

KOMMUNERNAS FOLKHÄLSOPOLITISKA ARBETE I VÄSTMANLAND

Ledande kommunalpolitikernas uppfattningar om sin och kommunens ansvar av implementeringen av det folkhälsopolitiska arbetet på lokal nivå

ANN-SOFI A OLSSON

Huvudområde:
Folkhälsovetenskap
Nivå: Grund
Högskolepoäng: 15 hp
Program: Folkhälsoprogrammet
Kursnamn: Examensarbete i
folkhälsovetenskap
Kurskod: FHA032

Handledare: Elisabeth Jansson
Examinator: Camilla Ramsten

Seminariedatum: 2019-04-29
Betygsdatum: 2019-06-17

SAMMANFATTNING

I Sverige rapporteras det om att hälsoklyftorna i samhället ökar, orsakerna till det kopplas till skillnaderna i människors socioekonomiska och sociala position (SOU 2017:47). Regeringen uppmanar alla aktörer på alla samhällsnivåer att aktivt arbeta med att främja en jämlik och god hälsa och på så sätt sluta hälsoklyftorna inom en generation. Kommunerna har alltid varit en huvudaktör i det folkhälsopolitiska arbetet, men det ser väldigt olika ut i kommunerna gällande hur de uppfattar sitt ansvar och sin roll i implementering av ett folkhälsoarbete. Styrning och implementering i politiken spelar en avgörande roll för att kunna förändra samhället till det bättre. Syftet med studien är att undersöka hur ledande kommunpolitiker i Västmanland uppfattar sin egen och kommunens roll för att implementera den nationellt styrda folkhälsopolitiken på lokal nivå. Genom att intervjua nio ledande politiker från nio olika kommuner i Västmanland, framkom bland annat i resultatet att ingen av informanterna hade någon kännedom av innehållet i det nationella folkhälsopolitiska målet. Även om arbetet är påbörjat i vissa kommuner så har ingen av de tillfrågade kommunerna något övergripande folkhälsopolitiskt arbete.

Nyckelord: Folkhälsopolitiskt arbete, implementering, jämlik hälsa, lokal nivå, nationell nivå, styrning

ABSTRACT

In Sweden, it is reported that the health gaps in society are increasing. The reasons for this are linked to the differences in people's socio-economic and social position (SOU 2017: 47). The Government calls on all actors at all levels of society to actively work to promote equal and good health and thus end the health gaps within a generation. The municipalities have always been a major player in public health policy work. However, it differs between different municipalities in how they perceive their responsibility and their role in the implementation of public health work. Governance and implementation in politics plays a crucial role in changing society for the better. The purpose of the study is to investigate how leading municipal politicians in Västmanland perceive their own and the municipality's role in implementing the nationally controlled public health policy at local level. By interviewing nine leading politicians from nine different municipalities in Västmanland, the result showed that none of the informants had any knowledge of the content of the national public health policy control. Some of the consulted municipalities has started their work towards an overall public health policy but all of them has still a long way to go.

Keywords: Equal health, Governance, Implementation, Local level, National level, Public Health policy work

INNEHÅLL

1	INLEDNING	3
2	BAKGRUND	4
2.1	Folkhälsa, Folkhälsoarbete och Folkhälsopolitiskt arbete	4
2.2	Styrning	5
2.2.1	Målstyrning	5
2.2.2	Implementering	6
2.2.3	Kommunal styrning	6
2.3	Tväarsektoriellt arbete	7
2.4	Nationella folkhälsopolitiska målet	7
2.5	Folkhälsopolitiska styrningen	9
2.6	Kommunal styrning	9
2.7	Faktorer som påverkar implementering av den nationella folkhälsopolitiska styrningen	11
2.8	Problemformulering	12
3	SYFTE OCH SYFTESFRÅGOR	13
4	METOD	13
4.1	Urval	13
4.2	Datainsamling	14
4.3	Analys	15
4.4	Kvalitetskriterier	16
4.5	Etiska aspekter	17
5	RESULTAT	18
5.1	Nationella folkhälsopolitiska styrningen	18
5.2	Organisatoriska strukturen för det folkhälsopolitiska arbetet i kommunen	19
5.3	Samarbete och samverkan	20
5.4	Framtida utmaningar, förutsättningar, och behov i det folkhälsopolitiska arbetet i kommunen	20

6	DISKUSSION	22
6.1	Metoddiskussion	22
6.1.1	<i>Urval</i>	22
6.1.2	<i>Datainsamlingen</i>	22
6.1.3	<i>Innehållsanalysen</i>	23
6.1.4	<i>Kvalitetskriterier och etiska aspekter</i>	23
6.2	Resultatdiskussion	24
7	SLUTSATSER	27
7.1	Förslag till vidare forskning samt praktisk tillämpning	27
	REFERENSLISTA	29

BILAGA A MISSIVSBREV

BILAGA B INTERVJUGUIDE

1 INLEDNING

Studerar folkhälsoprogrammet på Mälardalens högskola och har under hela utbildningstiden mötts av samma fråga, vad gör en folkhälsovetare?

Friskvård, viktnedskning, vegan, yoga, sluta röka, nej till droger och motion är den generella uppfattningen människor har om folkhälsa när man pratar med dom. Det är däremot ingen som kopplar ihop folkhälsa med att skapa samhälleliga förutsättningar till en god och jämlik hälsa.

I Sverige rapporterar regeringen att hälsoklyftorna i samhället ökar, orsakerna till det kopplas till skillnaderna i människors socioekonomiska och sociala position. Regeringen uppmanar alla aktörer på alla samhällsnivåer att aktivt arbeta med att främja en jämlik och god hälsa och på så sätt sluta hälsoklyftorna inom en generation.

Kommunerna har enligt den nationella folkhälsopolitiska styrningen alltid varit en huvudaktör i det folkhälsopolitiska arbetet. Västmanlands Kommuner-och Landsting (VKL) gjorde år 2009 en inventering av Västmanlands kommuners politiska arbete med folkhälsofrågor. Det visade sig att sju kommuner hade då ett aktivt övergripande folkhälsopolitiskt arbete och en kommun var på gång. Efter att ha gjort en egen inventering tio år senare på kommunernas politiska arbete med folkhälsofrågor så var det ingen kommun som har ett dokumenterat folkhälsopolitiskt arbete. En kommun har ett folkhälsoråd, men ingen strategi eller plan. En utveckling som går tvärtemot än vad den nationella folkhälsopolitiska styrningen manar till.

Riksdagen antog i juni 2018 ett beslut om att revidera det folkhälsopolitiska målet för att öka takten i att sluta de ojämlika hälsoklyftorna inom en generation. Frågan är hur de de lokala ledande politikerna i Västmanland uppfattar den reviderade statliga styrningen inom folkhälsopolitiken?

2 BAKGRUND

Den politiska målsättningen i Sverige är att minska de sociala skillnaderna i hälsa och samtidigt förbättra folkhälsan för alla (Regeringen, 2019a). Den nationella folkhälsopolitiska styrningen är målstyrt och propositionen är tydlig i hur, var, när och vem som skall leda, ansvara och verkställa. Det folkhälsopolitiska mål som grundades 2003 och som nyligen reviderats 2018 belyser de faktorer som påverkar folkhälsoarbetet som delegation, ansvar, struktur, strategi, verktyg, utbildning samt det etiska.

Den nationella målstrukturen syftar till att kommunen ska arbeta aktivt för att bidra till en positiv hälsoutveckling (SOU 2017:47). Kommunerna ”är folkhälsoarbetets nyckelaktörer då de ansvarar för flera verksamheter som är viktiga ur folkhälsosynpunkt” (Prop. 2017/18:249, s. 29). Kommunernas organiserade folkhälsopolitiska arbete påverkar bland annat de ekonomiska, sociala faktorerna som exempelvis otrygghet, fattigdom, arbetslöshet och låg utbildning. Runt kommunen finns det olika myndigheter och organisationer som kan bidra till att det folkhälsopolitiska arbetet blir till ett målinriktat och organiserat arbete.

Folkhälsomyndigheten har till uppgift att verka för god folkhälsa, utvärdera metoder och strategiers effekt, kontinuerligt rapportera hälsoläget samt det som påverkar hälsoläget i befolkningen, vidmakthålla och sprida kunskap och information (SFS 2013:1020).

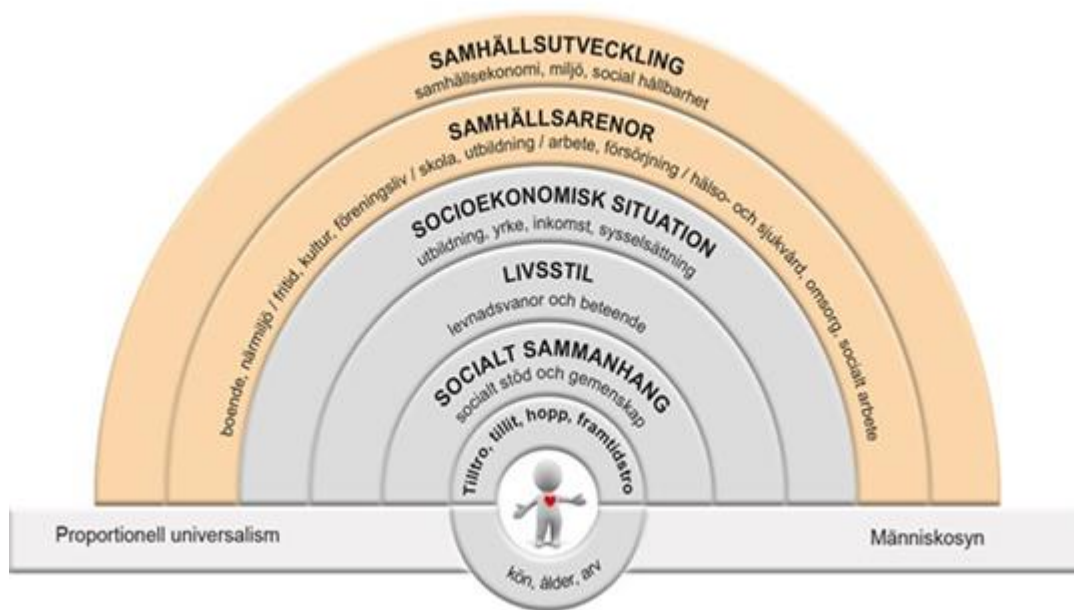
Länsstyrelserna har ett regionalt ansvar att skapa förutsättningar att nationella mål implementeras i länet, utifrån regionala förutsättningar och behov (SFS 2017:868). Region Västmanland/Landstinget är kunskapscentrum och stöder kommunerna i deras arbete inom folkhälsan (Prop. 2017/18:249). Sveriges Kommuner och Landsting (SKL) ”stöder kommunernas och landstingens hälsofrämjande och förebyggande arbete inom folkhälsoområdet” (Prop. 2017/18:249, s. 29).

2.1 Folkhälsa, Folkhälsoarbete och Folkhälsopolitiskt arbete

Folkhälsa beskrivs som begrepp för sjuklighet, dödlighet, levnadsvanor och hälsorisker i olika befolkningsgrupper. Begreppet folkhälsa används som en beskrivning av hälsan inom ett land, område, grupp (Pellmer, Wramner & Wramner, 2012).

Folkhälsoarbete beskrivs av Pellmer, Wramner och Wramner (2012) som två komponenter, främjande av hälsa och förebyggande av sjukdom. Att kartlägga, analysera, planera insatser, följa upp och utvärdera i samhället samt att sprida kunskap och vidmakthålla utifrån beslut är folkhälsoarbete.

Utgångspunkten i ett folkhälsopolitiskt arbete är att genom politiken forma, besluta och genomföra ett folkhälsoarbete i samhället (Haglund & Tillgren, 2009). Med olika metoder främja den goda hälsan och förebygga ohälsan är att skapa samhällseliga förutsättningar. En modell som tydligast visar en kommuns ansvarsområde i folkhälsan är Östgötamodellen för jämlik hälsa – ”ett samspel mellan individ, miljö och samhälle”. De yttre fälten i modellen visar kommunens ansvarsområden för att skapa samhällseliga förutsättningar för den enskilda invånaren i kommunen.



Figur 1: Modellen är framtagen av Jolanda van Vliet och Margareta Kristensson, 2014, baserad på hälsans bestämningsfaktorer av Dahlgren och Whitehead, 1991.

2.2 Styrning

Begreppet styrning är olika metoder för att nå önskvärda resultat. De olika metoderna i styrningen är lagar, visioner, mål, riktlinjer och policys (Hall & Löfgren, 2006).

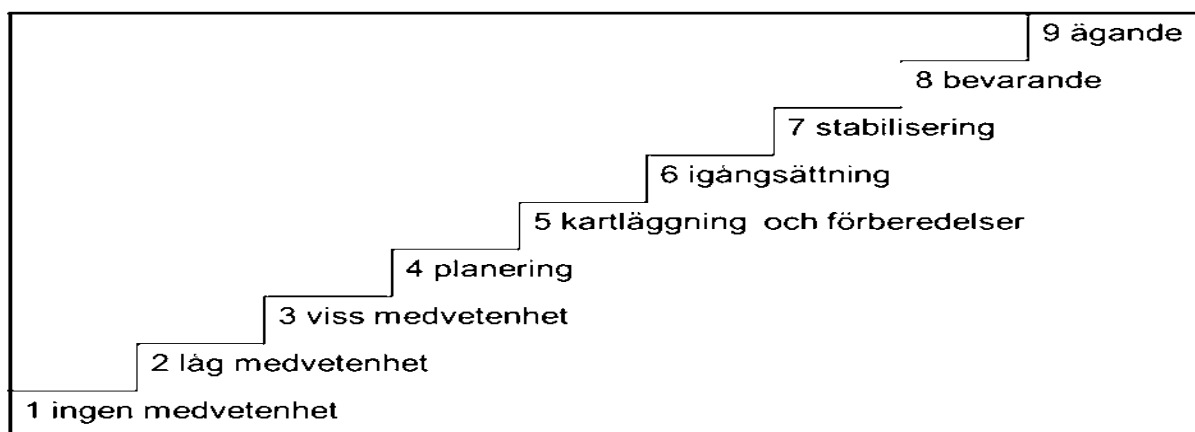
- Lagar är regler som alla i ett land måste följa. Lagstiftning är ett sätt att förändra saker i samhället.
- Visioner är något en kommun vill uppnå, visar vilken riktning kommunen är på väg åt. Oftast framtagna med en längre tidsaspekt än mål
- Mål skapas för att verksamheten ska veta vad de ska arbeta efter under året/åren
- Riktlinjer är strategier som syftar till hur något skall utföras
- Policy är en form av förklaring till hur något skall utföras och varför (Hall & Löfgren, 2006).

2.2.1 Målstyrning

Mål är generella i sin ansats vilket gör att målen kan arbetas efter oavsett vilken nivå i verksamheten man befinner sig på (Pihlgren & Svensson, 1989). Viktigt att målen är tydliga och mätbara, dessa kallas för effektmål och formas av politiker och tjänstemän för att kunna utvärderas i resultat (Rombach, 1991). Implementeringen i målstyrningsprocessen är grunden för om ett mål ska nås, finns inte förståelse varför det finns ett mål så kommer inte heller målet att uppfyllas (Pihlgren & Svensson, 1989).

2.2.2 Implementering

Ett av de viktigaste momenten i ett verkställande av utförandet är implementeringen. Grunden bygger på en mognad det vill säga att det finns en förståelse för vad som ska göras hos de som ska utföra beslutet. Finns det inte kännedom om varför och hur det ska gå till så kommer inte heller implementeringen att lyckas. Även att det finns en tydlighet i vad som ska göras underlättar implementeringen. Community readinessmodellen förklarar att samtliga steg för en lyckad implementering utgår ifrån att analysera och värdera medvetenheten av mottagandet i förändringar. (Jarpe-Ratner, Fagen, Day, Gilmet, Prudowsky, Neiger, Du Bois Neiger & Flay, 2013). Figur 2 visar de nio steg som modellen har för att lyckas i en implementering.



Figur 2 Bild hämtad från <http://www.readiness.nu/community-readiness/community-readiness-model>

2.2.3 Kommunal styrning

Enligt kommunallagen så styr kommunerna med ett så kallat självstyre, det innebär att kommunen själv formar styrningen utifrån de behov och resurser som finns i kommunen. Vissa delar är reglerade enligt lagar, andra är frivilliga (SKL, 2019). Folkhälsan träder in i samtliga områden då kommunens uppgift är att verka för samhället. Tabell 1 visar kommunens obligatoriska/frivilliga uppgifter.

Tabell 1 kommunens obligatoriska och frivilliga uppgifter

Kommunens obligatoriska uppgifter	Kommunens frivilliga uppgifter
<ol style="list-style-type: none"> 1) social omsorg (äldre- och handikappomsorg samt individ- och familjeomsorg, 2) för-, grund- och gymnasieskola, 3) plan- och byggfrågor, 4) miljö- och hälsoskydd, 5) renhållning och avfallshantering, 6) vatten och avlopp, 7) räddningstjänst, 8) civilt försvar, 9) biblioteksverksamhet 10) bostäder. 	<ol style="list-style-type: none"> 1) fritid och kultur, 2) energi, 3) sysselsättning och 4) näringslivsutveckling

2.3 Tvärsektoriellt arbete

Har utgått från Bryson, Crosby och Middleton Stones (2006) litteraturstudie om sektorsövergripande samarbete, för att göra en egen bearbetning av begreppet tvärsektoriellt arbete.

Tvärsektoriellt arbete bygger på samverkan och samarbete för att nå gemensamma resultat i en gemensamt ägd fråga. Inom folkhälsan kan det tvärsektoriella arbetet innebära att man arbetar med samma övergripande mål på flera ställen inom organisationen. Detta för att varje verksamhet bäst kan bryta ner varje målområde inom folkhälsan, vilket bör främjar det folkhälsopolitiska arbetet. Att arbeta tvärsektoriellt kan bidra till en ökad förståelse, samverkan mellan verksamheterna som i sin tur kan bidra till ökad delaktigheten både inom verksamheten och i samhället. Viktigt i det tvärsektoriella arbetet är hänsyn till lagar, regler och etik.

2.4 Nationella folkhälsopolitiska målet

I början av 1980-talet började den svenska folkhälsopolitiken växa fram, regeringen föreslog att hälsopolitiska jämlikhetsstrategier skulle utvecklas med syfte att öka möjligheterna för ett hälsosamt liv. Arbetet med hälsansbestämningsfaktorer startar här och det föreslås att

kontinuerliga folkhälsorapporter ska utarbetas för att kunna följa hälsoutvecklingen inom olika befolkningsgrupper. Sverige tar även ett grepp om det tvärssektoriella folkhälsoarbetet på nationell nivå med stöd av ett nationellt folkhälsopolitiskt råd (prop, 1984/85:185).

På 1990-talet kom den första folkhälsopolitiska propositionen, där fokus för folkhälsoperspektivet var hållbar utveckling och där jämlikhet skulle prioriteras i folkhälsoarbetet. Regeringens avsikt med propositionen var att inrätta en statlig myndighet för att utarbeta hälsopolitiska jämlikhetsstrategier (prop. 1990/91:175). Folkhälsoinstitutet inrättades den 1 januari 1992. Folkhälsoinstitutets huvuduppgift var då att nå ut i samhället och minska hälsans ojämlika fördelning (prop. 2000/01:99).

Mellan år 1995–1998 utlyser regeringen en parlamentarisk kommitté som ska ta fram nationella mål för folkhälsan. Målens innehåll ska främja folkhälsan, förebygga folkhälsan, minska hälsorisker, minska skillnaderna i hälsa mellan olika grupper samt att vara av övergripande karaktär. Målen ska vara baserade på evidens inom folkhälsa och utveckling. Den parlamentariska kommittén får då i uppgift att inventera och redovisa behoven i hälsoutvecklingen på internationellt, nationell, regional och lokal nivå. Med inventeringen analysera och värdera framtida hälsoproblem och bedöma insatsbehov för att minska hälsoproblemen. I detta finns kostnadsanalyser där nyttan väger i kontrast mot kostnaden, eventuella målkonflikter mot redan befintliga mål och lagar. Kommittén ska föreslå framtida mål och hur de ska prioriteras samt lämna förslag till strategier för att kunna uppnå målen inom alla berörda samhällsnivåer. Slutligen ska kommittén lämna förslag till uppföljning och utvärdering av de mål som ska formas (Dir. 1995:158).

Alkoholinspektionen och folkhälsoinstitutet slogs samman år 2001 och bildade så Statens folkhälsoinstitut. Deras ansvar var att sköta en sektorsövergripande uppföljning och utvärdering av folkhälsoinsatser samt bistå som ett kunskapscentrum för metoder och strategier. Även ha en övergripande tillsyn inom ANDT- områdena (Dir. 1995:158).

År 2003 antar riksdagen beslut om ett övergripande mål för den nationella folkhälsopolitiken som grundar sig i regeringens proposition som den parlamentariska kommittén tagit fram ”Mål för folkhälsan, ”att skapa samhälleliga förutsättningar för en god hälsa på lika villkor för hela befolkningen”. Målstrukturen är sektorsövergripande med elva målområden (2002/03:35). Riksdagen tar ett nytt beslut 2008 baserat på regeringens proposition (2007/08:110) att ändra några rubriker i målområdena, innehållet förblev oförändrat.

Efter 16 år reviderades och kondenserades det folkhälsopolitiska målet med dess 11 målområden till ett mål med åtta målområden. Styrning och uppföljning är orsaken till revideringen. Även om grunden i det folkhälsopolitiska målet inte förändrats så har ramverket runt målet stärkts upp. Kommissionen för jämlik hälsa lyfter fyra faktorer som behövs för att nå målet en god och jämlik hälsa och sluta hälsoklyftorna inom en generation. Ökat fokus på jämlik hälsa och tydligare mål, organiserat arbete som sker brett, löpande, långsiktigt och levande för att följa det föränderliga samhället. Ökat ägarskap från berörda aktörer, detta för att få en tydligare styrning och uppföljning. Slutligen, dokumentation som möjliggör jämförelser över tid över olika samhällsnivåer samt analysering av faktorer som orsakar ojämlik hälsa (SOU 2017:47).

Det svenska folkhälsopolitiska målet är format och framtaget efter de internationella och globala överenskommelser WHO:s (2008) "Closing the gap" som manar länder att arbeta mot en god och jämlik hälsa och verka för att sluta hälsoklyftorna inom en generation. WHO:s (2013) "Health in All Policies" uppmanar världens alla styrande politiker att de ska arbeta aktivt med folkhälsopolitiken, med bland annat styrning, skapa förutsättningar, förebygga och främja.

"Att skapa samhällseliga förutsättningar för en god och jämlik hälsa i hela befolkningen och att sluta de påverkbara hälsoklyftorna inom en generation" (Regeringen, 2019b).

Åtta målområden:

1. "Det tidiga livets villkor
2. Kunskaper, kompetenser och utbildning
3. Arbete, arbetsförhållanden och arbetsmiljö
4. Inkomster och försörjningsmöjligheter
5. Boende och närmiljö
6. Levnadsvanor
7. Kontroll, inflytande och delaktighet
8. En jämlik och hälsofrämjande hälso- och sjukvård" (Regeringen, 2019b).

2.5 Folkhälsopolitiska styrningen

Målstyrning är det som den folkhälsopolitiska styrningen syftar till därav ett folkhälsopolitiskt mål. Maycraft Kall (2010) menar att nationell styrning kan förändra medborgarnas beteenden och vanor genom hård eller mjuk styrning. Den hårda styrningen är lagar och regelverk och den mjukare styrningen som mål ämnar uppmuntra medborgarna till bättre val.

Abstraktionsstegen är den metod som enklast kan beskriva den nationella folkhälsopolitiska styrningen från nationell nivå till lokal nivå. Detaljstyrning, generell styrning och diffus styrning är tre olika ansatser av styrning som metoderna kan lämpa sig inom.

Detaljstyrningen är tydlig i sin ansats lagar och anslag finns under denna kategori, oftast finns det med åtgärder och sanktioner om dessa inte följs. De politiska mål som är framtagna är generella i sin styrning, de kan uppfattas som mer diffusa i sin ansats. Det nationella folkhälsopolitiska målet är en generell styrning med allmän ansats. Sista ansatsen den diffusa styrningen, kännetecknas av att styrningen formas av visioner och idéer. Flertalet kommuner har visioner, med inriktning, planer, uppföljning, utvärdering samt omstart till ny inriktning redovisat i sin årsredovisning. Den diffusa styrningen som ansats har sällan en återkoppling till ägaren av beslutet (Hall & Löfgren, 2006).

2.6 Kommunal styrning

Kommunen är en politiskt styrd organisation som lyder under flera olika lagar där kommunallagen och kommunens självstyre stödjer kommunens handlande. Högsta

beslutande organ i kommunen är kommunfullmäktige, här beslutas bland annat budgetfördelningen och kommunens skattenivå, samt den övergripande styrningen sker här med mål och riktlinjer (Petersson, 2014). Kommunstyrelsen är ett beredande och verkställande organ som leder kommunens arbete, kommunstyrelsens ledamöter väljs av kommunfullmäktige (Petersson, 2014). Nämnder, Kommunfullmäktige beslutar vilka nämnder som ska finnas och utser ledamöter i nämnderna. Nämndernas uppgift är att ansvara för utförandet och att bereda ärenden för beslut i kommunfullmäktige samt att genomföra antagna beslut (Montin & Granberg, 2014). Mindre beslut som rör område kan nämnderna själv fatta besluta om (Petersson, 2014). I förvaltningarna arbetar anställda tjänstemän som utför de antagna beslut som politikerna har fattat.

För folkhälsopolitiskt arbete är det kommunala självstyret en svaghet. Då den nationella styrningen är generell och frivillig för kommunerna så kan implementeringen av den nationella folkhälsopolitiska styrningen utebli (Gibbs & Jonas, 2000). Miljö folkhälsa och säkerhet är komplexa områden inom politiken att styra över och behöver vara mer övergripande i sin styrning då den behöver integreras över hela organisationen. De senaste 20 åren har förväntningarna ökat på lokala offentliga organisationer både från staten och samhället som finansiella neddragningar, ökad service och ökad ansvarsskyldighet (Northcott & Ma'amora Taulapapa, 2012). Det innebär att kommunernas styrning genom åren har förändrats. Kommunernas målstyrning blev mål och resultatstyrning. Många kommuner inventerade och reviderade sitt sätt att planera, förbereda och genomföra beslut, just för att kunna möta staten och kommuninvånarnas krav på bättre resultat och ansvar (Sharma & Gadenne, 2011).

Mål och resultatstyrning används idag av de flesta kommuner, Rombach (1991), Svensson (1999) och Hellström (2002) har genom sina studier försökt att ta reda på om mål och resultatstyrning fungerar som styrmedel i offentlig verksamhet. Rombach (1991) menar att det inte går att styra med mål då de mätbara måtten är svåra att precisera och att resultatredovisningen inte kan presenteras korrekt. Svensson (1999) menar att det visst fungerar, han menar att om organisationen är tydlig i hur mål och resultatstyrningen ska fungera så kan organisationen klara av styrmetoden. Den tredje, Hellström (2002) hans forskning kommer inte fram till något som varken stödjer eller avfärdar mål och resultatstyrningen. Däremot så visade forskningen på svårigheter i förändringsprocesserna och han påtalade om vad som krävs av organisationerna vid implementering av mål och resultatstyrning (Hellström, 2002). Rombach (1991) framhäver att implementeringen är grunden till att lyckas i sin styrning. Medarbetarnas mognad inför vad som ska göras och hur har en avgörande betydelse för att få en effekt av ett beslutat målarbete.

Uppföljning och utvärdering är den del av målprocessen som oftast glöms bort, vilket kan leda till att framtida målarbeten kan bli missriktade (Rombach, 1991). Just ansatserna i styrningen om det sker uppifrån och ned eller nerifrån och upp har en betydelse i de offentliga organisationerna. Har inte hittat något som antyder att den ena är bättre än den andra. Nerifrån och upp ger kraft i målstyrningen för att resurserna och förutsättningarna styr målarbetet, svagheten kan vara att det övergripande ansatsen försvinner. Uppifrån och ned är övergripande och kan tendera att missa kopplingen mellan behov och förutsättningar och resurser (Löfgren, 2012). Svårt att ha en balans och i regeringens betänkande SOU (2017)

lyfts fem problemområden fram som behöver förbättras och förändras för att nå en god och jämlik hälsa. Kommunernas målstruktur, styrning, uppföljning var tre av dem.

2.7 Faktorer som påverkar implementering av den nationella folkhälsopolitiska styrningen

Första faktorn är kunskap, politikernas kunskap inom folkhälsa påverkar om och hur kommunerna arbetar folkhälsopolitiskt. Brownson, Chriqui och Stamatakis (2009) studie påvisar att politiker med kunskap och intresse för folkhälsan och folkhälsoarbetet också driver igenom ett folkhälsopolitiskt arbete.

Andra faktorn är kopplat till styrning. Mål- och resultatstyrningen som de allra flesta kommuner i dag använder kan vara en svaghet då det mätbara i målen oftast är diffusa och omätbara i praktiken (Rombach, 1991). En tydlig styrning med utvärdering menar Söderholm (1998) är en styrka. Hur folkhälsa mäts är en viktig kunskap när mål formuleras, vilket leder in till faktor tre.

Tredje faktorn, resurser av rätt kompetens hos tjänstemännen. The street-level bureaucrat, är en person som inte enbart arbetar efter någon exakt teori hur styrning ska ske. Teorier som uppifrån/nerifrån är inte avgörande utan här arbetas det efter verksamhetens behov, resurser och förutsättningar (Lipsky, 1980). Just en person med kunskap inom området skulle kunna vara behjälplig i implementeringen av folkhälsoarbetet som knyter samman kunskap med demokrati och byråkrati (Löfgren, 2012).

Fjärde faktorn, hur uppfattas det nationella folkhälsopolitiska målet som styrning. Både Maycraft Kall (2010) och Hall & Löfgren (2006) menar att mål som nationell styrning är diffusa med en ansats att vilja få människor att själv få välja. Mål som styrning har oftast svårare att nå resultat/mål. Lagar däremot är tydliga i sin ansats och i lagarna finns oftast ekonomiska anslag med, men framförallt påföljder/sanktioner om de inte följs. Vikten av att det finns tillräckligt med resurser hos de aktörer som ska genomföra den nationella folkhälsopolitiska styrningen. Men även att mål är så pass tydliga att den som ska genomföra dem faktiskt förstår vad som ska göras (Van Meter & Van Horn, 1975).

Femte faktorn är dubbelreglering av det folkhälsopolitiska arbetet vilket gör det svårt för beslutande lokal politiker att avgöra vad som ska göras eller inte, en inventering av lagarnas påverkan på folkhälsan gjordes år 1999–2000 och visade att 64 procent av Sveriges 350 lagar påverkade folkhälsan (Tillgren, 2009). Med folkhälsoarbetet som utgångspunkt så kan flera styrmetoder adderas som ekonomistyrning, kunskaps- och informationsstyrning, uppföljning och utvärdering (Tillgren, 2009). Den sistnämnda, uppföljning och utvärdering finns med i propositionsunderlaget till det antagna folkhälsopolitiska målet 2018 som syftar till att underlätta folkhälsoarbetet på samtliga samhällsnivåer genom en tydligare fördelning av ansvar på nationell nivå och förbättrad uppföljning av folkhälsan samt utvärdering av folkhälsoarbetet med fokus på skillnader i fördelningen av hälsan i befolkningen (Prop. 2017/18:249).

2.8 Problemformulering

Resultat från kommissionen för jämlik hälsa (2016) enkätundersökning visar vad som behövs för att utveckla sitt arbete med folkhälsa inom en kommun. Det saknas förankring hos chefer för att kunna implementera in folkhälsoarbetet i verksamheterna. Prioriteringen hos den politiska ledningen saknas och det påverkar arbetsprocessen inom folkhälsan negativt då det saknas fasthållande av beslut och verkställande samt utvärdering. Kommuner som saknar anställda med spetskompetens har svårigheter att få fram orsaker och hälsodata hos befolkningen, vilket då kan leda till felprioriterade insatser. Nedan följer enkätundersökningens resultat i tabell 2.

Tabell 2. De interna aspekter som kommunerna uppger vara i störst behov av utveckling för ett välfungerande tvärssektoriellt arbete med folkhälsa är följande (Kommissionen för jämlik hälsa, 2016).

Vad saknas	Andel i %
Förankring hos chefer	59
Prioritering hos politisk ledning	51
Tillgång till indikatorer och data om hälsoskillnader	50
Ekonomiska och personella resurser	48
Samverkan i organisationen	45
Kunskap om folkhälsan och dess bestämningsfaktorer	20–40
Kunskap i metoder och strategier	
Tillgång till regionala och lokala folkhälsodata	
Kompetens angående tvärssektoriellt arbete	

Propositionen, God och jämlik hälsa – en utvecklad folkhälsopolitik (2017/18:249) menar att kommunerna är en nyckelaktör inom folkhälsoarbetet och de lokala politikerna kan genom sitt folkhälsopolitiska arbete både främja och motverka invånarnas hälsa i hur de styr sina åtagande. Om 25 år ska Sverige ha lyckats sluta de påverkbara klyftorna för att kunna nå en god jämlik hälsa i hela befolkningen (Regeringen, 2019). Då kommer det även krävas att politiker och tjänstemän på lokal nivå har kunskap, intresse, resurser och en vilja att samverka i folkhälsofrågorna (Brownson, Chiqui & Stamatakis, 2009; Lipsky, 1980; Löfgren, 2012).

3 SYFTE OCH SYFTESFRÅGOR

Syftet är att undersöka hur ledande kommunpolitiker i Västmanlands uppfattar sin egen och kommunens ansvar och roll för att implementera/vidmakthålla ett folkhälsopolitiskt arbete på lokal nivå utifrån den nationellt styrda folkhälsopolitiken.

Syftesfrågor:

- Vilken uppfattning har politikerna om det nationella folkhälsopolitiska målet och dess styrning?
- Hur har kommunerna implementerat det nationella folkhälsopolitiska målet?

4 METOD

En kvalitativ metod valdes då syftet med studien var att undersöka hur ledande kommunpolitiker i Västmanlands uppfattar sin egen och kommunens ansvar och roll för att implementera/vidmakthålla ett folkhälsopolitiskt arbete på lokal nivå utifrån den nationellt styrda folkhälsopolitiken. Kvalitativa studier grundar sig på att ta reda på samt ta del av hur en annan människa uppfattar sin omvärld och detta kan göras med hjälp av exempelvis intervjuer (Bryman, 2011).

Avsikten med studiens design var att undersöka ett avgränsat område inom kommunpolitikens sätt att arbeta med ett specifikt ämne som folkhälsa. Samtidigt få en uppfattning om ledande kommunalpolitikernas uppfattningar om det folkhälsopolitiska arbetet. Studien syftar inte till några mätbara resultat utan att beskriva ledande politikernas uppfattning inom området folkhälsopolitiskt arbete.

I denna studie gjordes det semistrukturerade intervjuer vilket innebär att en större flexibilitet under intervjun fanns (Bryman, 2012). En för ändamålet framtagen intervjuguide med frågor gav informanten utrymme att berätta sin uppfattning av fenomenet samtidigt som det fanns möjlighet till följdfrågor (Bryman, 2011). Enligt Holloway och Wheeler (2010) så tillåter semistrukturerade intervjuer att ställa följdfrågor som inte finns med i intervjuguiden. Innehållsanalysen gjordes efter Graneheim och Lundman (2004) beskrivning av kvalitativ innehållsanalys. Enbart ledande politiker inom kommunorganisationen på lokal nivå deltog i studien.

4.1 Urval

Då studien avser att undersöka ledande politikernas uppfattningar på lokal nivå i Västmanland så är urvalet målinriktat. Målinriktat/målstyrt urval innebär att informanterna är

handplockade just för att kunna besvara studiens syfte (Bryman, 2011). Denscombe (2018) menar att detta även är ett subjektivt urval då valet av informanterna är styrt just efter deras kunskap och erfarenhet i ämnet. Studiens urval bestod av nio ledande kommunpolitiker med minst tio års erfarenhet av kommunpolitik.

I denna undersökning deltog nio ledande politiker som representerade varsin kommun. De ledande politikerna hade olika ledande politiska uppdrag i kommunerna med minst tio års erfarenhet av kommunalpolitik. Männerna var överrepresenterade i denna studie med, sju män och två kvinnor.

4.2 Datainsamling

Kontakt med informanterna togs via telefon, samtliga ställde sig positiva till att ställa upp. Tid bokades och informanterna fick själv bestämma vart vi skulle träffas. Samtliga intervjuer utfördes i informanternas hemkommun i kommunens egna lokaler. Intervjuerna kunde utföras i lugn och ro, inga störningar på så när som ett brandlarm som av misstag gick i gång.

Innan den bokade intervjun gjordes så skickades det ut ett informationsbrev som informanten i lugn och ro kunde läsa. Informationsbrevet innehöll de grundläggande kraven inom de forskningsetiska principerna som informationskravet, samtyckeskravet, konfidentialitetskravet och nyttjandekravet (Bryman, 2011). Informationsbrevet lästes också igenom tillsammans med informanten i samband med intervjun och på så sätt gavs ett informerat samtycke. I bilaga A finns informationsbrevet att läsa. Intervjuerna gjordes under 10 dagar, varje intervju tog i genomsnitt 40 minuter.

Intervjuguidens frågor delades in i inledande frågor följt av bakgrundsfrågor som följdes upp av det folkhälsopolitiska arbetet i kommunen. Frågor om nationell folkhälsopolitisk styrning övergick till frågor om informanternas uppfattning av kommunens framtida folkhälsopolitiska arbete. Avslutningsvis så tillfrågades informanten om det fanns något de ville tillägga som kunde vara relevant för studien. Samtliga frågor hade formats utifrån studiens syfte. Intervjuguiden finns i bilaga B.

För att testa innehåll, teknik och utrustning samt i avsikt att säkerställa en god kvalitet på intervjuerna gjordes en pilotintervju (Nyberg & Tidström, 2012). Pilotundersökningen gjordes med hjälp av en ledande politiker som inte ingick i studien och tog 51 minuter. Resultatet från pilotintervjun ingår inte i studiens resultat. Det som framkom av pilotundersökningen var att frågorna i intervjuguiden behövdes justeras något i ordningen så det blev ett bättre flyt. Fick även en önskan av pilotinformanten att få läsa igenom den utskrivna intervjun, då informanten hänvisade till att politiker oftast felciterades i intervjuer. Detta medförde att alla tilltänkta informanter i studien fick samma möjlighet till att läsa igenom sin egen utskrivna intervju och godkänna innehållet.

Intervjuerna spelades in på mobiltelefonen och fördes över till ljudfil i datorn. Transkriberingen gjordes ordagrant med radnummer och färgkodning. Radnumreringen underlättade om behov fanns för att gå tillbaka till texten där texten hämtades och

färgkodningens syfte var att texten enklare kunde identifieras utan att avslöja vem informanten var. När transkriberingen var klar sparades ljudfilerna ner på ett usb- minne och raderades från datorn. Usb- minnet och de transkriberade texterna sparas inlåst i ett separat godkänt dokumentskåp hemma hos författaren.

4.3 Analys

Materialet som analyserats gav sammanlagt 47 A-4 sidor utskriven text. Analysen gjordes efter Graneheim och Lundmans (2004) beskrivning av kvalitativ innehållsanalys. Analysprocessen startade med att utskrifterna lästes flera gånger för att få en känsla av vad som fanns i materialet. Analysen gjordes med hjälp av en manifest innehållsanalys, en textnära tolkning av texten där informanternas egna uttalanden återges (Graneheim & Lundman, 2004).

De meningar och stycken i transkriberingarna som kunde kopplas ihop med studiens syftesfrågor markerades och plockades in i en tabell, enligt Graneheim och Lundman (2004) kallas detta för meningsenheter och är första steget i analysprocessen.

Efter meningsenheterna var utplockade och inlagda i en tabell så kondenserades meningsenheterna. Att kondensera betyder enligt Graneheim och Lundman (2004) att meningarna kortades ner och överflödiga ord togs bort utan att förlora innehållets betydelse i meningarna. Därefter så kodades meningarna, kodningen är en form av etikett som med ett till två ord namnger innehållet i meningarna. Graneheim och Lundman (2004) menar att koder som är lika bildar en underkategori och de underkategorier som hör ihop bildar en kategori. Underkategorierna sattes ihop efter liknelser i kodningarna exempelvis organisation, bristande implementering, lagar och mål med mera därefter formades kategorierna. Två till fyra underkategorier formade sedan kategorierna där namnet på kategorierna formades av innehållet från underkategorierna.

Det manifesta innehållet utgörs av de kondenserade meningsenheterna som kodats för att sedan grupperats in i underkategorier, kategorierna återspeglar sedan innehållet i intervjun (Graneheim & Lundman, 2004). Tabell 3 visar exempel i innehållsanalysen från meningsenhet till kategori.

Tabell 3. Exempel på processen i dataanalysen från meningsenhet till kategori.

Meningsenhet	Kondensering	Kod	Under kategori	Kategori
Folkhälsopolitiska målet (FHPM). Det är ju så väldigt mycket nytt nu som kommer som man inte som man inte har en susning om va.	Det kommer så mycket nytt så att man inte vet.	FHPM inte vetskap	Ingen vetskap om det FHPM	Nationella folkhälsopolitiska styrningen
FHPM, Inget som jag känner till va. Nej, det var nyheter för mig.	Känner inte till det folkhälsopolitiska målet	FHPM inte vetskap	Ingen vetskap om det FHPM	Nationella folkhälsopolitiska styrningen
FHPM, Å jag kan inte formulera det riktigt.	Kan inte formulera FHPM	FHPM knapp vetskap	Har vetskap, men kan inte	Nationella folkhälsopolitiska styrningen

4.4 Kvalitetskriterier

Holloway och Wheeler (2010) menar att studiens kvalitet stärks av tillförlitligheten, trovärdighet, överförbarhet, pålitlighet samt konfirmerbarheten. Hur studiens metod, analys, presentation av resultat är gjort påvisar trovärdigheten i studien. Användes rätt metod utifrån ställt syfte, vet informanterna vad studien syftar till och vad den kommer att användas till.

I denna studie användes en kvalitativ metod för att få en mer förklarande redogörelse om hur informanterna uppfattade studiens syfte. Pilotintervjun stärkte även trovärdigheten då den säkerhetsställdes intervjuguidens utformning så att den gav de svar som önskades utifrån syftet.

Samtliga intervjuer utfördes lika, med samma frågor som utgångspunkt för att sedan kunna ställa följdfrågor om det behövdes. Följdfrågorna fanns om jag som intervjuare behövde få ett mer utvecklat svar av informanten. För att kontrollera de svar som informanterna gav användes bekräftelsefrågor som exempelvis; Har jag uppfattat dig rätt när du säger att..., Är det så här du menar när du uttrycker eller beskriver. Respondentvalidering har gjorts i form av att informanten har fått tagit del av intervjuens utskrift och på så sätt kunnat verifiera sin

utsago (Bryman, 2011). Mängden insamlad data kan öka trovärdigheten, i detta fall intervjuades nio personer.

Denna studie är gjord utifrån en grupp informanter med det politiska arbetet som gemensam nämnare, deras uppfattningar är unika. Intervjuare och informanters samspel i nuet påverkar svaren vilket också är en unik företeelse (Bryman, 2011., Graneheim & Lundman, 2004). Andra län i Sverige skulle kunna göra denna studie utifrån att följa beskrivning av syfte och utförande i metod (Bryman, 2011; Graneheim & Lundman, 2004).

Graneheim och Lundman (2004) poängterar att tillförlitligheten kan öka om resultatet utformas så läsaren ges möjlighet att kunna läsa resultatet utan författarens tolkningar. Citaten stärker tillförlitligheten i resultatet genom att visa läsaren att resultatet är informanternas egna upplevelser och tankar.

Utrymmet för flexibilitet i semistrukturerade intervjuer kan ge vissa svårigheter att vara objektiv enligt Bryman (2011). Holloway och Wheeler (2010) menar att förförståelsen för ämnet är viktigt för att göra en intervju. Konfirmerbarheten, balansgången mellan objektivitet och förförståelse är neutraliteten i analysen (Holloway & Wheeler, 2010). Den manifesta innehållsanalysen där ingen tolkning av text har gjorts har varit en del av neutraliteten i denna studie. Målet med studien är att få presentera ett resultat baserat på informanternas egen berättelse utifrån syftet.

4.5 Etiska aspekter

I denna studie så har ett missivbrev skickats ut till informanterna där de har kunnat få ta del av information rörande vad studien syftar till, att det är frivilligt att delta och att de när som helst kan avsluta sin medverkan. Information om hur det insamlade materialet förvaras och att inga obehöriga kan komma åt det fanns med i brevet. En utförlig beskrivning om hur insamlade data kommer att användas fick informanterna i brevet. Samtycket gjordes två gånger, första gången vid tillfrågandet om de ville delta i studien och andra gången vid intervjun där missivbrevet gick igenom tillsammans med informanten. I studiens resultat utelämnades citat som kunde kopplas till en särskild kommun för att inte röja vem informanten var.

Missivbrevet visar att hänsyn tagits till de fyra etiska principerna i svensk forskning som informationskravet där information om studien och informanternas deltagande görs. Samtyckeskravet, informanten ger ett samtycke till att delta i studien. Konfidentialitetskravet, talar om för informanten vart insamlat material förvaras och hanteras. Nyttjandekravet beskriver hur materialet kommer att användas i för syfte (Bryman, 2011).

5 RESULTAT

Innehållsanalysen gav studien fyra kategorier med två till fyra underkategorier, visas i tabell 4, översikt av kategorierna. Studiens syfte att undersöka hur ledande kommunpolitiker i Västmanlands uppfattar sin egen och kommunens ansvar och roll för att implementera/vidmakthålla ett folkhälsopolitiskt arbete på lokal nivå utifrån den nationellt styrda folkhälsopolitiken. Syftesfrågorna hjälpte till att avgränsade det empiriska materialet.

Tabell 4, Översikt av kategorierna utifrån syftesfrågorna

Kategori	Underkategori
Nationella folkhälsopolitiska styrningen	Skillnaden mellan lag och mål
	Den statliga implementeringen av det folkhälsopolitiska målet
Organisatoriska strukturen för det folkhälsopolitiska arbetet i kommunen	Behov av att starta upp/vidmakthålla ett folkhälsopolitiskt arbete
	Vart i organisationen sker det folkhälsopolitiska arbetet
	Kommunens styrning av det folkhälsopolitiska arbetet
	Agenda 2030 och Trygga kommuner
Samarbete och samverkan	Det regionala samarbetet/samverkan
	Det interna samarbetet/samverkan
	Det kommungränsöverskridande samarbetet/samverkan
Framtida utmaningar, förutsättningar och behov med det folkhälsopolitiska arbetet i kommunen	Utmaningar
	Förutsättningar
	Behov

5.1 Nationella folkhälsopolitiska styrningen

Ingen av politikerna uppgav att de hade kännedom om innehållet i det nya nationella folkhälsopolitiska målet. De svarade alltifrån att de inte visste om att det fanns något mål till att de inte riktigt kunde placera in vad det nationella folkhälsopolitiska målet syftade till. De som hade vetskap om att det fanns ett nationellt folkhälsopolitiskt mål berättade att de hade valt att inte bryta ner det eller arbeta efter den då de redan hade andra planer på att arbeta med folkhälsa i kommunen.

*Inget som jag känner till va. Nej, det var nyheter för mig.
(Informant 3)*

Samtliga påpekade att det finns skillnader i hur den nationella styrningen utformas, de mellan lag och mål. De informerade att lagar är bindande och har oftast en form av statligt bidrag med sig för att kunna verkställas. Samtidigt uppgav dom att statlig målstyrning uppfattades mer som en frivillig form att följa, målen saknade både ekonomiska resurser och strategier för att kunna verkställas på lokal nivå.

Bristande statlig finansieringen av ett lokalt folkhälsopolitiskt arbete framkom som en orsak till att kommuner reviderat och tagit bort det övergripande arbetet av folkhälsopolitiken det senaste decenniet.

*Men jag vet att med statliga pengar så fick ju regeringen från 2001 och framåt faktiskt tillstånd lokala folkhälso, ja eller ANDT samordnare. Men det förutsatte en statlig finansiering. När den drogs tillbaka någonstans 2007 så försvann i princip alla samordnare på lokala planet
(Informant 8)*

Samtliga informanter berättade att den statliga implementeringen av den folkhälsopolitiska styrningen är svag och inte finns med några finansiella medel. Det framkom även av informanterna att det saknas tydliga strategier, flertalet informanter i studien beskriver en svårighet med att veta hur den nationella styrningen ska implementeras då det inte finns någon tydlig strategi.

*...folkhälsopolitiska målet så är ju det ett mål av många mål som finns.
Och jag vill att det ska vara tydligt för alla vad vi ska jobba efter
(Informant 6)*

5.2 Organisatoriska strukturen för det folkhälsopolitiska arbetet i kommunen

Ingen kommun hade implementerat det nationella folkhälsopolitiska målet i det lokala övergripande målarbete. Flertalet av informanterna uppgav att deras kommuner inom snar framtid kommer att ha ett övergripande folkhälsoarbete. Detta genom att de ska höja ambitionsnivån med det övergripande folkhälsopolitiska arbetet med hjälp av Agenda 2030. Det framkom att ingen av de deltagande kommunerna i studien följer den nationellt framtagna folkhälsopolitiska styrningen utan har egna varianter. En kommun har anställt en folkhälsostrateg på halvtid, och har påbörjat implementeringen av folkhälsan i det övergripande målarbete i kommunen. En annan kommun hade tillsatt en kommunal nämnd som ska verka för det övergripande för de folkhälsopolitiska frågorna i kommunen.

En tredjedel av de tillfrågade uppgav att de inte anser att det folkhälsopolitiska arbetet behövs på en övergripande nivå och prioriteras därför bort med motivering tidsbrist, intresse och att folkhälsofrågor kanske inte passar i en platt organisation. En förståelse för hur ett

folkhälsorbet ska utföras är en aspekt som informanterna ger som orsak till att inte arbeta med folkhälsopolitiska frågor.

Hur ska den här typen av arbete utföras för ska vi nå förändring, ska vi nå ett framsteg inom dom här arbetena då måste dom här vara så förankrade och implementerade i det vi gör. (Informant 2)

5.3 Samarbete och samverkan

Regionen eller som det förut benämndes som Landstinget Västmanland har genom åren framställts som en viktig samsarbetsaktör med kommunerna av samtliga informanter. Samtidigt uppgav politikerna något delade meningar i hur samverkan fungerade, ena hälften menade att de har fungerat bra andra hälften inte.

Men det här strategiska folkhälsoarbetet på regional nivå det är inte så starkt, det är det inte. Det är nog min upplevelse. (Informant 7)

Det som framkom av informanterna var att kommunerna befann sig på olika nivåer både ambitionsmässigt gällande folkhälsoarbetet i kommunerna, därför gick samverkan med Landstinget/Region i stöpet. En annan förklaring som gavs var att de kommuner som inte hade något lokalt förankrat folkhälsopolitiskt arbete hade svårt att ta till sig länsstrategierna på hemmaplan. Det framkom även att samarbetet med Landstinget låg på tjänstemannanivå och inte politikernivå och det kan ha varit orsaken till att det gick trögt. Den mest enhälliga förklaringen var att kommunerna inte hade en självklar mottagare för att möta upp Landstinget/Regionens samsarbete och då minskar också kraften i samsarbetet.

Samtliga politiker berättade att det fanns någon typ av kommungränsöverskridande samsarbeten, kanske inte specifikt uttalat att det var inom folkhälsa.

För att i folkhälsofrågorna så kanske framförallt i samordningsfrågorna så har vi ju också försäkringskassan, arbetsförmedlingen och så vidare. (Informant 6)

5.4 Framtida utmaningar, förutsättningar, och behov i det folkhälsopolitiska arbetet i kommunen

Samtliga informanter utvecklade sina tankar under intervjun till vad dom själv önskade och kände ett behov av. Främst var det informanter som trodde på Regionens omtag till en ny samverkan, men även att de själva medverkar i samsarbetet. Att använda sig av redan tidigare etablerade samsarbeten och utveckla den ännu mer framkom av flertalet av informanterna.

Jag tror att det kan bli liksom omtag i dom här frågorna. Nu har ju vårt landsting ombildats till region (Informant 7)

Informanterna belyste psykisk ohälsa, svårigheter med kompetensförsörjningen, välfärdens utmaningar med begränsade finansieringar och ett ökat behov av fler skolor och högre kapacitet inom äldreomsorgen som framtida utmaningar. De flesta informanter ansåg lågkonjunkturen som ett hot och att de behöver finna nya lösningar för organisationen att lösa dessa utmaningar.

Och vi ser ju att konjunkturen viker ner och vi ser att, vi har ju haft en otroligt växande ekonomi, kanske vi går mot en något krympande, och då kanske man också måste få upp ögonen för lite smartare lösningar.
(Informant 2)

Förutsättningarna inom kommunerna är flera, informanterna berättade vad de hade på gång och vad som skulle ordnas för att lyfta det folkhälsopolitiska arbetet. Det framkom under intervjuerna att flera kommunerna hade planer och beslut på övergripande folkhälsopolitiska arbetet. Dock så fanns det kommuner som inte hade några tankar åt det övergripande folkhälsopolitiska arbetet utan tyckte att organisationen arbetade med det när det dök upp på dagordningen. Intresset för folkhälsopolitiska frågor var avgörande om kommunen hade ett övergripande folkhälsopolitiskt arbete i organisationen.

... det är ju klart som tusan att det finns intressesfär hos kommunstyrelsens ordförande så är det ju, och även hos kommunchefen och så vidare. Det är ju naturligtvis påverkar det ambitionsnivån
(Informant 4)

Att ekonomiska resurser saknas har varit framträdande under samtliga intervjuer. Samtliga informanter utom en menar att de ekonomiska behoven är de som styr om kommunen arbetar övergripande med folkhälsopolitiska frågor. Informanterna berättar att de inte har råd att ha någon anställd som kan arbeta med hälsofrågor och därför blir det svårt att få kommunen att vara delaktig i samarbeten.

Sen är det ju så att vi har ju tagit bort vår hälsoordnare av ekonomiska skäl helt enkelt. (Informant 4)

Den politiker som inte såg ekonomin som ett hinder befann sig längre fram i det folkhälsopolitiska arbetet och hade utvecklat ett tvärsektoriellt arbetssätt i organisationen.

Jag tror att det viktigaste är engagemanget, alltså för sen så löser man ju resten. (Informant 7)

6 DISKUSSION

6.1 Metoddiskussion

Forskningsmetoden blev en kvalitativ studie utifrån intresset för ämnet och det geografiska området som önskades undersökas. En nyfikenhet att få en bild av hur våra lokalt folkvalda politiker uppfattar det folkhälsopolitiska arbetet i kommunerna var en anledning till att det blev en kvalitativ studie. Den andra anledningen var att det geografiska området fick bli den sista avgörande faktorn. Västmanlands län med tio kommuner var ett snålt underlag för en kvantitativ studie, hade inte kunnat få fram vad ledande politikernas uppfattningar om det folkhälsopolitiska arbetet genom en kvantitativ studie. Kvantitativa studier bygger som oftast på mätbara resultat och sambandfaktorer (Bryman, 2011).

6.1.1 *Urval*

Urvalet bestod av ledande politiker, under studiens gång framkom reflektioner över hur olika dessa politikernas uppdrag var. I denna studie medverkade ledande politiker från olika områden inom politiken. Detta borde inte ha påverkat resultatet denna gång då ingen kommun hade någon utsedd politiker som ansvarade över det folkhälsopolitiska arbetet än. Skulle dock denna studien göras om så skulle en rekommendation bli att hålla sig inom en och samma politiska roll i urvalskriteriet.

6.1.2 *Datainsamlingen*

Datainsamlingen upplevdes inledningsvis som ganska enkel, det gick snabbt att få tag i alla Informanter och att boka tid för intervju, även pilotintervjun. Själva mötena med Informanterna var påfrestande och tog mycket energi av en som inte är så van som intervjuare.

Under studiens gång kunde en kunskap inom folkhälsa och folkhälsopolitik förmedlas, inte under själva intervju utan innan och efter. Flera av informanterna klargjorde att de hade inventerat vad de själva och kommunen gjorde inom folkhälsa inför det bokade mötet. Det blev även samtal efter intervjuerna om folkhälsopolitiskt arbete och om hur, vad och varför. Informanternas inventering hade inte någon påverkan för studiens resultat då inventeringen oftast bestod i att räkna hur många friskvårdanläggningar, badhus och elljusspår som fanns i kommunen och inte hur de arbetade politiskt med folkhälsofrågorna.

Kvale (1997) beskriver att en kvalitativ forskningsintervju ofta är svår att avsluta och framförallt utifrån den positiva upplevelse aspekten inom forskningsintervjuns förståelseform. Efter intervjuerna så var det svårt att avsluta mötet då informanterna gärna ville berätta mer om kommunen.

Oro fanns över att intervjuguiden skulle styra informanterna allt för mycket och eftersom det fanns en önskan om att Informanterna själva skulle berätta mer än vad som frågades. Oron

var obefogad, intervjuerna flöt på och intervjuguiden användes enbart som stöd för att säkerhetsställa att allt som syftades att undersöka kom med. Känslan att den semistrukturerade intervjun tenderat att blivit ostrukturerad då intervjun stundtals liknade ett samtal med frågor som, kan du förklara varför, hur menar du och sammanfattar så jag har förstått dig rätt, kontroll fanns dock hela tiden och det hände att intervjuerna fick styras upp i mellan ått när de tenderade att falla ur ämnet.

6.1.3 *Innehållsanalysen*

Innehållsanalysen, följde Graneheim & Lundmans (2004) beskrivning av kvalitativ innehållsanalys. Studiens syfte har ständigt varit närvarande under innehållsanalysen för att syftet besvarats.

Stegen i processen upplevdes inte som svåra, det är en vanesak och teknik att få ut meningenheter för att sedan kondensera ner utan att förlora innebörden och betydelsen. Kodningen gjordes om för att få hanterbarhet i analysen. Det svåraste var ändå att få en struktur med koder och kategorierna. Tre olika strukturer utarbetades innan kategoriseringarna och underkategoriseringarna föll på plats samt att ett resultat kunde urskiljas. Det uppmärksammades felkodningar sent in i processen och de rättades till innan resultatskrivningen. Svårigheten under analysdelen var att få svar på varför det tenderade att bli spekulativt samtidigt som hur och vad flöt in i varandra. Ett tidskrävande arbete, men nödvändigt för att få ett så korrekt resultat som möjligt.

Den nationella folkhälsopolitiska styrningen och den lokala folkhälsopolitiska styrningen krånglade till sig i kodningarna första gången. Det blev samma kodning fast med olika innebörd.

Delar i abstraktionsprocessen har gjorts om flertalet gånger då det inledningsvis ledde till att för mycket av textens betydelse togs bort i samband med kondenseringen. Radnumreringen av den ursprungliga texten underlättade i när kondenseringen fick göras om. Kategoriseringen/underkategoriseringen har i vissa delar också fått göras om, det berodde inte på svårigheter med att bedöma eller skilja kategorierna/underkategorierna åt, utan om tekniken att få det i ordning. Felkodningar upptäcktes när det var dags för kategoriseringen men när strukturen klarnade var det också enkelt att åtgärda. Mycket tid har gått åt till utförandet i analysen, fel har gjorts längs vägen men styrkan i just Graneheim och Lundmans (2004) beskrivning av kvalitativ innehållsanalys är att allt ska gå och läsa fram och bak länges, vilket har gjorts fler gånger. Noggrannhet i innehållsanalysen påvisade felen så de kunde justeras.

6.1.4 *Kvalitetskriterier och etiska aspekter*

Kvalitetskriterier och de etiska aspekterna har varit de som har varit mest krävande genom hela processen, en respekt för studiens tillförlitlighet genom att tänka på trovärdighet i det som utförts och hur det har utförts. Etiska aspekter med information, samtycke, konfidentialitet, anonymitet och nyttjande av insamlade data har varit viktigt att få med i hela processen. Kvalitetskriterierna och de etiska riktlinjerna har varit en trygghet att

förhålla sig till. De stunder som det funnits egna tvivel eller frågor från informanterna så kunde de besvaras och upprätthållas utifrån de etiska aspekterna och kvalitetskriterierna.

En tanke som växt fram under datainsamlingen och analysen, är hur sårbart det kan vara när en ensam person har intervjuat, transkriberat och analyserat. Den tanken har ökat medvetenheten om vikten av att vara objektiv, i en komplex situation då jag som genomförare av denna kvalitativa studie är ett redskap i forskningsprocessen.

6.2 Resultatdiskussion

Det framkom i studien att tillfrågade politiker inte hade någon kännedom om innehållet i den nya nationella folkhälsopolitiska styrningen. I intervjuerna påvisade ett lågt intresse för folkhälsa vilket kan vara en orsak till att det inte finns någon kännedom, det var en faktor som kom upp som orsak till att det inte fanns något övergripande folkhälsopolitiskt arbete i kommunerna. Att kommunerna inte kommer till stånd med det folkhälsopolitiska arbetet kan ses som lite paradoxalt då närmare 90 procent av Sveriges befolkning skattar sin hälsa som mycket viktigt (SOM-rapport 2018:01). Att kommunerna kan och vill skapa samhällliga förutsättningar är något som medborgarna bör förvänta sig av de folkvalda politikerna och ett ointresse av folkhälsopolitiskt arbete känns inte som en ursäkt som håller. Folkhälsan idag handlar om att skapa övergripande förutsättningar för alla och att det fördelas så att skillnader mellan grupperns hälsa går från ojämnt till en god jämlik hälsa för alla (Regeringen, 2019b).

Att det övergripande folkhälsopolitiska arbetet har fastnat någonstans på vägen på grund av det som informanterna själva beskrev att de vet inte hur det övergripande folkhälsopolitiska arbetet ska utföras kan ses som en rimlig förklaring. Folkhälsan måste få bäring av politiken och det framkommer tydligt i den nya folkhälsopolitiska styrningen, då målstrukturen syftar till att kommunen som aktör i det folkhälsopolitiska arbetet ska arbeta aktivt för att bidra till en positiv hälsoutveckling (SOU 2017:47). Frågan är bara hur, om informanterna uttryckligen säger att de inte vet hur de ska implementera och styra utifrån folkhälsoaspekten så blir det också svårt att implementera ett lokalt folkhälsopolitiskt arbete.

Tänkarna kring implementering har varit intressant att följa i analysen, kommunerna har problem när det kommer till vad som ska implementeras och hur. Enligt Buse, Mays och Walt (2012) behöver problem, policy och politik sikta mot samma mål för att verkställ av beslut ska ge resultat.

Ingen av kommunpolitikerna kunde förklara eller redovisa det faktiska folkhälsoarbetet i kommunen förutom en. Den kommunen hade sedan år 2016 arbetat fram ett tvärsektoriellt arbetssätt i organisationen och kände att de var på väg att få fram en struktur i folkhälsopolitiska processen. Informanterna gav en hel del information på vad kommunerna gör inom folkhälsan, men ingen kunde backa upp det arbetet med varken en plan, uppföljning eller utvärdering. Några informanter i studien kom själva på att det kanske skulle

behövas någon tillsatt tjänsteman som övergripande ansvarade över folkhälsofrågorna för att lyckas med det folkhälsopolitiska arbetet. En annan informant berättade att de nyligen anställt en ansvarig tjänsteman inom folkhälsa.

Folkhälsa beskriver befolkningens hälsotillstånd utifrån såväl nivå och fördelningen av hälsan. Den bör också vara jämlikt fördelad. På samhällsnivå är det att skapa samhälleliga förutsättningar att nå god hälsa (SOU: 2017:47). Kommunen befinner sig på samhällsnivå, de bör med andra ord arbeta politiskt med att planera för folkhälsan som verkar långsiktigt på en strategisk övergripandenivå. Informanterna uppgav att det hade en svårighet med att se, tydliggöra vad som skulle göras och hur det ska utföras inom folkhälsopolitiska arbetet. Här kan kanske en regional handlingsplan och strategi kunna införas för att hjälpa kommunernas möjlighet att kunna arbeta med folkhälsopolitiska frågor.

Ett lågt intresse för folkhälsa och okunskap i innehållet av det folkhälsopolitiska målet var något som framkom av informanterna under intervjuerna. Det är nog den största orsaken till att implementeringen av den nationella folkhälsopolitiska styrningen tappar kraft redan från start. Brownson, Chriqui och Stamatakis (2009) stärker detta att kunskap och intresse styr valet att implementera.

Över 16 år har gått sen den första folkhälsopolitiska styrningen kom, och ingen av kommunerna har idag ett övergripande folkhälsopolitiskt arbete i sin organisation. Gostin och Powers (2006) menar att politikernas ointresse eller okunskap av folkhälsa visas i praktiken av ett lågt kommunalt folkhälsoarbete.

Det bör vara svårt att driva ett arbete inom folkhälsa i en kommun utan att ha mandat från det politiska och ännu svårare att driva ett arbete som inte har ett stöd från lagen. Informanterna har i den här studien beskrivit skillnaden på styrning beroende på om den framställs som lag eller mål. Målstyrningen är frivillig och prioriteras sedan efter kommunens intresse och resurser. Lagar är tvingande och har med sig statliga finanser för att kunna genomföras.

Maycraft Kall (2010) menar att lag är en styrning som är tydligare och talande för vad som ska göras, mål däremot är mer svävande och bygger på att vägleda till bra val. Hall och Lövgrens (2006) abstraktionsstege påvisar styrningen som detaljstyrningen som är tydlig i sin ansats här finns lagar och anslag. De politiska mål som är framtagna är generella i sin styrning det kan uppfattas som mer diffus i sin ansats. Det nationella folkhälsopolitiska målet är en generell styrning med allmän ansats. Kanske hade en statlig finansiering behövts från start för att lyckats i implementeringen av folkhälsoarbetet i kommunerna. I regeringens andra delbetänkandet så finns denna aspekt med som en möjlighet till att kunna implementera folkhälsopolitiska arbetet främst hos samhällsaktörerna (SOU 2017:47).

En annan tanke, kan det vara dubbelregleringarna som ställer till det för kommunerna. Tillgren (2009) menar att folkhälsan ingår i 64 procent av Sveriges 350 lagar. De i kombination med att kommunens obligatoriska och frivilliga ansvar kan ställa till det en hel del. Det skulle behövas en samordnare inom folkhälsoarbetet i kommunerna, helst en ansvarig politiker som är en person som arbetar efter verksamhetens behov, resurser och förutsättningar. Löfgren (2012) menar att en person med kunskap inom området skulle också

kunna vara behjälplig i implementeringen av folkhälsoarbetet som knyter samman kunskap med demokrati och byråkrati (Löfgren, 2012).

Samtliga informanter uppgav att kommunen arbetade med målstyrning. Enligt Gibbs och Jonas (2000) så är det kommunala självstyret en svaghet, då den nationella styrningen är generell och frivillig för kommunerna då kan implementeringen av den nationella folkhälsopolitiska styrningen utebli. Detta framkom av informanterna, att nationell målstyrning inte hade samma kraft som lag. Informanterna hade olika uppfattningar om var det folkhälsopolitiska arbetet skulle ske, övergripande eller i varje enskild verksamhet Northcott och Ma'amora Taulapapa (2012) menar att komplexa områden som folkhälsa behöver integreras över hela organisationen. En informant tycker att top-down ansatsen fungerar utmärkt och någon annan informant kan inte förlika sig med att det fungerar. Ansatserna i styrningen om det sker uppifrån och ned eller nerifrån och upp har en betydelse i de offentliga organisationerna. Nerifrån och upp ger kraft i målstyrningen för att resurserna och förutsättningarna styr målarbetet, svagheten kan vara att det övergripande ansatsen försvinner. Uppifrån och ned är övergripande och kan tendera att missa kopplingen mellan behov och förutsättningar och resurser (Löfgren, 2012). Här kanske kommunerna får vara flexibla i sin ansats utifrån var i organisationen styrningen sker ifrån.

Om målstyrningen är den mest optimala styrmetoden för en kommun är svårt att avgöra då tre forskare inom området har tre olika utfall. Rombach (1991) säger att det inte går att styra med mål, Svensson (1999) menar att det visst går men det krävs tydlighet i målen och Hellström (2002) kan varken bekräfta eller avfärda om det går att styra med mål. Däremot så visade forskningen på svårigheter i förändringsprocesserna, Rombach (1991) framhäver att implementeringen är grunden till att lyckas i sin styrning. Så medarbetarnas mognad inför vad som ska göras och hur har en avgörande betydelse för att få en effekt av ett beslutat målarbete. Uppföljning och utvärdering är den del av målprocessen som oftast glöms bort, vilket kan leda till att framtida målarbeten kan bli missriktade (Rombach, 1991). Detta är precis vad ansatsen i den folkhälsopolitiska styrningen syftar till.

Nätverk med andra aktörer, få informanter nämnde att de har ett samarbete med andra aktörer än region, det behöver inte innebära att det inte finns något utan mer att det är ett självklart faktum. Men även det självklara måste ha en struktur så att det inte arbetas med något som det inte finns ett uttalat behov av.

Regionen eller som det förut hette Landstinget Västmanland har deklarerat för ett omtag i och med att den nya folkhälsopolitiska styrningen kom i juni 2018. Detta är något som några av informanterna såg fram emot. Det framkom i resultatet att tidigare nätverkande har varit av ojämn kvalitet beroende på att kommunerna befann sig på så olika ambitionsnivåer. Efter att ha träffat nio ledande politiker från nio olika kommuner så kan resultatet bekräfta att ambitionsnivån ser olika ut med att vilja implementera ett folkhälsopolitiskt arbete i kommunen. Det är svårt för organisationer att samarbeta inom folkhälsa, dels för att folkhälsopolitiska arbetet kan se så olika ut och sen ska dessa olikheter mötas i ett redan komplext område som folkhälsa (Axelsson & Axelsson, 2006). Några informanter uttryckte sig, om vi inte kan efterfråga vad som behövs så kan det vara svårt att bli erbjuden hjälp. Kanske är det Regionens uppgift att möta kommunerna och ledande politikerna utifrån att

det finns ett behov av kunskap i vad folkhälsa, folkhälsoarbete och folkhälsopolitiskt arbete är samt hur det ska utföras och när det ska utföras.

Det finns ett samband mellan hur politikerna tycker att samverkan mellan region och kommuner fungerat. De som tycker att det fungerat bra har inte något övergripet folkhälsopolitiskt arbete idag, och de som tycker att samverkan mellan region och kommun inte fungerat bra är de kommuner som ligger längre fram med att implementera ett lokalt övergripande folkhälsopolitiskt arbetet.

Ansatsen sedan 2003, eller rättare sagt sedan i början av 1990-talet har varit att minska skillnaderna mellan olika folkgruppers hälsostatus. Varje ny lag eller nytt framtaget mål som riksdagen antar kostar inte bara inom folkhälsan det kostar hela samhället enorma summor, att då flertalet kommuner inte anammar den nationella målstyrningen kan inte vara ekonomiskt försvarbart eller effektivt. Det finns en vilja från politikerna att följa nationella mål men verktygen verkar vara det som stjälper implementeringen.

7 SLUTSATSER

Ingen av politikerna i Västmanland kände till innehållet av det nationella folkhälsopolitiska målet. De lokala politikerna i Västmanland anser att lagar är tydligare i sin ansats och nationella mål anses som frivilliga, därav också lägre prioriterande i det lokala politiska arbetet. Dock framkom det att Västmanlands politiker anser att det folkhälsopolitiska arbetet i kommunen kan komma vara en resurs för framtida utmaningar och behov, men har ingen bild av hur det ska gå till.

Ingen kommun har implementerat det nationella folkhälsopolitiska målet. Kommunerna i Västmanland har idag inte något övergripande strategiskt mål inom folkhälsan. Däremot så är några på gång att införa ett övergripande folkhälsopolitiskt arbete. De kommuner som kommit längst ändå med en ansats inom det folkhälsopolitiska arbetet i kommunerna är de som sökt egna vägar i arbetet med att skapa ett socialt hållbart samhälle. Samtliga politiker har en tro på samarbete och samverkan mellan kommuner och Region i någon form angående folkhälsofrågor.

7.1 Förslag till vidare forskning samt praktisk tillämpning

Saknade under studiens gång forskning om folkhälsopolitiskt arbete och styrning på lokal nivå, så här efterlyses mer forskning inom ämnet. Mer forskning skulle kunna belysa vikten i att arbeta med folkhälsopolitiska frågor, framförallt då politikerna själva delger att det är svårt att veta hur man ska arbeta politiskt med folkhälsofrågor.

Denna studie lyfter att intresse och kunskap inom folkhälsan styr om kommunen har ett folkhälsopolitiskt arbete eller inte. Detta kan det innebära konsekvenser såsom ojämlika förutsättningar att tillgodogöra sig en god hälsa beroende på vilken kommun man bor i. Intressant skulle det vara att få fram resultat ifrån en forskning om invånarnas hälsa skiljer sig åt mellan de som bor i en kommun som har ett folkhälsopolitiskt arbete och de som inte har det.

Tydligare styrning av staten, det här med målstyrning inom ett så brett område som folkhälsa kanske inte är den effektivaste formen av styrning. Otydlighet och få strategier som öppnar upp för egna tolkningar i hur det folkhälsopolitiska arbetet bör skötas kan inte vara hållbart på lång sikt. Önskvärt vore statlig och öronmärkt finansiering av folkhälsovetare/samordnare till kommuner med bristande resurser. Kanske skulle implementeringen av begreppen folkhälsa, folkhälsoarbete och folkhälsopolitiskt arbete vara nyckeln till att fler kommuner i Sverige skulle kunna arbeta med ett folkhälsopolitiskt arbete mer effektivt. Kommunerna skulle få hjälp att forma övergripande strategier till att nå ett mer långsiktigt och hållbart samhälle för deras invånare att bo och arbeta i. Staten skulle också kunna få sin uppföljning och utvärdering som de efterlyser i en God och jämlik hälsa – en utvecklad folkhälsopolitik (Prop. 2017/18:249).

REFERENSLISTA

- Axelsson, R., & Axelsson, S. B. (2006). Integration and collaboration in public health: a conceptual framework. *The International Journal of Health Planning and Management*, 21(1), 75-88. doi: 10.1002/gpm.826
- Buse, K., Mays, N., & Walt, G. (2012). *Making health policy* (2: nd ed.). Maidenhead: Open University Press.
- Brownson, R.C., Chiqui, J.F & Stamatakis, K.A. (2009). Policy, Politics, and Collective Action. *American Journal of Public Health*. Sep2009, Vol. 99 Issue 9, p1576-1583. 8p. 1 Illustration, 1 Diagram, 2 Charts. Doi: 10.2105/AJPH.2008.156224
- Bryman, A. (2011). *Samhällsvetenskapliga metoder*. (2:a uppl.). Malmö: Liber.
- Bryson, J. M., Crosby, B. C., & Stone, M. M. (2006). The design and implementation of cross-sector collaborations: Propositions from the literature. *Public Administration Review*, 66(SUPPL. 1), 44-55. <https://doi.org/10.1111/j.1540-6210.2006.00665.x>
- Denscombe, M. (2018). *Forskningshandboken: för småskaliga forskningsprojekt inom samhällsvetenskaperna*. (4. uppl.). Lund: Studentlitteratur.
- Dir. (1995:158). *Nationella folkhälsomål*. Hämtat 2019.05.04. Från: https://www.riksdagen.se/sv/dokument-lagar/dokument/kommittedirektiv/nationella-folkhalsomal_GJB1158
- Gibbs, D., & Jonas, A. E-G. (2000). Governance and regulation in local environmental policy: the utility of a regime approach. *Elsivier*. 31(3), 299-313. doi: 10.1016/S0016-7185(99)00052-4
- Graneheim, U. H., & Lundman, B. (2004). Qualitative content analysis in nursing research: concepts, procedures and measures to achieve trustworthiness. *Nurse education today*, 24(2), 105-112. doi:10.1016/j.nedt.2003.10.001
- Haglund, B. J. A. & Tillgren, P. (2009). Forskning i hälsofrämjande arbete: Ett interventivt forskningsområde med syfte att bidra till större social rättvisa. *Socialmedicinsk tidskrift*, (2), 128-138. Hämtad från: <http://socialmedicinsktidskrift.se/index.php/smt/article/viewFile/23/23>
- Hall, P., & Löfgren, K. (2006). *Politisk styrning i praktiken*. (1. uppl.) Malmö: Liber.
- Holloway, I., & Wheeler, S. (2010). *Qualitative research in nursing and healthcare*. Chichester: Wiley-Blackwell.
- Hellström, M. (2002). *Resultatenheter i kommunalteknisk verksamhet*. Lund: KFS AB.
- Jarpe-Ratner, E., Fagen, M., Day, J., Gilmet, K., Prudowsky, J., Neiger, B-L., Du Bois Neiger, D-L & Flay, B-R.(2013). Using the Community Readiness Model as an Approach to Formative Evaluation. *Health Promotion Practice* September 14(5):649-655. DOI: 10.1177/1524839913487538

- Kommissionen för jämlik hälsa. (2016). Folkhälsoarbete bland myndigheter, länsstyrelser, kommuner, landsting och regioner. Kvantitativa resultat från enkätundersökningar genomförda 2016 av Kommissionen för jämlik hälsa. Kommissionen för jämlik hälsa S 2015:02, Stockholm 2017 : www.kommissionjamlikhalsa.se
- Kvale, S. (1997). Den kvalitativa forskningsintervjun. Lund: Studentlitteratur
- Lipsky, M. (1980). Street-Level Bureaucracy. Dilemmas of the Individual in Public Services. New York: Russel Sage Foundation.
- Löfgren, K. (2012). Implementeringsforskning- En kunskapsöversikt (Kommissionen för ett socialt hållbart Malmö). Malmö: Malmö stad
- Montin, S., & Granberg, M. (2014). Moderna kommuner. Malmö: Liber
- Northcott, D., & Ma'amora Taulapapa, T. (2012). Using the balanced scorecard to manage performance in public sector organizations. Issues and challenges. International Journal of Public Sector Management. 25(3), 166-191. doi: 10.1108/09513551211224234
- Nyberg, R., & Tidström, A. (red.) (2012). Skriv vetenskapliga uppsatser, examensarbeten och avhandlingar. (2., [rev.] uppl.) Lund: Studentlitteratur.
- Tillgren, P. (2009). *Politik. Folkhälsa som politikområde*. I. & Ejlertsson, G. (Red.) (2009). Folkhälsa som tvärvetenskap: möten mellan ämnen. (1. uppl.) Lund: Studentlitteratur
- Pellmer, K., Wramner, B., & Wramner, H. (2012). Grundläggande Folkhälsovetenskap. (3:e uppl.). Stockholm: Liber.
- Petersson, O. (2015). Statsbyggnad den offentliga maktens organisation. Lund: Studentlitteratur
- Pihlgren, G., & Svensson, A. (1992[1989]). Målstyrning: 90-talets ledningsform för offentlig verksamhet. (1. uppl.) Malmö: Almqvist & Wiksell ekonomiförlag AB
- Prop. (2017:18:249). *God och jämlik hälsa – en utvecklad folkhälsopolitik*. Stockholm: Socialdepartementet. Hämtat, 2019- 04-24. Från: https://www.regeringen.se/498282/contentassets/8d6fca158ec0498491f21f7c1cb2fe6d/prop.-2017_18_249-god-och-jamlik-halsa--en-utvecklad-folkhalsopolitik.pdf
- Regeringen. (2019a). *Framtidens folkhälsa ska vara jämlik*. Hämtat, 2019- 04-24. Från: <https://www.regeringen.se/pressmeddelanden/2018/04/framtidens-folkhalsa-ska-vara-jamlik/>
- Regeringen. (2019b). *Folkhälsopolitiska målet*. Hämtat, 2019- 04-24. Från: <https://www.regeringen.se/artiklar/2018/05/folkhalsopolitiken-ska-bli-mer-jamlik/>
- Rombach, B. (1991). Det går inte att styra med mål!: en bok om varför den offentliga sektorns organisationer inte kan målstyras. Lund: Studentlitteratur.

- Saetren, Harald. (2005). Facts and Myths about Research on Public Policy Implementation: Out-of Fashion, Allegedly Dead, But Still Very Much Alive and Relevant. *The Policy Studies Journal*. 33(4): 559- 582. doi: 10.1111/j.1541-0072.2005.00133.x
- SFS. 2013:1020. *Förordning med instruktion för Folkhälsomyndigheten*. Stockholm: Socialdepartementet. Hämtat, 2019- 04-24. Från: https://www.riksdagen.se/sv/dokument-lagar/dokument/svensk-forfattningssamling/forordning-20131020-med-instruktion-for_sfs-2013-1020
- SFS. 2017:868. *Förordning med länsstyrelseinstruktion*. Stockholm: Finansdepartementet. Hämtat, 2019- 04-24. Från: https://riksdagen.se/sv/dokument-lagar/dokument/svensk-forfattningssamling/forordning-2017868-med-lansstyrelseinstruktion_sfs-2017-868
- Sharma, B., & Gadenne, D. (2011). Balanced Scorecard Implementation in a Local Government Authority: Issues and Challenges. *The Australian Journal of Public Administration*, 70(2): 167–184. doi: 10.1111/j.1467-8500.2011.00718.x
- SKL. (2019). *Indelning och uppgifter i kommuner och landsting*. Hämtat 2019-05-09. Från: <https://www.regeringen.se/artiklar/2015/05/indelning-och-uppgifter-i-kommuner-och-landsting/>
- SOM-rapport. (2018:01). *SVENSKA TRENDER 1986-2017*. Hämtat, 2019- 04-24. Från: https://som.gu.se/digitalAssets/1693/1693084_1.-svenska-trender-1986-2017.pdf
- SOU. (2017:4.) *För en god och jämlik hälsa – En utveckling av det folkhälsopolitiska ramverket*. Hämtat, 2019- 04-24. Från: <https://www.regeringen.se/remisser/2017/02/remiss-av-sou-20174-for-en-god-och-jamlik-halsa--en-utveckling-av-det-folkhalsopolitiska-ramverket/>
- SOU. (2017:47). *Nästa steg på vägen mot en mer jämlik hälsa: Förslag för ett långsiktigt arbete för en god och jämlik hälsa. (Slutbetänkande av Kommissionen för jämlik hälsa)*. Stockholm: Elanders Tryckeri AB
- Svensson, Bengt A, (1999), *Mål- och resultatstyrning inom privat och offentlig verksamhet*. Edsbruk: Akademitryck AB.
- Van Meter, D., & Van Horn, C.E. (1975) The Policy Implementation Process: A Conceptual Framework, *Administration and Society*, Vol. 6, No. 4. pp. 445–488. Doi: 10.1177/009539977500600404
- WHO. (2008). Closing the gap in a generation: health equity through action on the social determinants of health: final report of the commission on social determinants of health. Geneva: World Health Organization.
- WHO. (2013). The Helsinki Statement on Health in all politics. Ministry of social affairs and health Finland. The 8th Global Conference on Health Promotion, Helsinki, Finland.

BILAGA B

Intervjuguide

1 Bakgrund

- Hur länge har du varit aktiv inom politiken
- Har du märkt någon skillnad i sättet att styra/leda/implementera i kommunen de senaste tio åren?

2 Lokal styrning och organisationsstruktur

- Hur ser organisationsstrukturen ut i kommunen?
- Vilken sorts styrning har kommunen, kan du beskriva styrningens fördelar och nackdelar?
- Hur sker kvalitetsarbetet kommunen?

3 Det lokala folkhälsopolitiska arbetet

- År 2009 hade kommunen ett aktivt uttalat folkhälsopolitiskt arbete, hur skulle du beskriva att det ser ut idag?
- Vad är din roll som ledande politiker i det folkhälsopolitiska arbetet?

4 Den nationella folkhälsopolitiska styrningen

- I den nationella styrningen inom folkhälsopolitiken så är kommunen en huvudaktör för hälsoarbetet, hur följer ni styrningen i det folkhälsopolitiska målet?
- Hur ser du på förutsättningarna för implementeringen/styrningen på den lokala nivån om det är en lag eller ett mål när ni i kommunen formar ert arbete?

5 Behov, resurser och stöd för folkhälsopolitiska arbetet

- Vad behövs för att kunna stärka/vidmakthålla/genomföra/bibehålla ett lokalt folkhälsopolitiskt arbete?
Den nationella folkhälsopolitiken
Kommunens egna folkhälsopolitik
- Vad behövs för att kunna genomföra/bibehålla ett lokalt folkhälsopolitiskt arbete?
- Hur upplever du stödet i arbetet med hälsofrågor inom kommunen/regionalt/nationellt?

6 Avslutande fråga

- Finns det något mer som du vill tillägga?

Tack för att du bidrog med dina tankar och erfarenheter.



MÄLARDALENS HÖGSKOLA
ESKILSTUNA VÄSTERÅS

Box 883, 721 23 Västerås **Tfn:** 021-10 13 00
Box 325, 631 05 Eskilstuna **Tfn:** 016-15 36 00
E-post: info@mdh.se **Webb:** www.mdh.se