningsbrev som innehöll ett tydligt syfte för undersökningen, vad deltagande praktiskt skulle innebära, information om frivillighet att vara med samt att alla uppgifter behandlas konfidentiellt. Att informationen och inbjudan skedde via ett brev säkerställde att samtliga deltagande fick samma information. Vid intresse av att delta ombads folkhälsosamordnarna att kontakta oss eftersom vi inte ville låta någons beslut påverkas av att vi tog kontakt med dem. Vid tidsbokningen påmindes återigen om syftet, konfidentialiteten och autonomin i att delta.

En andra viktig aspekt av etiken är som nämndes *samtyckeskrevet*. Samtyckeskrevet uppfylldes genom att intresseanmälan skedde på de preferenser som framgick i inbjudningsbrevet samt att deltagaren när som helst kunde avbryta samarbetet. Deltagaren gav sitt samtycke vid två tillfällen (vid tidsbokningen och innan intervjun påbörjades) till att bandspelare skulle användas som dokumentationsredskap i intervjuerna.

Eftersom yrkesgruppen folkhälsosamordnare är relativt liten och deltagarna personligen känner till varandra ansågs det extra viktigt att tänka på *konfidentialitetskravet*. Inga av deltagarna hade därför kännedom om vilka andra som var inbjudna att delta i undersökningen. Konfidentialitetskravet tillgodosågs även genom att all personifierad data, som till exempel kommunens namn, avidentifierades vid transkriptionen och att bandinspelningarna och utskrifterna förvaras inlåsta där endast vi har tillgång till dem.

Uppsatsen är godkänd av det etiska rådet vid institutionen för hälsovetenskap på Högskolan Kristianstad.

6. Resultat

I följande avsnitt redovisas resultatet från intervjuerna med utgångspunkt från studiens syfte, vilket består av två delar. Det är dels folkhälsosamordnarens arbetssätt dels de faktorer som påverkar arbetet och utifrån dessa har två teman bildats (se fig. 6.1). Varje tema består sedan av centrala områden som presenterar de likheter och variationer som deltagarna gett uttryck för. Genom resultatet kommer vi växelvis använda oss av begreppen deltagare och folkhälsosamordnare när vi talar om vår undersökningsgrupp för att variera språket. För att tydliggöra citaten har vi i vissa fall tagit hjälp av hakparenteser.

Tema 1: Hur folkhälsosamordnaren når ut med folkhälsobudskapet	Tema 2: Faktorer som påverkar folkhälsosamordnarnas arbete
<p>Områden:</p> <ul style="list-style-type: none"> * Deltagarnas beskrivning av hur deras folkhälsoarbete är utformat * Pedagogiska tankemönster som deltagarna ger uttryck för 	<p>Områden:</p> <ul style="list-style-type: none"> * Strukturella påverkansfaktorer * Betydelsen av att skapa relationer och att kommunicera

Figur 6.1 En sammanfattning över resultatets tema med tillhörande områden.

6.1 Tema 1, Hur folkhälsosamordnaren når ut med folkhälsobudskapet.

Deltagarnas beskrivning av hur deras folkhälsoarbete är utformat.

Det har under intervjuerna framkommit två huvudsakliga arbetssätt som deltagarna valde att använda i sitt arbete. Det fanns de folkhälsosamordnare som arbetade i projektform men även de som kritiserade projektarbete och istället har anammat det processinriktade synsättet.

”När man är folkhälsosamordnare så leder man projekt hela tiden.”

”Jag tycker att vi kan så mycket nu om folkhälsan så jag har inget behov av att driva projekt för att lära utan den kunskapen finns runt omkring.”

Den generella uppfattningen om skillnaden i arbetssätt mellan en hälsofrämjande process och ett projekt var långsiktigheten och kontinuiteten i det vardagliga arbetet, samt att processen inte har en början eller ett slut.

”... när projektet är slut så arbetar man på det gamla vanliga sättet igen för då har man ju inga anledningar att fortsätta med det nya. Jag tycker inte att projekten ger någonting utan det viktiga är att synen i hela kommunen på vad hälsa är och hur man ska bemöta varandra ändras....[genom processer]”

Det tolkades som att gränsen mellan vad som var projekt och vad som var process inte tycktes vara samstämmigt då även de deltagare som arbetade i projekt uttryckte att det skulle finnas med ett långsiktigt perspektiv.

”...det handlar om uthållighet, det handlar om vardagsarbete och det är ett långsiktigt arbete.”

Många av deltagarna arbetade projektinriktat och drev hälsoprojekt men samtidigt hade det långsiktiga tankesättet som antydde till ett processinriktat arbetssätt. Karaktäristiskt för det processinriktade arbetet tolkades som att det främst handlade om att lyfta folkhälsofrågan inom den kommunala förvaltningen för att där efter spridas ut till befolkningen.

” Jag försöker få tillstånd att mina kamrater här i de kommunala förvaltningarna ska förstå vad folkhälsa är för någonting, att väcka en diskussion. Det är min främsta uppgift nu.”

Vilket arbetssätt folkhälsosamordnaren valde att arbeta efter kunde speglas av vad politikerna ville se för resultat. Ofta ville politikerna se snabba resultat vilket gavs bäst genom ett projektinriktat arbetssätt. Valde folkhälsosamordnaren i stället att arbeta i processform fokuserades arbetet på själva handlandet och inte på resultatet. Det kunde skapa en konflikt mellan politikernas förväntningar och de uppnådda resultaten.

”De [kommunpolitikerna] vill mer att det ska hända något, de är oerhört pragmatiska.”

Vilket arbetssätt som folkhälsosamordnaren valde kunde utöver politikernas förväntningar också bero på kommunens storlek. Det var främst de folkhälsosamordnare som arbetade i en större kommun som arbetade processinriktat. De mindre kommunerna hade i större utsträckning utformat arbetet efter projektformen. Förutom kommunens storlek kunde tjänstens omfattning ses som ytterligare en faktor som speglade valet mellan process eller projektinriktat arbetssätt. Det var främst de deltagare som hade lite tid avsatt för sin folkhälsosamordnartjänst som inriktade sig på projektarbete.

Deltagarna gav uttryck för olika åsikter vad gäller vikten av att planera och skriva projektplaner i sitt arbete. Det fanns de som menade att de inte ägnade mycket tid åt att skapa projektplaner. De flesta av deltagarna använde projektplanen som en grovplan vilken i stora drag beskrev projektet.

”Det behöver inte vara välskrivna dokument för det skulle döda mycket av initiativen upplever vi.”

Det fanns även deltagare som uttryckte att projektplanen var ett viktigt redskap i projektarbetet och utifrån berättelser om vad deras projektplaner innehöll kunde det tolkas som att några av deltagarna la betydligt större vikt vid denna fas av arbetet.

”Projektplanen bör innehålla en bakgrundsdel så att man får titta på varför vi ska ha det här projektet och sedan en handlingsdel, ibland kan det vara värt att ta in lite kostnadsberäkningar och konsekvensanalyser också.”

En del folkhälsosamordnare menade att projektplanerna måste förankras politiskt innan arbetet kunde påbörjas.

”Jag kan inte bara skriva ihop ett projekt och köra rent själv utan jag måste förankra det [i kommunledningen] och få ett godkännande på något sätt.”

Det var inte alla projekt som behövde bli godkända av kommunledningen. För flera av deltagarna var det främst de större projekten som skulle bli godkända medan de mindre kunde planeras och genomföras självständigt. Att få fria händer att själv planera och genomföra projekt sågs hos deltagare både som positivt och negativt. Den positiva synvinkeln var att politikerna tyckte att deltagaren gjorde ett bra arbete och därför lät honom eller henne sköta sitt arbete utan att de la sig i, men det kunde också tolkas som ett tecken på att de var ointresserade.

”Ibland upplever jag nog nästan att jag har för fria händer. Det kan ju kännas bra att man har ett förtroende att jobba med frågorna men man kan också tolka att de tycker att det är bra men är inte så jätteengagerade.”

Utifrån intervjuerna framkom det att det var de folkhälsosamordnare som hade mycket fria händer som oftast skrev övergripande projektplaner medan de som förankrade planerna politiskt gjorde dem mer detaljerade.

Enligt deltagarna skulle projektplanen vara en beskrivning av vem eller vilken målgrupp som insatsen skulle riktas till. Som en utgångspunkt i målgruppsprioriteringen använde deltagarna sig av Region Skånes kartläggning om de lokala hälsoförhållandena ute i kommunerna. Kartläggningen beskrevs inte som någon djupgående analys men påvisade ändå hur den specifika kommunen låg till inom olika områden jämfört med riket eller andra skånska kommuner, som redovisades i kartläggningen.

”Jag gör ju inga projekt på områden där vi redan är duktiga utan projekten görs på områden där det behövs folkhälsoarbete, där vi ligger risigt till i landet.”

Utöver eller i stället för Region Skånes kartläggning som grund i målgrupps prioritering menade några av deltagarna att de upptäckte behov, som resulterade i hälsoinsatser, genom att vistas ute bland kommunens befolkning. Att bygga sin målgruppsprioritering på upplevelsen av behov hos befolkningen var det deltagare som kommenterade och de ansåg att det var viktigt att ha statistiska uppgifter som grund.

”Det är oerhört viktigt att det är professionellt gjort och att man kan stå för källorna. Har man inte schysta siffror så ifrågasätter man kanske inte bara det utan överhuvudtaget hur seriöst vi jobbar.”

Förutom att rikta insatserna där behoven verkade störst menade deltagarna att de också prioriterade de områden där de trodde att de kunde göra en förändring. Som folkhälsosamordnare var det enligt deltagarna själva viktigt att veta vad befolkningen i kommunen var intresserade och motiverade av att göra. Några av deltagarna menade att om inte engagemanget fanns ute i verksamheten var det bättre att göra den hälsofrämjande insatsen inom ett annat område.

”Att frågan är levande är ett måste för att resultatet ska bli lyckat.”

För att de hälsofrämjande insatserna skulle ge ett lyckat resultat var det flera deltagare som tyckte att det var viktigt att engagera sina aktörer både i planeringen och också genomförandet av projektet. Att aktörerna var med redan i ett tidigt stadium såg folkhälsosamordnarna som en viktig del för att projektet skulle kunna implementeras i den dagliga verksamheten. Genom att ha insatta aktörer kunde projektet pågå även när projekttiden var slut och folkhälsosamordnaren inte längre fanns kvar som projektledare.

”När jag går ska de inte sakna mig.”

”Jag hjälper till att starta, hjälper till att skriva ansökningar och sådant. Jag underlättar men de måste göra jobbet själv annars blir det inget bra.”

Idag fanns det många aktörer som folkhälsosamordnaren kunde ta kontakt med ute i samhället och deltagarna upplevde inte att det var svårt att hitta samarbetspartner i sitt arbete. Till skillnad för hur det var för några år sedan menade folkhälsosamordnarna att de idag hade fler kontakter som de kunde utnyttja i sitt arbete, vilket har gjort att de kunnat utveckla och förändra sitt arbetssätt.

Vi tolkar att en viktig faktor som påverkade folkhälsosamordnaren i sitt arbete med att skapa kontakter var tiden. Det var generellt de deltagare med deltidstjänster som inte hade utrymme att utforma kontaktskapande i samma utsträckning. Det fanns även de folkhälsosamordnare som inte visste hur kontakterna skapades.

”Jaaaa, det vet jag inte riktigt.....[paus].....ja nä men det är väll att tala med människor.”

För att se om en insats hade gett ett lyckat utfall menade deltagarna att utvärdering var en bra metod att tillämpa. Det var inte någon av folkhälsosamordnarna som självmant berörde frågan kring utvärdering och i samtliga intervjuer fokuserades samtalet mer eller mindre kring den ekonomiska redovisningen. Det folkhälsoarbete som bedrevs rapporterades i kommunernas årliga bokslut och var därigenom kopplat till budgeten. I någon intervju tydliggjordes dock att folkhälsan inte redovisas speciellt mycket i detta bokslut. Utöver årsredovisningen var det inte många folkhälsosamordnare som ägnade sig åt att dokumentera arbetet men de flesta menade ändå att de gjorde någon form av utvärdering. Anledningen till att de flesta folkhälsosamordnare inte gjorde någon välplanerad och dokumenterad utvärdering kunde spåras till tre olika orsaker. De första två anledningarna, vilka många gav uttryck för var den kunskapsbrist som de upplevde att de hade kring utvärdering och att tiden för deras tjänst inte räckte till.

”Visst är det en viktig del, fast jag tycker att det är en svår del. Den är inte enkel.”

”...ska du göra en utvärdering som inte bara är en beskrivning eller rapport så måste du ha lite mer kunskap också och du måste också ha tiden naturligtvis. Det är ingen bra kombination med dålig kunskap och lite tid.”

Den tredje anledningen till att det inte gjordes välgrundade utvärderingar utöver årsbokslutet tycktes i vissa kommuner bero på att politikerna inte frågade efter det.

”Det finns en politiker som vill ha besked... .. de säger att han vet allt och var han får den informationen ifrån, men det finns alltid människor som berättar vad som händer. Men vi sitter inte där och berättar.”

Pedagogiska tankemönster som deltagarna ger uttryck för.

Folkhälsosamordnarna beskrev i intervjuerna hur de arbetade med att öka hälsomedvetandet i samhället och generellt visade det sig att informationsspridning utgjorde en central del i deras arbete. Det fanns dock en variation i hur folkhälsosamordnarna valde att sprida sitt budskap. Kampanjer, föreläsningar, utställningar, PR och broschyrer var de informationskanaler som deltagarna valde att använda sig av för att få ut sitt hälsobudskap. Gemensamt för deltagarnas metoder var att budskapet sändes från någon som har kunskap inom området till en grupp som ansågs vara i behov av ökad medvetenhet och kunskap.

”Vi har haft en professor från Lund som var här och pratade om sötma och sådant. Och det var 400-500 personer på det.”

”Vi har informerat till restauranger om vad som gäller, vilka lagar som gäller och så vidare.”

Trots att informations-spridning var en central del för folkhälsosamordnarna gavs ett visst uttryck för problematiken med denna kommunikationsmetod. Mottagarna förstod inte alltid hela budskapet när de blev informerade och det gällde både politiker som andra aktörer i samhället, vilket kunde tolkas som att deltagarna inte var medvetna om sin pedagogiska roll.

”Visst kan det vara svårt att nå politikerna fast man står mitt framför dem och informerar. De har inte begripit, när vi då frågar men varför frågade du inte, ja de begrep inte så mycket så att de kunde fråga en gång.”

”Man tycker ju ändå att man borde kunna nå alla människor men så är det inte, det funkar inte så. Varje människa måste själv fatta precis vad det är de vill.”

De budskap och den information som folkhälsosamordnare ville nå ut med kunde enligt vissa av deltagarna nå allmänheten genom tidningar och manifestationer.

”Och sen så kontaktade vi då press och annat så att de skulle komma med och ge skjuts åt det hela. De har ett jättearbete på det här området med att föra ut folkhälsan.”

Det fanns också de folkhälsosamordnare som inte tyckte att informations-spridning var en viktig del i det hälsofrämjande arbetet utan menade att det var viktigare att ta tillvara på den kunskap som redan fanns och att utveckla arbetet utifrån den.

”Vi har så mycket kunskap idag, egentligen. Det finns så oerhört mycket vetenskap. Det är bättre att försöka jobba inom de ramar som redan finns från början och att utveckla arbetet inom dem.”

Att förmedla sitt budskap genom att informera var inte det enda arbetssättet som återfanns hos folkhälsosamordnarna. Ytterligare ett sätt var att genom kommunikation göra förändringar på folkhälsan. Kommunikatörens pedagogiska tankar var att kunskap kom från kommunbefolkningens egna önsknings. Folkhälsosamordnarna belyste att deras arbete byggde på ett underifrånsperspektiv och att de hade en stark koppling till folket i kommunen.

”... det är alltså de äldres uppfattningar som ligger till grund för de åtgärder som man gör.....och det är också delaktighet och ett inflytande då från de äldres sida.”

Delaktighet och inflytande ansågs som viktiga faktorer för att ett underifrånsperspektiv skulle komma till stånd och för ett lyckat hälsofrämjande arbete. Deltagarna menade att deras vilja att göra på ett visst sätt inte fick vara avgörande i deras arbete utan att det skulle byggas på en folklig vilja.

”Det tycker jag är viktigt i folkhälsoarbetet att försöka känna av vad det finns intresse för, var ligger motivationen... att det här inte är något som bara jag ville. För i så fall tror jag att det dör när jag inte är där och eldar i brasan.”

Deltagarna ansåg att det var viktigt att samarbeta med olika aktörer redan i planeringen av sitt arbete för att skapa delaktighet och inflytande. Aktörerna hade därmed inverkan på folkhälsosamordnarens arbetssätt och att de var med sågs som en avgörande faktor för att kunskapen skulle kunna implementeras i det dagliga arbetet vilket även belystes tidigare under detta tema.

”de måste göra jobbet själv annars blir det inget bra.”

I teorin kunde det dras en gräns mellan informatören och kommunikátören men i praktiken såg det helt annorlunda ut. Deltagarna i denna studie använde generellt en blandning av de båda synsätten men genom analys kunde det ses att de hade en viss antydning åt något av hållen. Huruvida deltagarna var informatörer eller kommunikátörer kunde förklaras av vilken roll de tagit på sig som folkhälsosamordnare och hur den rollen påverkade arbetssättet, vilket kommer att belysas närmare under kommande tema.

6.2 Tema 2, Faktorer som påverkar folkhälsosamordnarnas arbete

Strukturella påverkansfaktorer

Deltagarna som var med i studien arbetade alla på olika sätt. Skillnaderna i arbetssättet kunde bero på de strukturella bestämmelserna och hur de påverkade folkhälsosamordnarna. Ett resonemang som fördes kring de strukturella förutsättningarna visade att arbetet utformades olika beroende på hur uppdraget hade definierats i kommunen. En del av deltagarna berättade att de arbetade på en strategisk nivå och inspirerade andra till att föra ut folkhälsan.

”En strateg kan arbeta strategiskt, det vill säga se till att det blir gjort.....det är inte jag som ska göra hela folkhälsoarbetet utan det ligger på förvaltningar och verksamheter. Jag ser mig väldigt mycket som en förmedlande länk i det här arbetet att skapa förutsättningar så att folkhälsa ska uppstå i arbetet”.

Samtidigt fanns det de folkhälsosamordnare som menade att det mer eller mindre var de själva som genomförde det praktiska arbetet.

”...ofta är samordnartjänsterna väldigt mycket folkhälsofixare, att man gör folkhälsoarbete.”

Tolkningen av citaten ovan var att deltagarna gjorde en skillnad mellan det strategiska arbetet och det mer konkreta, vilket uttrycktes som folkhälsofixare. Det fanns en skillnad i de två olika arbetssätten och kopplingar till tidigare resonemang om skillnaden mellan att arbeta i process eller projekt. Uppdragets karaktär och arbetssätt kunde vara ett resultat av andra strukturella faktorer som framkommit under intervjuerna nämligen placering, tid, pengar och styrdokument.

Deltagarnas placering inom den kommunala organisationen var varierande. Folkhälsosamordnartjänsterna var placerade både under kommunstyrelsen och i enskilda förvaltningar och skillnaderna kunde bero på kommunens storlek. Det var främst de stora kommunerna som hade sin folkhälsosamordnartjänst placerad direkt under kommunstyrelsen medan deltagarna från de mindre kommunerna oftare arbetade i förvaltningar.

”Skulle detta ha varit en större kommun tror jag att det skulle ha varit mycket viktigare att sitta på ledningsnivå eftersom det är en strategisk fråga. Men när vi har riktigt små kommuner så blir ju allting mer nära.”

Placeringen kunde enligt deltagarna påverka arbetssättet genom beslutsvägen som han eller hon fick gå för att förankra sina insatser. Folkhälsofrågor var enligt deltagarna strategiska frågor som skulle nå hela kommunen, men det rådde delade meningar om varför det var lättare att nå ut med frågorna då tjänsten var placerad direkt under kommunstyrelsen.

”Det hade ju varit betydligt enklare för då hade man ju följt den normala gången när det gäller politiska beslut och tjänstemannaverkställighet.”

”Jag tror inte att det spelar någon roll utan jag tror att det handlar om vad man gör, vad man uträttar.”

Intervjuerna visade att tjänstens placering även kunde ha betydelse för de pengar som folkhälsosamordnarna eventuellt hade att tillgå i sitt hälsofrämjande arbete. I vissa kommuner hade folkhälsorådet en egen budget som gick till folkhälsoarbetet medan andra deltagare gjorde som resten av kommunens tjänstemän och sökte pengar inom respektive förvaltning. Generellt var det de folkhälsosamordnare som satt under kommunstyrelsen, alltså främst de stora kommunerna, som inte hade några egna pengar. De mindre kommunerna, placerade under förvaltningar, hade i de flesta fall sin egen budget eller fick en budget genom folkhälsorådet. Det fanns deltagare som klarade sig utan en stor budget därför att de har hittat sätt att arbeta med folkhälsan ändå till exempel genom att använda sig av lokalbefolkningen.

”I det här arbetet får det inte vara pengar som styr så det kan vara väldigt bra att ha lite pengar för då måste man använda fantasin. Så jag tänker aldrig pengar.”

”Hälsa är något som ingår i det dagliga arbetet...och det kan man inte avsätta speciella pengar för. ...om man gör någonting som påverkar hälsan negativt gör man någonting som är fel och då behöver man ändra på det och då ska man inte ha extra pengar för att ändra på det utan man måste ju ändra på sitt arbetssätt då om det är något som inte fungerar.”

Folkhälsosamordnarnas arbetssätt kunde, som tidigare nämnts, speglas av den tid som han eller hon hade till förfogande för folkhälsofrågor. Flertalet av deltagarna tog upp tiden som en hämmande faktor i deras arbete och de önskade mer tidsutrymme.

”Jag har väl känt på sista tiden att det tar mycket mer tid än de här x%. Jag lägger ner mycket av min fritid på det här. Det är svårt att samordna allt arbete som händer och sker, jag skulle önska att man kunde redovisa till en punkt, att någon tog hand om den här redovisningen. Det finns ingen möjlighet i min tid att göra det.”

Samtidigt menade vissa deltagare att de dock hittat ett arbetssätt som gjorde att de kunde förhålla sig till tiden på ett bra vis.

”Ja som det är definierat idag så tycker jag nog att den är tillräcklig för jag är någon slags spindel. Sedan samarbetar jag med de andra förvaltningarna.”

Den sista av de strukturella faktorerna som påverkade folkhälsosamordnarens arbete handlade om hälsopolicy. Flertalet av de kommuner som deltagarna verkade inom hade någon form av hälsopolicy att grunda sitt folkhälsoarbete på. Synen på hälsopolicyn som stöd i arbetet kunde spåras till två övergripande indelningar, bortsett från de deltagare som inte hade någon. Valde folkhälsosamordnaren att använda en policy i syfte att vara en verksamhetsplan för det kommande året resulterade det i en kortsiktig plan. Ett mer långsiktigt alternativ var det mer övergripande politiska programmet, som förankrades i kommunstyrelsen och genomsyrade allt arbete i kommunens förvaltningar.

”...folkhälsorådet har en plan. En verksamhetsplan som folkhälsorådet gör varje år där man liksom bestämmer vad det är vi ska jobba med...”

”...vi har ju det här folkhälsopolitiska programmet som ett paraply över så att vi gör det här och det här.”

Utifrån deltagarnas uttalanden visade det sig att de hälsopolitiska programmen sträckte sig över en längre tid än vad verksamhetsplanerna gjorde. De hälsopolitiska programmen var inte lika konkreta som verksamhetsplanerna utan var mer utformade kring ett teoretiskt perspektiv. Oavsett om folkhälsosamordnarna använde en verksamhetsplan eller ett politiskt program menade de att de nationella målområdena var till stort hjälp i utformningen av den egna lokala hälsopolicyn.

”Det var ju först nu 2003 när vi fick de här nationella målen fastställda som det blev lite tydligare och då tycker jag att det är viktigt att alla försöker hjälpas åt att jobba efter det. För har man för mycket olika här så blir det flummigt för alla och då är det svårt att sälja in det politiskt...”

Det framgick i intervjuerna att det bubblade av aktivitet och nytänkande kring utvecklingen av folkhälsoplaner runt om i många av kommunerna. Region Skåne skulle inom kort presentera en folkhälsoplan som utgångspunkt för Skånes kommuner. Deltagarna uttryckte det som ett startskott för att utifrån den regionala planen revidera sina lokala hälsopolicies.

”Den nya folkhälsoplanen kommer att skrivas efter att det blivit bestämt vilka fokusområden som ska gälla för regionen.”

De hälsopolicys som deltagarna grundade sitt arbete på såg inte bara olika ut såtillvida att de antingen fungerade som ett politiskt program eller en verksamhetsplan. Även uppbyggnaden av dem skilde sig åt. Några deltagare valde att definiera sina lokala folkhälsomål och policys efter alla de nationella målen, där insatserna riktades mot hela den kommunala befolkningen samtidigt.

”Vi gjorde en analys, vi satte oss ner och tittade, finns alla de nationella målområdena med där?”

Andra deltagare berättade att de istället för att arbeta med alla mål och mot alla grupper i samhället samtidigt inriktade de sig på en målgrupp åt gången, det vill säga antog ett fokusområde. Generellt uttrycktes det att folkhälsosamordnare som arbetade med fokusområden gjorde det till följd av de begränsade resurser som fanns att tillgå.

”De här elva målen, det är en omöjlighet att du ska hinna jobba med allt det”.

”...vi har väldigt lite personella resurser för att dra i det här så det blir att ett gemensamt fokus vi får ha”.

Det har visat sig i intervjuerna att det i högre grad var de folkhälsosamordnare med små deltidstjänster som arbetade utifrån fokusområden. Analysen visade också att det främst var de folkhälsosamordnare som använde hälsopolicyn som en verksamhetsplan som valde att arbeta med fokusområden, medan deltagare som antagit hälsopolitiska program hade implementerat alla målområde i sitt arbete. I några fall kunde det tolkas att det inte endast var tiden som hämmade deltagare från att arbeta med alla målområdena utan att det var deltagarnas sätt att se på målområdena som avgjorde.

”...det finns farliga område som vi inte snuddat vid.”

”Det finns alltså de mål som vi inte kan göra så mycket åt. Utan det är kommunen som måste se till att det blir jämlika ekonomiskt, där går vi inte in och jobbar mot dom målen för där kan du inte göra så mycket. Vi går in där vi direkt kan förändra.”

Några deltagare som arbetade efter fokusområden uttryckte en viss tvekan mot arbetssättet eftersom folkhälsoarbetet då endast riktades till en del av den kommunala befolkningen, samtidigt som de släppte taget kring andra grupper.

”...att släppa en generation det har jag haft svårt för att göra. Jag har ändå tyckt att vi ska jobba mot alla människor på olika sätt.”

Betydelsen av att skapa relationer och att kommunicera

Relationen till politikerna var enligt några deltagare av stor betydelse för vilken genomslagskraft folkhälsan fick i kommunen.

”Det kan vara begåvat om man har en bra relation med kommunstyrelsen, vilket jag har.”

Det fanns också de folkhälsosamordnare som menade att de inte hade någon bra kontakt och ansåg att det inte heller var nödvändigt att ha det.

”Jag har inte mycket kommunikation med våra kommunpolitiker. Jag tror istället att det handlar om vad man gör, vad man utträttar. Det kommer alltid fram och det kommer i tidningen.”

Enligt deltagarna var det viktigt att politikerna visade sitt intresse och stöttade deltagarna i deras arbete. Det sociala stödet från politikerna upplevdes av flera folkhälsosamordnare som en viktig faktor för ett lyckat arbete.

”Att arbeta med det här kräver jättemycket energi, man måste hela tiden vara fokuserad. Då krävs det stöd, att ha någon att prata och diskutera med. Jag har dåligt med det.”

Som nämnts tidigare i resultatavsnittet påträffades två olika sätt att arbeta med folkhälsan, antingen i projektform eller med processtänkande arbete. Varför deltagarna valde det ena sättet framför det andra kunde vara att politikerna ville se olika typer av resultat. Några deltagare berättade att de var helt emot projekt och att de inte ville arbeta efter det arbets sättet, ändå förväntade sig politikerna i deras kommun snabba och synliga resultat.

”...vi har förväntningar på att starta projekt. Politikerna vill gärna att vi ska starta projekt för att vi ska profilera oss och göra nämnden synlig på det viset.”

Huruvida kommunpolitikerna var insatta i begreppen hälsa och folkhälsa kunde också spegla vilken relation och kommunikation som fördes mellan folkhälsosamordnaren och politikerna. Att vara överens med politikerna om dessa begrepp ansåg några deltagare vara en förutsättning för ett lyckat arbete och de hade inom sin kommun antagit en övergripande definition som alla arbetade efter.

”I vår hälsopolicy har vi definierat hälsa enligt WHO, det marknadsförde vi direkt.”

Andra deltagare hade reflekterat över den problematik som begreppen hälsa och folkhälsa kunde ge och såg att det var något som de behövde åtgärda genom att definiera dem.

”Jag ska försöka att få mina kamrater här i de kommunala förvaltningarna att förstå vad folkhälsa är för något. De har inte riktigt greppet om det.”

Ett tredje synsätt som påträffades i intervjuerna var deltagare som inte reflekterat vilken betydelse en otydlig definition kunde ha. Dessa deltagare hade aldrig fört upp begreppen till diskussion. På frågan om deras syn på hälsa stämde överens med politikernas tolkade vi det som att några blev överraskade och lite förvånade av den typen av fråga.

”Jaaa... det tror jag nog att den gör.”

”...jag har inte funderat på det.”

Utifrån svar av detta slag tolkade vi det som att en del av deltagarna var oreflekterade i sitt arbete och inte funderade så mycket på teorierna bakom. De hade lärt sig att göra på ett sätt, rutinbaserat handlande, och reflekterade därmed inte över andra alternativ och teorier.

Arbetet som folkhälsosamordnare sågs av deltagarna som ett relativt ensamt uppdrag. Deltagarna hade ensamma ansvaret för folkhälsofrågor men det ska tilläggas att det fanns kommuner där uppdraget delades med en kollega. Den allmänna inställningen hos deltagarna var att det var nyttigt att ingå i nätverk där kommunikationen ledde till erfarenhetsutbyte och nya tankar. Deltagarna i studien hade alla gemensamt att de ingick i Region Skånes nätverk som träffades fyra gånger per år. Syftet med regionträffarna var att informera om vad som hände i hela regionen samt att delge erfarenheter. Generellt tyckte de flesta deltagare att Region Skåne var ett stort stöd men det gavs olika åsikter om vilken betydelse nätverket gav.

”Ja de är viktiga, det är väldigt mycket tack vare Region Skåne som det här arbetet har kommit igång tycker jag.”

”Det är sällan för att inte säga aldrig som man tar kontakt med en annan kommun utom just vid de här nätverksträffarna. Det är klart att det är för att man har så mycket att göra men det är också för att man har helt olika förutsättningar inom de olika kommunerna. Då vill man ju gärna träffa någon som har ungefär samma förutsättningar.”

Det kunde tolkas som att de mindre kommunerna och deltagarna med mindre tjänster behövde Region Skånes nätverk på ett annat sätt än vad folkhälsosamordnarna i de större kommunerna gav uttryck för.

Förutom det nätverk som regionen leder fanns det andra nätverk som deltagarna ingick i. Folkhälsosamordnarna var positivt inställda till att sitta med i forum och berättade att de såg träffarna som ett tillfälle, dels för sig själva och dels för andra, att skapa relationer och att bygga upp ett kontaktnät. Deltagarna belyste att kontaktnät var ett värdefullt verktyg som underlättade deras arbete med att nå ut med folkhälsobudskapet.

”Tanken är att man ska kunna se om det är andra som sysslar med liknande saker eller om man kan använda sig av någon och bilda ett litet nätverk som jobbar med liknande saker, det var det forumet var tänkt till att vara.”

Ett av de mer formella nätverken som de flesta deltagare berättade att de satt med i var de kommunala folkhälsoråden. Folkhälsoråden visade sig vara uppbyggda lite olika från kommun till kommun och ibland kallades de istället för folkhälsoforum eller arbetsgrupp. Vissa deltagare hade med politiker i rådet, vilka hade mandat att besluta i frågor och kunde därmed fungera som ett beslutande organ. Andra deltagare ingick i sammansättningar som endast bestod av tjänstemän.

”Det är en lite ovanlig sammansättning för det är bara tjänstemän. Jag tror att man har större genomslagskraft om man har politiker och kommunledningen som folkhälsoråd. Vi blir med som en auktionsgrupp, mer doers än thinkers tror jag.”

Deltagarna hade även olika åsikter om folkhälsorådets storlek. Många deltagare i folkhälsorådet innebar fler samarbetspartners samtidigt som ett litet råd var lättare att hålla levande.

”Vi vill inte ha ett sådant där jättestort folkhälsoråd som en del kommuner har utan ett stabilt forum att jobba med de här frågorna och få någon slags koordinering.”

6.3 Sammanfattning av resultatet

Utifrån de åtta genomförda intervjuerna skapades en bild av hur det samordnade arbetet kunde se ut i olika kommuner i Region Skåne. Att samtliga deltagare hade så skilda förutsättningar för folkhälsoarbetet har gjort resultatsammanställningen svår. Även om alla åtta i grunden hade fått samma uppdrag ifrån kommunen var det ingen samordnartjänst som var den andra lik. Det var många faktorer som spelade in och påverkade folkhälsosamordnarens arbete, vilket gjorde det aktuella fältet till ett komplext område.

Resultatdelen är främst indelad i två delar där den första delen visar att folkhälsosamordnarna har valt att tillämpa olika arbetssätt för att nå ut med sitt hälsobudskap. Antingen arbetade folkhälsosamordnaren mer långsiktigt med ett processtänkande där insatserna implementerades i verksamheter. Det andra arbetssättet var att driva projekt och därmed göra direkta insatser till utvalda grupper. I likhet med vilken metod som folkhälsosamordnarna valde påverkades arbetssättet även av vilket tillvägagångssätt de använde sig av för att nå ut med hälsobudskapet. Det var skillnad att informera till och kommunicera med befolkningen i avseende att främja folkhälsan.

Del två av resultatet koncentrerades på de faktorer som folkhälsosamordnaren själv hade svårare att inverka på. Här finns de strukturella påverkansfaktorerna som tid, pengar och placering och handlar om kommunens inställning till folkhälsoarbete. Här var skillnaderna stora från kommun till kommun, vilket kunde visa hur mycket kommunen satsade på folkhälsan. Det var till exempel klart att placeringen hade mindre betydelse i en liten kommun rent praktiskt där alla satt nära varandra. Rent teoretiskt kunde det vara betydande att finnas som ett eget organ i direkt anslutning till kommunstyrelsen för att underlätta kommunikationen med övriga förvaltningar. Kommunikation och relation till övriga politiker i kommunen var två områden som har betydelse för hur folkhälsosamordnaren arbetade. Var politikerna i kommunen överens om begreppet folkhälsa och hur den skulle kunna förbättras i befolkningen kunde folkhälsosamordnaren ta sig an uppgiften och skapa en tydligare diskussion kring folkhälsofrågorna.

Folkhälsouppdraget var ett självständigt arbete och enligt deltagarna fanns det olika sätt för hur han eller hon valde att främja hälsan ute i befolkningen. Folkhälsosamordnaren valde den metod eller det angreppssätt som passade befolkningen i den aktuella kommunen och folkhälsosamordnaren själv. Målet var att uppnå bästa resultat med det mest fördelaktiga arbetssättet.

7. Diskussion

Vi inleder följande avsnitt med att diskutera studiens resultat i relation till syfte, teoretiska utgångspunkter och litteratur. Med anledning av att vårt resultat är indelat i olika områden har vi valt att följa samma struktur i diskussionen. Resultatdiskussionen avslutas med en slutsats över de resultat som framkommit. Därefter kommer diskussionen att fortsätta med en metoddiskussion följt av ett avsnitt som behandlar det folkhälsovetenskapliga perspektivet.

7.1 Resultatdiskussion

Tankar om deltagarnas arbetsätt

Ågren (2003) menar att det måste skapas en debatt kring folkhälsa på beslutsfattande nivå i den kommunala verksamheten. Att lyfta folkhälsofrågor menar även Olsson (1997) är en förutsättning för att det moderna folkhälsoarbetet ska kunna samordnas mellan olika enheter och organisationer. Till Olssons och Ågrens resonemang kring det nya folkhälsoarbetet kan vi se starka kopplingar till de deltagare som i vårt resultat utmärktes genom sitt processinriktade arbete. De deltagare som arbetade i processer riktade det hälsofrämjande arbetet inom den egna organisationen för att först där väcka frågan om folkhälsa och för att skapa olika typer av tvärssektoriella nätverk mellan förvaltningarna.

Mönstret i vårt resultat visade tre faktorer som påverkade valet av arbetsform, antingen process eller projekt. För det första framkom att politikerna styrde en stor del av arbetssättet. Kommunens politiker ville i några fall att folkhälsosamordnarna skulle visa sig ute i befolkningen och att arbetet gav snabba förändringar, något som går i linje med projektarbete. Projektarbete kan liknas med Korps (2002) resonemang om vad som skiljer de olika arbetsformerna åt. Korp menar att strategin inte går ner på individnivå, vilket överrensstämmer med processarbetets huvuddrag. Det motsatta blir arbete på individnivå. De andra två faktorerna handlade om kommunstorleken och tjänstens omfattning, vilka i hög grad visats hänga samman att större kommuner oftare satsat på heltidstjänster. Det är något som även Hamerslag (2004) hävdar i sin studie. I vårt resultat framkom att deltagarna med små folkhälsosamordnartjänster i högre grad arbetar i projektform än deltagarna med heltidstjänster, som oftare inriktat sig på processer.

De flesta av deltagarna bedrev hälsofrämjande projekt och huruvida projekten planerades och förankrades politiskt varierade från deltagare till deltagare. Det fanns de som gjorde en välplanerad projektplan vilket både Naidoo och Wills (2000) och Palm och Hedin (2001) anser är en viktig del som bör ingå i alla hälsofrämjande insatser. Deltagarnas projektplaner varierade innehållsmässigt mellan de delar som Jarlbro (2004) och Naidoo och Wills anser viktiga att belysa det vill säga bakgrund, mål, målgrupp och utvärdering. Det fanns också deltagare som inte ägnade tid åt att skriva projektplaner utan investerade den tiden i att utföra det praktiska arbetet vilket styrks av Andersens (1996) resonemang. Jarlbro (2004) menar att det är vanligt förekommande inom det hälsofrämjande arbetet att det inte skrivs projektplaner. Vi ställer oss bakom Jarlbros (2004) påstående om att det är vanligt förekommande, då det även i vår studie visat sig att de flesta inte skriver detaljerade projektplaner utan istället använder sig av en grovskiss som mall för vad de ska göra. I resultatet kan det utskiljas att de deltagare som uppger att de har mycket fria händer från politikerna oftast också var de som arbetade efter grovskisser. De deltagare som måste förankra sina projektplaner politiskt skrev en mer detaljerad projektplan. Utifrån vårt resultat kan det tolkas som att politikernas inblick i

folkhälsosamordnarens arbete till viss del kan påverka hur väl projekten är knutna till en projektplan. Enligt Jarlbro och Naidoo och Wills (2000) är det viktigt med en detaljerad projektplan för att alla aktörer ska kunna driva projektet åt samma håll samtidigt som Andersen anser motsatsen. Andersen menar att en detaljerad projektplan kan missgynna arbetet eftersom att det är omöjligt att förutsäga utvecklingen.

Jarlbro (2004) hävdar också att den målgrupp som folkhälsosamordnaren prioriterar oftast baseras på vaga föreställningar och att det är den målgruppen som är mest tillgänglig. Detta påstående kan vi utifrån vårt resultat till viss del hålla med om. Region Skånes kartläggning över kommunerna användes vid målgruppsprioriteringen som ett hjälpredskap av många deltagare. Det påträffades också deltagare som menade att de prioriterar sin målgrupp utifrån de behov de ser när de vistas ute bland kommunens befolkning, vilket inte tyder på att det finns en djup analys bakom. Utan att göra en grundlig analys av var behoven gör mest nytta ser vi en fara då målgrupper som vistas ute i samhället och enligt Jarlbro (2004) är mest tillgängliga prioriteras. Det kan leda till att de målgrupper som inte är lika lättillgängliga kommer i skuggan av folkhälsoarbetet, trots att de kanske kan vara i ett större behov av hälsoinsatsen. Om de svårtillgängliga målgrupperna kommer i skymundan kan följderna bli att hälsoklyftorna i samhället ökar vilket inte går i linje med de nationella och internationella målen om en jämlik hälsa. Argument som deltagarna hade, angående att de inte grundar sitt arbete på en djupgående målgruppsanalys, var att tiden i tjänsten inte räckte till att göra den.

Som nämndes ovan var det endast ett fåtal deltagare som ägnade sig åt att genomföra en välplanerad utvärdering. Utvärdering är ett område där vi möjligen kan se, utifrån det empiriska materialet, att många av deltagarna har bristande kunskaper. Flera av deltagarna uttryckte att det är en svår del samt att de inte har tid att lägga på den delen som deras uppdrag är definierat idag. Enligt Nutbeam (1998) är en orsak till varför utvärdering upplevs som svårt att det inte finns ett sätt som alla hälsofrämjande insatser kan utvärderas efter. Istället menar han att utvärderings metoder måste anpassas efter den situation som råder. Det innebär att folkhälsosamordnaren inte kan följa en direkt mall utan att de måste anpassa utvärderingen till varje enskild insats. För att kunna arbeta situationsanpassat är det enligt Karlsson (2004) viktigt att ha reflekterat över sitt egna handlingsätt. Reflektion är det andra steget i Kolbs (1984) inlärningscykel som är en slags utvärdering av det egna arbetssättet. Folkhälsosamordnarna kan genom att följa cirkeln förnya sitt handlande och därigenom arbetssättet. Trots svårigheter med utvärdering anser vi, i likhet med Springett (2001) att det är en viktig del av folkhälsoarbetet, inte bara för att kunna påvisa effekterna av insatsen för dem som investerar i folkhälsan utan även för folkhälsosamordnarens egen kunskapsbildning. Lindén-Boström (2000) påpekar att det är genom att utvärdera som svagheter och styrkor med arbetssättet blir tydliga och utifrån det kan folkhälsosamordnaren skapa ny kunskap och utveckla sitt arbetssätt, något som även återkommer i Springetts (2001) resonemang om kunskap genom utvärdering.

För att uppnå den professionella kompetensen som Rolf (1993b) beskriver krävs det att det finns ett reflektivt handlande över det egna arbetssättet. Generellt genom intervjuerna upplevde vi inte att deltagarna reflekterar över varför de gör på ena eller andra sättet. De flesta deltagarna i studien är utifrån sina svar inte heller formellt utbildade inom området utan är självlärd. Båda dessa faktorer kan bidra till att deras handlande då oftast grundas på rutin eller know how utifrån Ellströms (1996) handlingsnivåer. När handlandet sker på rutin och know how nivå kan det vara svårt att se nya lösningar och sätt att utforma arbetet på. Särskilt svårt kan det vara om det är en ny situation på arbetet där ingen tidigare erfarenhet kan tillämpas (Ellström). Det fanns även deltagare som arbetade mycket med att alltid hänvisa till

forskningen och de bakomliggande teorierna och deltagarna i dessa fall var formellt utbildade inom folkhälsovetenskap. Deltagarna som har ett teoretiskt förhållningssätt till sitt arbete kan tolkas ha ett handlande som är kunskapsbaserat, vilket utgör den tredje handlingsnivån i Ellströms modell.

Studiens deltagare uttryckte att det var tiden i kombination med okunskap som hämmade dem från att utvärdera, vilket går i linje med Springetts (2001) tanke att det inte är på grund av dess komplexitet. Vi kan se att en möjlighet till ökad kunskap om utvärdering är att Region Skånes folkhälsoforum lyfter upp frågan till diskussion och ger utbildning inom området. Många av deltagarna är positivt inställda till forumet och ser det som ett enormt stöd, vilket kan utnyttjas för utbildning inom utvärdering.

Pedagogiska tankemönster

I folkhälsosamordnarnas arbetssätt kunde det spåras olika former att kommunicera på, vilka grundas på skilda pedagogiska synsätt. Informationsspridning, vilket de flesta av deltagarna mer eller mindre ägnade sig åt, kan även uttryckas som envägskommunikation. Många av deltagarna använde sig av broschyrer, kampanjer eller liknande för att förmedla ett budskap vilket syftar på att individen ska förändra ett visst beteende. Denna form av envägskommunikation kan liknas med Behaviour change modellen och Karlsson (2004) uttrycker modellen som en auktoritär pedagogik. Vi anser, i linje med bland annat Naidoo och Wills (2000), att risken med envägskommunikation är att budskapet inte når hela befolkningen. Därmed har alla människor inte samma möjlighet till ökad hälsa, vilket enligt regeringens riktmarke ska vara grundstenen i allt folkhälsoarbete som bedrivs.

Vårt resultat visar även att det fanns deltagare som inte arbetar med envägskommunikation och top down perspektivet, vilka i resultatet istället benämndes som kommunikatören. Det som i särdrag skiljer kommunikatören från informatören är att kommunikatören har ett underifrån perspektiv. Innebörden av ett underifrån perspektiv är att kunskap kommer från människans egna önskningar. Kommunikatören arbetar med delaktighet och arbetssättet kan liknas med Empowerment modellen. För att lyfta fram ett exempel utifrån vårt resultat som går helt i linje med denna modell kan nämnas de deltagare som grundade sin hälsopolicy utifrån kommunbefolkningens önskningar. Många av deltagarna menade att de arbetar efter Empowerment modellen, vilket vi inte helt håller med om då det vanligaste arbetssättet som framkom av intervjuerna var att sprida information genom till exempel broschyrer och kampanjer, vilket vi anser vara motsatsen till Empowerment. Vi kan möjligen tolka det som att deltagarna lägger lite olika innebörd i vad Empowerment innebär, eftersom de flesta inte har en teoretisk grund att vila på. Det uttrycktes en känsla om att det låter bra att arbeta med Empowerment men att det i själva verket inte finns en djupare förståelse för modellens innebörd, eller att deltagarna medvetet valt bland de fem olika modellerna. Detta resonemang kan kopplas till de handlingsnivåer som framkom i de teoretiska utgångspunkterna. Att vara kunnig och förtrolig inom sitt område kan man vara även om man inte har en formell utbildning, men då den teoretiska grunden finns är det lättare att reflektera över vilka olika alternativ och konsekvenser man har att välja mellan (Ellström, 1996).

Som resultatet också visade kan det i de flesta fall inte sägas att våra deltagare tillhör informatören eller kommunikatören, eftersom de oftast använder sig av båda metoderna. Mer tydligt var hur deltagarna arbetade med ett bottom-up eller top-down perspektiv. I intervjuerna upplevde vi som sagt inte att folkhälsosamordnarna på ett genomtänkt sätt grundade sitt arbete utifrån de olika modellerna, utan att de gör vad de känner lämpar sig bäst,

vilket Karlsson (2004) anser som hämmande för ett situationsanpassat och reflektivt handlande. Vi kan möjligen se att bristen på teoretisk utbildning hos flera folkhälsosamordnare är anledningen till att de inte reflekterar över sin pedagogiska ståndpunkt utan istället handlar på rutin och know how.

Strukturella påverkansfaktorer

Resultaten i vår studie angående tjänstens placering går helt i linje med den studie som Hamerslag (2004) gjorde för några år sedan. Hamerslags studie visade att det främst är de större kommunerna som placerat folkhälsosamordnartjänsten direkt under kommunstyrelsen. Några av våra deltagare ansåg inte att tjänstens placering har de någon betydelse för deras arbete och några kunde tänka sig att det kunde ha betydelse om de varit verksamma i en större kommun. Folkhälsosamordnarna menade att de känner de flesta som arbetar i kommunen och att det därför inte var avgörande för vilken förvaltning de tillhörde. Vi anser att det kan finnas en problematik med att tillhöra en enskild förvaltning. Det fanns folkhälsosamordnare som sökte pengar för det hälsofrämjande arbetet inom den specifika förvaltningens ordinarie budgetram. Det kan möjligen tolkas som att folkhälsosamordnarens arbete i och med det blir politiskt färgat. Om folkhälsosamordnaren sitter under till exempel kultur- och fritidsförvaltningen kan vi se att de flesta insatser som folkhälsosamordnaren gör riskerar att ligga inom ramen för vad kultur och fritid bör syssla med, eftersom förvaltningen betalar för arbetet. I det pressade ekonomiska läget som Burström et al. menar att kommunerna har idag kan det vara svårt för folkhälsosamordnare att arbeta efter ett brett perspektiv åt hela befolkningen om han eller hon tillhör en förvaltning. I någon intervju framkom det dessutom de olika förvaltningarna inte går in på varandras områden, vilket vi ser kan vara förödande för de folkhälsosamordnare som sitter i förvaltningarna men som samtidigt ska arbeta kommunövergripande. Folkhälsosamordnarens placering kan inverka på hans eller hennes planering av hälsofrämjande insatser, då val av målgrupp riskerar att färgas av förvaltningens intresse.

Det är inte alla som måste söka pengar inom förvaltningarnas ordinarie budget, utan det finns också deltagare som har öronmärkta pengar till folkhälsoarbetet. Pengar är enligt deltagarna en viktig påverkansfaktor för deras arbetssätt men många menar samtidigt att de har utvecklat metoder så att de klarar sig utan en stor budget. Enligt Hamerslag (2004) visas kommunens vilja att satsa på folkhälsoarbete genom öronmärkta pengar. Utifrån vårt resultat håller vi inte med Hamerslags (2004) resonemang eftersom vi funnit att intresset för folkhälsofrågor inte alls har samband med att det finns öronmärkta pengar eller ej. Snarare har resultatet visat att många av deltagarna som inte har speciella pengar har bättre kontakt med kommunstyrelsen eftersom det är där de måste ansöka om finansiering. Vi menar i enlighet med vårt resultat att politikernas intresse och inblick många gånger tycks säga mer om vilken satsning det finns på folkhälsoarbetet i kommunen än vad de öronmärkta pengarna gör.

Den tid som deltagarna hade för folkhälsoarbetet har visat sig vara en påverkansfaktor och återkommer i många resonemang. Tidigare har nämnts att tiden inverkar i vilken grad deltagarna utvärderar och gör målgruppsanalyser samt om de arbetar efter projekt eller process. Det nämndes också att de mindre kommunerna oftare har små deltidstjänster medan större kommuner har heltid. Diskussionen om huruvida våra deltagande tyckte att tiden för deras tjänst var tillräcklig eller inte är intressant. Många säger emot sig själva i frågan om tjänstens omfattning då flertalet säger att den är tillräcklig efter de förhållanden som finns i den kommunen samtidigt som många säger att de inte hinner med allt. Det fanns också de som arbetade på sin fritid för att hinna men som ändå tyckte att tjänsten hade tillräcklig

omfattning. Vad vi kunde tolka utifrån vårt material var att de folkhälsosamordnare som aktivt arbetade med att skapa ett hälsoperspektiv inom kommunens förvaltningar också upplevde att de hann med sitt arbete trots en deltidstjänst. Många gav ett underförstått uttryck för att de hade kunnat arbeta annorlunda om de haft en mer omfattande tjänst.

En hälsopolicy kan ses som en påverkansfaktor i folkhälsosamordnarens arbete eftersom den, enligt Pellmer och Wramner (2001) och Karlsson (1990), ska ligga som grund för allt folkhälsoarbete som bedrivs och därmed bör finnas i alla kommuner. Genom policyn vet folkhälsosamordnaren vad han eller hon ska uppnå samt att aktörer och kommuninvånare blir medvetna om vad folkhälsan strävar efter att uppnå. I vårt resultat framkom det att det fanns en hälsopolicy eller annan övergripande plan för folkhälsoarbetet i nästan alla kommuner. Vi anser i relation till bakgrunden att det bör vara en självklarhet att ha en hälsopolicy med tydliga mål för att folkhälsosamordnaren ska kunna genomföra ett övergripande arbete för folkhälsan i en befolkning. Den typ av hälsopolicy som Pellmer och Wramner (2001) och Karlsson (1990) syftar på är ett övergripande dokument som innebär att det blir nödvändigt för folkhälsosamordnaren att bryta ner policyn och göra projektplaner till varje insats de gör i samhället. I den här studien arbetade flertalet av folkhälsosamordnarna efter hälsopolicys som inte uppfyller det övergripande syfte som författarna Pellmer och Wramner och Karlsson menar att den ska ha. Vanligen använde deltagarna istället hälsopolicyn som en verksamhetsplan med en konkret planering av vad som ska göras och inte ett som ett övergripande dokument. Det uttrycktes tydligt in något fall att deltagaren själv inte behövde göra vissa val i sitt arbete eftersom det tydligt uttrycktes i den hälsopolicy han eller hon arbetar efter, vilket är ett bra exempel på hur dokumentet kan styra och påverka arbetssättet.

Att ha tydliga och definierade mål i hälsopolicyn är en viktig komponent som både Ågren (2003) och Pellmer och Wramner (2001) anser ska utgå ifrån de nationella målen som regeringen antagit. Vi upplevde att alla deltagare i studien hade tagit de nationella målen till sig och arbetade mer eller mindre utifrån dem. Det gavs uttryck för att de nationella målen har hjälpt till att på ett mer pedagogiskt sätt strukturera upp folkhälsoarbetet. De diskussioner som kom fram vad gäller att arbeta efter alla mål på en gång eller att välja ut ett fokusområde har varit mycket intressanta. Synsätten hos deltagarna skiljer sig kraftigt åt då vissa deltagare ansåg att det var viktigt att arbeta efter alla mål medan andra ansåg att det fanns farliga områden som de ej gick in på. Vår tolkning av vad farliga områden innebär var att deltagarna inte kände att det fanns möjlighet och tillräcklig kunskap att arbeta med frågan. I någon intervju uttrycktes att det är kommunens jobb att arbeta med vissa av målen. Till det sistnämnda argumentet ställer vi oss frågande till vem denna deltagare anser att kommunen är. Vi menar att det är deltagaren som till stor del bär ansvaret att arbeta med alla nationella mål eftersom folkhälsosamordnaren arbetar kommunövergripande med folkhälsofrågor. Enligt både Karlsson (1990) och Ågren (2003) är det folkhälsosamordnarens ansvar att genomföra insatser som går i linje med det nationella och internationella folkhälsoarbetet.

En tanke vi haft angående att arbeta med hela befolkningen eller med fokusområde handlar om något som kallas preventionsparadoxen. Den innebär att det hälsofrämjande arbetet är mest effektivt då det vänder sig till en stor befolkningsgrupp med en liten grad påverkan. Motsatsen, vilket vi kan se kopplingar utifrån resultatet till fokusområden, är då arbetet riktas åt en mindre målgrupp med en stor insats. Andersson (2006) menar att det finns bättre metoder för hur det hälsofrämjande arbetet kan riktas åt en mindre målgrupp än vad det finns till det arbete som riktas åt hela befolkningen. Detta ser vi som en möjlig anledning till att många av deltagarna riktar arbetet till mindre grupper och inte till befolkningen i stort.

Betydelsen av att skapa relationer och att kommunicera

Vi anser i linje med Karlsson (1990) och många av våra intervjupersoner att det kommunala utrymmet och det politiska utrymmet för folkhälsofrågor spelar en betydande roll för hur folkhälsosamordnaren utformar och planerar sitt arbete. Ett exempel som vi stött på är då politikerna vill att folkhälsosamordnaren ska ägna sig åt operativt arbete för att visa vem de är, vad de gör och för att profilera nämnden. Samtidigt berättar deltagarna själv att de inte alls bedriver operativt arbete och projekt utan att de bedriver hälsofrämjande processer. Det kan då skapa en konflikt mellan folkhälsosamordnarens synsätt på folkhälsoarbetet som en långsiktig process och politikerna som vill att det ska hända konkreta saker inom deras mandatperiod. Här menar vi utifrån intervjuerna att det kan tyda på brister i kommunikationen och tydligheten i hur arbetssättet ska utformas. Våra tolkningar av intervjuerna visar att politikerna har ett stort inflytande över hur folkhälsoarbetet ska planeras och drivas vilket även styrks av Karlsson (1990). Den politiska synen på hälsofrämjande arbete kan sägas vara en av grunderna till att folkhälsosamordnaren arbetar på ett visst sätt.

I resultatet framkom vikten av en samsyn kring begreppen hälsa och folkhälsa mellan politiker, folkhälsosamordnare och andra aktörer. Kommunikationen mellan folkhälsosamordnare och politiker är viktig för att klargöra begreppens innebörd. Betydelsen av dessa begrepp är att det vid första tanken framstår som självklar men då det ska uttryckas i ord och diskuteras med andra uppstår genast problem, vilket vi upplevde under intervjuerna. Medin och Alexandersson (2000) belyser just problematiken med att innebörden av hälsa är personligt. När begreppen ska diskuteras med andra visar det sig att synen på vad hälsa är oftast skiljer sig åt, framför allt då begreppet diskuteras med personer som är verksamma inom ett annat område. Därför anser vi att det är viktigt med en samsyn i hela kommunen för vad hälsa innebär i det hälsofrämjande arbetet. Att hälsa definieras tydligt som några folkhälsosamordnare gjort i kommunens hälsopolicy, är bra då begreppet blir ett tydligt och tillgängligt riktmärke för vad arbetet ska grundas på. Deltagarna i vår studie gav uttryck för att de grundar sitt arbete på ett salutogent synsätt av hälsa. Enligt våra diskussioner framstår det som relativt svårt att arbeta salutogent i dagens pressande ekonomiska läge eftersom synsättet innebär att man inte utgår från det sjuka utan från det friska (Strandmark, 2002). I linje med Burström et al. (2003) kan vi se att det är svårt att motivera kommunens politiker att investera pengar på ett område som redan är bra och som kan utvecklas. Intervjuerna visade att en pressad ekonomi kan resultera i att resurserna istället investeras på områden som sticker ut och är mindre bra.

Studiens deltagare berättade att de grundar sin målgruppsprioritering på Region Skånes kartläggning vilket går i linje med vårt resonemang om att prioritering görs på riskområden och inte på områden som går i linje med det salutogena synsättet. Vi har funderat kring hur det ska tolkas då deltagare säger att de arbetar salutogent samtidigt som de menar att de gör sin målgruppsprioritering efter riskområden. Den tolkning vi gör utifrån resultatet är att det finns ett ofreflekterat förhållningssätt till det egna arbetet. Det kan framstå som att det finns en bristande teoretisk förståelse för de arbetsmetoder och begrepp som används, vilket även framgick i hur begreppet empowerment tillämpades. Att inte använda sig av teorier i någon djupare mening är enligt Janik (1996) typiskt för kunskapsbildning genom informellt lärande.

Deltagarna belyser att det är viktigt att ha ett stöd i sitt arbete men att de hittar stödet på lite olika sätt. Det ges uttryck för att en bra kommunikation med politikerna är viktigt som stöd, vilket går i linje med vad Karlsson (1990) menar. Samtidigt finns det de deltagare som inte alls har god relation med kommunpolitikerna och uttrycker till och med att tidningar ibland kan vara länken dem emellan för att framföra vad som händer och sker. Men de flesta

deltagare anser dock att folkhälsan får en större genomslagskraft då politikernas stöd finns med i arbetet.

Ett annat stöd som deltagarna belyste i intervjuerna är det som fås genom att sitta med i olika folkhälsoforum. Tidigare nämndes Region Skånes nätverk för folkhälsosamordnare vilket de flesta av våra deltagare ansåg som ett bra forum för kunskapsutbyte och stöd. Det tolkades som att det i högre utsträckning vad de mindre kommunerna som tog hjälp av region Skånes nätverk, vilket kan bero på att det i de mindre kommunerna inte finns lika många samarbetspartners och kommunala nätverk som i de större kommunerna. Karlsson (2004) menar att det moderna folkhälsoarbetet ställer högre krav på samverkan mellan olika organisationer, vilket vi ser kan vara lite problematiskt inom de små kommunerna just eftersom det finns färre aktörer som kan driva folkhälsoarbetet.

Enligt Hamerslag (2004) är kommunala hälsoråd vanliga och hennes undersökning visade att mer än två tredjedelar av Sveriges kommuner har ett folkhälsoråd. Dock visar Hamerslag inte huruvida hälsoråden är aktiva eller inte. De flesta kommunerna i studien ett hälsoråd men alla hade olika konstellationer och utseende. Att råden ser olika ut kan enligt både Hamerslag och Karlsson (1990) bero på de lokala förutsättningarna och behoven som styr. I vissa kommuner kallades folkhälsoråden för hälsogrupper eller folkhälsoforum, då de kommunala bestämmelserna sa att det ska vara politiker med för att få kallas råd, vilket inte alltid var fallet. Karlsson (1990) hävdar att hälsorådets främsta uppgift är att stötta folkhälsosamordnaren i planeringen samt stödja och samordna det lokala folkhälsoarbetet. Folkhälsoråden ska vara rådgivande men utvecklingen tyder idag på att fler råd får mandat, vilket även var fallet i vår studie, och kan därmed fatta egna beslut rörande det folkhälsofrämjande arbetet i kommunen (Hamerslag, 2004).

7.2 Slutsatser

Området har visat sig vara mycket komplext då det sällan går att isolera en påverkansfaktor från en annan. De faktorer som har belysts som betydelsefulla för hur arbetet utformas återkommer flera gånger och i olika kombinationer. En av de stora grunderna för hur folkhälsoarbetet tar sig uttryck handlar om den syn på hälsofrämjande arbete som kommunens politiker har. Det diskuterades att politikernas förväntan på att arbetet skulle generera snabba resultat medförde ett projektinriktat arbetssätt framför ett processinriktat. Politikernas stöd, engagemang och inblick i arbetet betyder mycket för folkhälsosamordnarens arbetssätt då han eller hon i högre grad arbetade efter en väldokumenterad projektplan då politikerna är engagerade. Den samsyn som finns mellan politiker och folkhälsosamordnare beträffande begreppen hälsa och hälsofrämjande samt hur folkhälsoarbetet ska bedrivas speglar till stor del vilken relation som finns dem emellan. I många frågor ställer vi oss bakom Hamerslags (2004) resultat men inte i frågan om vilken prioritet folkhälsoarbetet fått av kommunpolitikerna. Hamerslag menar att öronmärkta pengar visar på en god vilja att satsa medan vi anser att kontakten och relationen med politikerna säger mer.

Tjänstens storlek var en ständigt återkommande påverkansfaktor. I kombination med kommunens storlek och politikernas syn på folkhälsoarbetet påverkades folkhälsosamordnarens arbetssätt valet mellan projekt och processinriktat arbete. Den faktor som generellt resulterade i att endast ett fåtal folkhälsosamordnare genomförde målgruppsanalyser och utvärdering var tiden. Att deltagarna inte utvärderade förklarades också av teoretisk och praktisk okunskap som hindrade dem från att klara av det. Ytterligare

en annan strukturell faktor som vi utifrån resultatet anser kan färga folkhälsosamordnarens arbete är tjänstens placering i den kommunala organisationen.

I nästan alla kommuner fanns en hälsopolitik som grund för arbetet men de användes på olika sätt. Dokumenten byggdes antingen upp kring alla de nationella målområdena eller kring så kallade fokusområden, vilket kan kopplas till preventionsparadoxen.

Deltagarna arbetade generellt utifrån en blandning av envägskommunikation och ett bottom-up perspektiv men vi upplevde inte att det fanns något medvetet val eller någon pedagogisk grundsyn, vilket kan hänföras till att de flesta inte har någon teoretisk utbildning inom området. Avsaknaden av den teoretiska utbildningen kopplas även samman med att deltagare i vissa fall använde sig av begrepp som inte stämde överens med hur de beskrev sitt arbete.

7.3 Metoddiskussion

Att hitta forskning inom området har varit svårt och en anledning till det kan vara att folkhälsosamordnare som yrke är relativt nytt samt att fältet är under uppbyggnad. Den studie som Hamerslag (2004) gjorde har varit användbar och den visar samma faktorer som framkom under våra intervjuer och resultaten är de samma. Att vi fått liknade resultat som Hamerslag, även om hennes studie var kvantitativ, ökar konsistensen i vår undersökning (Andersson, 2006). Det som är intressant med vår studie till skillnad från den Hamerslag gjort är att vi inte bara redogör för en nulägesanalys. Vi sätter även in kunskaperna i ett sammanhang och försöker se hur folkhälsosamordnarens arbetssätt påverkas av de faktorer som råder i de aktuella kommunerna.

När studien påbörjades trodde vi att projektformen var det vanligaste arbetssättet i det praktiska folkhälsoarbetet. Detta synsätt grundade sig på den litteratur vi tagit del av inför uppsatsen men även under tidigare delar av den folkhälsovetenskapliga utbildningen. Den betydelse ordet projekt kunde ha i intervjusammanhanget hade vi inte reflekterat över eftersom vi med vår förståelse oftast talat om hälsofrämjande arbete som projekt. Så här i efterhand då resultatet visat att det faktiskt finns deltagare som inte alls driver projekt skulle vi ha uttryckt oss annorlunda. Vi skulle också ha utformat vår intervjuguide på ett annat sätt eftersom frågorna grundar sig på att det är projekt som genomförs. Samtidigt såg vi inga problem med att gå ifrån intervjuguiden eftersom vi valt att göra en halvstrukturerad intervju där intervjuguiden endast ses som ett hjälpredskap (se bilaga 1).

Att genomföra åtta intervjuer kändes lagom till den tid vi hade och mot slutet kunde vi känna en mättnad, vilket vi upplevde som ett gott tecken. Med mättnad menar vi att det mesta som framkom i de sista intervjuerna bekräftade det som tidigare diskuterats, vilket gjorde att vi kände oss klara med datainsamlingen. Varför det bara var åtta av 20 som ville vara med i undersökningen har vi bara kunnat spekulera kring. En tanke var att folkhälsosamordnarna har mycket att göra samt att de inte såg värdet i att delta i studien. Intresset hos dem som valde att vara med var dock stort och många tyckte att det var en intressant studie. Några menade även att de såg det som en lärandesituation att delta. För oss kändes det som en stor del av vad vi ville uppnå med studien gått i uppfyllelse då några deltagare uttryckligen sa att de genom intervjutillfället fått nya tankar, idéer och insikter i sitt arbete.

En hel del tankar kring intervjuerna har väckts. För det första upplever vi som uppsatsskribenter att det var en stor fördel att vi båda två medverkade vid alla intervjuer, då vi kunde göra tolkningar direkt i den kontext som intervjun var isolerad till. Kvale (1997) menar att tolkningen av materialet påbörjas redan vid intervjutillfället.

Som nämnts tidigare kunde det upplevas att några deltagare såg oss som ”experter” inom området vilket kan ha påverkat intervjusituationen så att deltagarna gav de ”rätta” svaren. För att ge ett exempel på det så påträffades något fall där den intervjuade svängde sig med teoretiska begrepp och applicerade dem på helt irrelevanta saker vilket tyder på att förståelsen bakom begreppen inte fanns. Att vi var två som medverkade vid intervjun har möjligen också bidragit till att deltagarna i högre grad velat framstå som pålästa och kunniga. Att vi båda var med vid intervjutillfället var en avvägning vi gjorde där vi såg det viktigt då detta inte bara är en studie utan även ett lärandetillfälle för oss.

Analysen av materialet grundar sig på den hermeneutiska ansatsen och resultatet är tematiserat och indelat i olika områden, som belyser likheter och skillnader hos deltagarna. Analysen går i linje med det som Kvale (1997) kallar för meningskoncentrering och innebär att materialets övergripande teman knyts samman till en deskriptiv utsaga.

7.4 Folkhälsopedagogiskt perspektiv

Till skillnad från många andra folkhälsopedagogiska undersökningar har vår studie inte inriktat sig på att undersöka den hälsoproblematik som finns i samhället. Vi har undersökt ett område som vi anser har stora möjligheter till utveckling och lärande. Vår tanke med studien är att den ska väcka tankar och idéer hos de folkhälsosamordnare som deltog men även hos andra som arbetar inom och är intresserade av området.

Ur en folkhälsopedagogisk synvinkel är en stor del av det hälsofrämjande arbetet att utgå från mottagarens förutsättningar för lärande och förändring, vilket gör den pedagogiska aspekten av studien viktig (Svederberg & Svensson, 2001). Både i WHO's mål för folkhälsan och i Sveriges nationella målområden har det hälsofrämjande arbetet till uppgift att skapa en jämlik hälsa i befolkningen. För att hälsoklyftorna ska överbyggas och en jämlik hälsa uppnås behöver folkhälsoarbetet riktas åt alla grupper i samhället (Pellmer & Wramner, 2001). Vi anser därför att det är viktigt att införliva ett pedagogiskt synsätt i allt folkhälsoarbete som genomförs samt att en reflektion över det egna handlandet i arbetet görs. Att ha förmågan att reflektera och kritiskt granska sig själv innebär enligt Rolf (1993b) att man besitter en professionell kompetens vilket vi utifrån studien ser som ett utvecklingsbehov. Rolf menar vidare (1993b) att kompetensens utvecklande förutsätter att det finns en debatt inom yrket, för att gemensamt ringa in vad det är som kan bli bättre. Det första steget mot professionell kompetens kan vara att förstå sitt eget handlande. Vi hoppas på att resultatet från vår studie kan öka förståelsen hos deltagarna för deras egna arbetssätt och vad som påverkar det.

Vi anser det vara av stor vikt att vi som blivande folkhälsopedagoger kan vara ödmjuka och öppna för den praktiska kunskap som finns ute i verksamheterna, vilket vi grundar på Kvernbecks (1995) argument då han belyser vikten av både praktisk och teoretisk kunskap. Ingen kunskapsstyp står över den andra och kunskaperna kan heller inte isoleras från varandra utan de är beroende av att det finns ett samspel dem emellan. Lika viktigt som vi anser att det är för oss att ta till vara på den praxis som finns ute i verksamheten, lika viktigt ser vi att den teoretiska kunskapen som vi fått genom vår utbildning kan bidra med utveckling av

verksamhetsfältet. Vi ser att en utveckling av det hälsofrämjande arbetet kan ske genom ett effektivt samarbete oss emellan.

Det har som sagt varit svårt att hitta tidigare gjorda studier, vilket vi också tidigare nämnt kan bero på att yrkeskategorin är relativt ny. Vi ser att det finns mycket kunskap att vinna genom att sätta fokus på folkhälsosamordnarna och deras arbete och Rolf (1993b) menar att den professionella kompetensen kan utvecklas genom debatt. Det finns en möjlighet att det folkhälsoarbete som bedrivs idag inte kommer se ut på samma sätt i framtiden. De skånska småkommunerna kan slås ihop till större kommuner och då kommer folkhälsosamordnarnas arbete att förändras. Befolkningen som folkhälsosamordnarnas arbete riktar sig mot växer och det nya sättet att arbeta måste anpassas till det. Med de kommunala sammanslagningarna i åtanke samt utvecklandet av professionell kompetens anser vi att det är intressant och viktigt att fortsätta följa folkhälsosamordnarnas arbete.

8. Litteraturlista

- Andersen, E.S. (1996). Warning: activity planning is hazardous to your project's health! *International Journal of Project Management*. Vol. 14, No. 2, pp. 89-94.
- Andersson, I. (2006). *Epidemiologi för hälsovetare- en introduktion*. Lund: Studentlitteratur.
- Backman, J. (1998). *Rapporter och uppsatser*. Lund: Studentlitteratur.
- Berg, L. & Bjärås, G. (1996). *Utvärdering av förebyggande och hälsofrämjande arbete- en metodbok*. Lund: Studentlitteratur.
- Bjärås, G. (1995). *Skadeprevention- teori och praktik*. Lund: Studentlitteratur.
- Bourdieu, P. (1990). *The logic of practice*. Cambridge: Polity
- Burström, K., Gerdtham, U., Lindholm, L., Lindgren, B., Månsson, A., Rosén, M., Rydberg, M. & Stenlund, H. (2003). *Hälsoekonomi för folkhälsoarbete - introduktion och debatt*. Stockholm: Statens folkhälsoinstitut.
- Dahlgren, G. (1991). Strategier för folkhälsa- några framtidsperspektiv. *Folkhälsans villkor, Folkhälsogruppens skriftserier* nr. 9 ss. 45-84. Stockholm: Allmänna förlaget.
- Dewey, J. (1936). *Människans natur och handlingsliv*. Stockholm: Natur och kultur.
- Ellström, P.-E. (1996). Rutin och reflektion. Förutsättningar och hinder för lärande i dagligt arbete. I P.-E. Ellström, B. Gustavsson & S. Larsson (Red), *Livslångt lärande* (ss.142-179). Lund: Studentlitteatur.
- Forsman, B. (1999). *Forsknings etik - en introduktion*. Lund: Studentlitteratur.
- Forsman, B. (2001). Forskningsetik i folkhälso pedagogik. I E. Svederberg, L. Svensson & T. Kindeberg (Red) *Pedagogik i hälsofrämjande arbete*. (ss.75-95) Lund: Studentlitteratur.
- Freire, P. (1976). *Pedagogik för förtryckta*. [övers. av Fredrik Rodhe] Stockholm: Gummesson.
- Gustavsson, B. (2000). *Kunskapsfilosofi - tre kunskapsformer i historiskt perspektiv* Stockholm: Wahlström & Widstrand.
- Haglund, B & Svanström, L. (1995). *Samhällsmedicin - en introduktion*. Lund: Studentlitteratur.
- Hamerslag, A. (2004). *Kommunernas organisation för folkhälsofrågor 2003*. Stockholm: Folkhälsoinstitutet.
- Helkama, K., Myllyniemi, R. & Liebkind, K. (2000). *Socialpsykologi - en introduktion*. Malmö: Liber AB.

- Holme, I-M. & Krohn-Solvang, B. (1997). *Forskningsmetodik - om kvalitativa och kvantitativa metoder*. Lund: Studentlitteratur
- Hård af Segerstad, H., Klasson, A. & Tebelius, U. (1996). *Vuxenpedagogik- att iscensätta vuxnas lärande*. Lund: Studentlitteratur.
- Illeris, K. (1999a). Erfaringspedagogik og ” experiential learning”. *Nordisk Pedagogik*. Vol 19:1, ss. 1-19.
- Illeris, K. (1999b). *Lärandet i mötet mellan Piaget, Freud och Marx*. Lund: Studentlitteratur
- Janik, A. (1996). *Kunskapsbegreppet i praktisk filosofi*. Stockholm: Brutus Östlings bokförlag.
- Janlert, U. (2000). *Folkhälsovetenskapligt lexikon*. Stockholm: natur & Kultur.
- Jarlbro, G. (2004). *Hälsokommunikation - en introduktion*. (2 ed.) Lund: Studentlitteratur.
- Jernström, E. (2000). *Lärande under samma hatt. En lärandeteori genererad ur multimetodiska studier av mästare, gesäller och lärlingar*. (Diss.) Luleå Universitet: Tekniska institutionen.
- Karlsson, K. (1990). *Samhällsinriktat hälsoarbete- att arbeta med hela samhällets hälsa*. Malmö: Malmöhusläns landsting, Informationsenheten.
- Karlsson, L. (2004). *Folkhälsovetenskapen söker legitimitet. Ett möte mellan pedagogik och verksamhetsförlagd utbildning*. (Diss.). Malmö Högskola: Lärarutbildningen.
- Kolb, D. (1984). *Experiential learning : experience as the source of learning and development*. England, Englewood Cliffs: Prentice-Hall.
- Korp, P. (2002). *Hälsopromotion - en sociologisk studie av hälsofrämjandets institutionalisering*. (Diss.). Göteborgs Universitet: Sociologiska Institutionen.
- Kvale, S. (1997). *Den kvalitativa forskningsintervjun*. Lund: Studentlitteratur.
- Kvernbekk, T. (1995). Om erfaringstyranni og teorityranni. Et vitenskapsteoretisk perspektiv på forholdet teori-praxis. *Nordisk pedagogik*. Vol 15, ss.88-96.
- Lantz, A. (1993). *Intervjumetodik*. Lund: Studentlitteratur
- Lindén- Boström, M. (2000). *Introduktion till utvärdering*. (Rapport 2002:42). Stockholm: Statens folkhälsoinstitut.
- Medin, J. & Alexanderson, K. (2000). *Begreppen hälsa och hälsofrämjande - en litteraturstudie*. Lund: Studentlitteratur.
- Naidoo, J. & Wills, J. (2000). 2.ed. *Health promotion. Foundations for practice*. London: Baillière Tindall.

Nutbeam, D. (1998). Evaluating health promotion progress, problems and solutions. *Health Promotion International* Vol 13:1, ss. 27-44.

Olsson, U. (1997). *Folkhälsa som pedagogiskt projekt. (Diss)*Uppsala Universitet: Pedagogiska institutionen.

Olsson, U. (2001). Om folkhälsopedagogikens historia. I E. Svederberg, L. Svensson & T. Kindeberg (Red) *Pedagogik i hälsofrämjande arbete.* (s.35-72) Lund: Studentlitteratur.

Palm, L. & Hedin, A. (2001). *Hälsoinformatörens handbok.* Stockholm: Statens folkhälsoinstitut.

Pellmer, K. & Wramner, B. (2001). *Grundläggande folkhälsovetenskap.* Stockholm: Liber.

Rolf, B. (1993a). Know how, kompetens och andra ordningens inläring. I B. Rolf, R., Ekstedt & R. Barnett. *Kvalitet och kunskapsprocesser i högre utbildning* (s. 29-43). Lund: Nya Doxa.

Rolf, B. (1993b). Reflektionens roll för professionell kunskap . I B. Rolf, R., Ekstedt & R. Barnett. *Kvalitet och kunskapsprocesser i högre utbildning* (s. 44-74). Lund: Nya Doxa..

Rossman, G.b. & Rallis, S.F. (1998). *Learning in the field. An introduction to qualitative research.* London: Sage.

Statens Offentliga Utredningar (1999:137). *Hälsa på lika villkor - andra steget mot nationella folkhälsomål.* Stockholm: Socialdepartementet.

Springett, J. (2001). Appropriate approaches to the evaluation of health promotion. *Critical Public Health* Vol. 11:2, ss. 139-151.

Starrin, B. & Svensson, P-G. (1998). *Kvalitativ metod och vetenskapsteori.* Lund: Studentlitteratur.

Strandmark, M. (2002). Hälsobegreppet i ett nordiskt perspektiv. *Socialmedicinsk tidsskrift.* No. 1, pp. 37-48.

Svederberg, E.& Svensson, L. (2001). Ett folkhälsopedagogiskt synsätt. I E. Svederberg, L. Svensson & T. Kindeberg (Red) *Pedagogik i hälsofrämjande arbete.* (s.17-34) Lund: Studentlitteratur.

World Health Organization (1998). Health 21 – health for all in the 21st century. *European Health for All Series, No. 5.* Köpenhamn: WHO.

Ågren, G. (2003). *Den nya folkhälsopolitiken. Nationella mål för folkhälsan.* Stockholm: Statens Folkhälsoinstitut.

Bilaga 1, Intervjuguide

- Hur länge har du arbetat som hälsoarbetare?
- Vilken är din befattning?
- Hur mycket arbetstid, i procent, har du avsatt för folkhälsoarbete?
- Inom vilken förvaltning sitter du?
- Vad har du för utbildning inom hälsoområdet?
- Har du någon utbildning i att leda projekt?
- Berätta hur du genomför planeringen av hälsoprojekt.
- Vad finns det för faktorer som påverkar dig i planeringen av olika hälsoprojekt.
- Stämmer din definition på hälsa överens med den du arbetar efter?
- Vad är hälsa för dig?
- Om du tittar tillbaka på de år du arbetat med hälsa, har ditt sätt att arbeta förändrats och i så fall hur?