



AKADEMIN FÖR HÄLSA OCH ARBETSLIV
Avdelningen för folkhälso- och idrottsvetenskap

Erfarenheter av samverkan mellan folkhälsostراتيجer i Region Dalarna och kommuner i Dalarna

En kvalitativ studie

Maja Wenngren

2022

Examensarbete, Grundnivå (kandidatexamen), 15 hp
Folkhälsovetenskap
Folkhälsostateg för hållbar utveckling
Forskningsmetoder i folkhälsovetenskap II & examensarbetet 30hp

Handledare: Anna-Karin Enhol Näslund
Huvudhandledare: Anne-Sofie Hiswåls
Examinator: Gloria Macassa

Abstract

Wenngren, M. (2022). Investigate experiences of collaboration between public health strategists in Region Dalarna and counties in Dalarna. Bachelor thesis in Public Health Science. Department of Public Health and Sport Science. University of Gävle, Sweden.

The *purpose* of the study was to investigate experiences of collaboration between public health strategists in Region Dalarna and councils in Dalarna.

Method: The study used an inductive qualitative design, and a strategic selection strategy with inclusion criteria was used. The final sample consisted of employees who worked with public health and/or sustainable development. The data collection was implemented with semi-structured interviews and the interview text were analyzed with manifest content analysis.

The *main result categories:* collaboration is part of the task as a public health strategist, the structure for collaboration has changed and the importance of collaboration competence, collaboration is a tool and provides opportunities for collegial support in public health work, and public health work and collaboration is long term and demanding.

The *conclusion* was that collaboration is an important tool of the public health strategists work assignments. There must be an understanding that collaboration is a long process that is time consuming, as is everyone's different work assignments and experiences. It's required that there must be clear goals and structures, and that interest and humility are shown. Collaboration also provides collegial support, which facilitates and enables public health work to be carried out so that public health can be strengthened.

Keywords: Public health work, Public health strategists, Collaboration

Sammanfattning

Syftet med studien var att undersöka erfarenheter av samverkan mellan folkhälsostrategier i Region Dalarna och kommuner i Dalarna.

Metod: Studien använde en induktiv kvalitativ design och urvalsmetoden var strategiskt urval med inklusionskriterier. Det slutliga urvalet bestod av anställda från både Region Dalarna och kommuner i Dalarna som arbetade med folkhälsa och/eller hållbar utveckling. Datainsamlingen genomfördes med semistrukturerade intervjuer och intervju-texten analyserades med en manifest innehållsanalys för att få en helhetsbild och tolka det insamlade materialet.

Huvudresultatets kategorier: samverka är en del av uppdraget som folkhälsostrateg, strukturen för samverkan har förändrats och vikten av samverkanskompetens, samverkan är ett verktyg och ger möjlighet till kollegialt stöd i folkhälsoarbete, och folkhälsoarbete och samverkan är långsiktigt och krävande.

Slutsatsen är att folkhälsostrategernas erfarenheter av samverkan mellan varandra tyder på att samverkan är ett viktigt verktyg som ingår i folkhälsostrategernas arbetsuppdrag. Det måste finnas förståelse och respekt att samverkan är en lång process som är tidskrävande och att alla har olika arbetsuppdrag och erfarenheter. Det krävs att det finns tydliga mål och strukturer för samverkan, och att det visas intresse och ödmjukhet inför samverkan och varandra. Samverkan ger även möjlighet till kollegialt stöd vilket underlättar och möjliggör att folkhälsoarbeten kan genomföras och uppnås så att folkhälsan kan stärkas.

Nyckelord: Folkhälsoarbete, Folkhälsostrateg, Samverkan

Förord

Jag vill börja med att rikta ett stort tack till min handledare Anna-Karin Enhol Näslund för alla goda råd, stöttning och ovärderlig hjälp genom hela arbetet. Jag vill också tacka min huvudhandledare Anne-Sofie Hiswåls som gett kritisk men tydlig feedback och vägledning. Jag vill även rikta ett kollektivt tack till intervjupersonerna som deltog och gjorde studien möjlig att genomföra.

Ett särskilt stort tack till mina studiekamrater Jenny, Amanda och Susanne som hjälpt och stöttat mig genom hela examensarbetet. Slutligen vill jag tacka min underbara familj, partner och vänner som stöttat mig och visat förståelse för examensarbetet.

Tack!

Maja Wenngren

Innehållsförteckning

1. Introduktion	1
2. Bakgrund	1
2.1 Folkhälsoarbete.....	1
2.2 Hälsans bestämningsfaktorer	2
2.3 Sveriges folkhälsomål och stödstruktur.....	3
2.4 Hållbar utveckling kopplat till folkhälsoarbete	4
2.5 Folkhälsostrategens roll	5
2.6 Samverkan i folkhälsoarbete	5
2.7 Kommuners roll i samverkan och folkhälsoarbete	6
2.8 Region Dalarna	7
3. Syfte och frågeställningar	8
4. Metod.....	8
4.1 Design.....	8
4.2 Urvalsmetod och undersökningsgrupp	8
4.3 Datainsamlingsmetod	9
4.4 Genomförande	9
4.5 Dataanalys	10
5. Forskningsetiska överväganden.....	11
5.1 Etik i forskningen	11
6. Resultat	11
6.1 Samverkan är en del av uppdraget som folkhälsostrateg	12
6.2 Strukturen för samverkan har förändrats och vikten av samverkanskompetens ..	13
6.3 Samverkan är ett verktyg och ger möjlighet till kollegialt stöd i folkhälsoarbete	14
6.4 Folkhälsoarbete och samverkan är långsiktigt och krävande	15
7. Diskussion	17
7.1 Resultatdiskussion	17
7.2 Metoddiskussion.....	20
8. Slutsats.....	23
9. Referenslista	24
Bilaga 1 Intervjuguide	
Bilaga 2 Missivbrev.....	
Bilaga 3 Kodningsschema	

1. Introduktion

Än idag finns det ojämlikheter i hälsa mellan samhällsgrupper över hela världen vilket påverkar både hälso- och sjukvården och samhället negativt, dels för att det är kostsamt för samhällena, och dels för att ohälsa kan påverka livsvillkor och livslängd (Van den Broucke 2017). Hälso- och sjukvården arbetar för att behandla, bota och vårda sjuka patienter men trots det ökar ohälsa och sjukdomar vilket resulterar i ett högt tryck och höga kostnader för både hälso- och sjukvården och för samhället. Det är en utmaning att minska sjukdomsfall och att stärka och främja hälsa. För att göra det krävs det att hälso- och sjukvården och andra arenor och aktörer som arbetar för att stärka folkhälsan omorienterar en del av folkhälsoarbetet och strävar efter att arbeta utifrån ett hälsofrämjande perspektiv (ibid.) Bonita, Beaglehole & Kjellström (2010) beskriver att om folkhälsan stärks och ökas kommer morbiditet (sjukdomsfall) och mortalitet (dödstal) att minskas. Det innebär att hälsofrämjande folkhälsoarbete ger förutsättningar till ökat välmående vilket minskar ojämlikheter i hälsa och det bidrar till att livslängden kan ökas hos befolkningen (ibid.).

2. Bakgrund

2.1 Folkhälsoarbete

Folkhälsoarbete grundar sig i att det måste finnas kunskap om både vad som gör människor sjuka och hur människor kan förbli friska (Pellmer Wramner, Wramner & Wramner 2017). Att förebygga sjukdom och att främja hälsa skapar förutsättningar för människor till ett friskt och hållbart liv, samt reducerar hälsoklyftor i samhällena, därav är hälsofrämjande folkhälsoarbete en viktig nyckel för att minska ojämlikheter i hälsa (ibid.). År 1986 höll WHO (Världshälsoorganisationen) den internationella konferensen Ottawa Charter for Health Promotion i Ottawa, Kanada (WHO 1986). Enligt Ottawa Charter innebär hälsofrämjande folkhälsoarbete att förebygga, förbättra och stärka människors hälsa både fysiskt och mentalt. Hälsofrämjande folkhälsoarbete möjliggör att befolkningen kan öka förståelse om hälsa och öka kontrollen över sina hälsobeteenden och vardagliga val som påverkar hälsan. Detta skapar förutsättningar till att förbättra sin egen hälsa och att folkhälsan stärks (ibid.). Pedersen, Hjelmar, Høybye & Rod (2017) genomförde en kvalitativ intervjustudie i Danmark och undersökte om hälsofrämjande arbete kan minska ojämlikheter i hälsa. Medverkande i studien var folkhälso- och sjukvårdsmän inom hälso- och sjukvården. Resultatet av studien visade att hälsofrämjande arbete kan minska ojämlikheter i hälsa och bör därav upprätthållas inom

folkhälsoarbetet. Resultatet visade även att folkhälsoarbetet är tidskrävande, att samverkan och samarbete stärker folkhälsoarbetet, att folkhälsoarbetet kräver struktur, att målen bör definieras i början av arbetet och att arbetsuppgifterna måste klargöras för att öka möjligheterna till att uppnå målen med folkhälsoarbetet (ibid.). I Sydafrika genomfördes en kvalitativ fallstudie av Rwafa-Ponela, Goudge & Christofides (2021) som undersökte organisationsstrukturen inom det sydafrikanska hälsosystemet utifrån ett hälsofrämjande perspektiv. Resultatet av studien visade att det fanns strukturella begränsningar i folkhälsoarbetet och om inte hälsosystemets struktur och arbete skulle utvecklas och förbättras skulle det kunna bidra till att folkhälsan inte kan stärkas långsiktigt. Studien påvisade att hälsofrämjande folkhälsoarbete kan stärka folkhälsan (ibid).

Sveriges regering är en statlig förvaltningsmyndighet som bland annat har i uppgift att stärka Sveriges folkhälsa (Regeringskansliet 2017a). År 2015 gav Regeringen en kommission i uppdrag att lämna förslag på hur hälsoklyftor skulle kunna minskas i samhället (Statens offentliga utredningar 2017). Kommissionen för jämlik hälsa lämnade år 2017 sitt slutbetänkande ”Nästa steg på vägen mot en mer jämlik hälsa. Förslag för ett långsiktigt arbete för en god och jämlik hälsa”. Kommissionen betonar betydelsen av jämlika uppväxtvillkor, arbete, försörjning och kunskaper för att uppnå jämlik hälsa i samhället. Kommissionen betonar även att ojämlikheter i hälsa inte enbart kan lösas inom hälso- och sjukvården utan det måste finnas ett hälsofrämjande arbete hos flera arenor och aktörer som aktivt arbetar för att stärka och främja folkhälsan (ibid.).

2.2 Hälsans bestämningsfaktorer

Hälsans bestämningsfaktorer är en viktig utgångspunkt i folkhälsoarbeten för att skapa förståelse till vad som orsakar ohälsa (Whitehead & Dahlgren 1991). Whitehead & Dahlgren genomförde en bakgrundsforskning utifrån ett discussionsunderlag från WHO för att tydliggöra sammanhang av livsvillkoren för folkhälsoarbetare. Konklusionen av forskningen var att det behövdes klargöras vad det är som skapar ohälsa och en beskrivning av hälsans bestämningsfaktorer i form av regnbågsmodellen togs fram. Hälsans bestämningsfaktorer består av: kön, ålder, arv, individuella levnadsvanor, sociala och samhällsliga nätverk, levnads- och arbetsförhållanden, och generella socioekonomiska, kulturella och miljörelaterade förhållanden (ibid.). Modellen av hälsans bestämningsfaktorer förekommer ofta i folkhälsoarbetet för att förklara vad det är som kan påverka ohälsa (Dahlgren &

Whitehead 2021). Modellen används inte enbart av hälsovetenare och forskare utan även av yrkesverksamma och beslutsfattande utanför hälsosektorn då modellen tydligt visar vilka faktorer som kan påverka ohälsa (ibid.).

2.3 Sveriges folkhälsomål och stödstruktur

Sverige har åtta målområden för att utveckla folkhälsopolitiken där Regeringen antyder att folkhälsoarbetet är ett gemensamt ansvar, och att målområdena ska vägleda arbetet framåt för att uppnå en god och jämlik hälsa och minska hälsoklyftor i samhället (Regeringskansliet 2017b). Målområdena tar hänsyn till hälsans bestämningsfaktorer och kan användas på alla samhällsnivåer.

De åtta målområdena är:

1. De tidiga livets villkor
2. Kunskap 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 (ibid.).

År 2019 fick Folkhälsomyndigheten i uppdrag av Regeringen att utveckla en stödstruktur för det statliga folkhälsoarbetet genom att göra en översyn av politikområdesmålen, indikatorer och bestämningsfaktorer som påverkar folkhälsan (Folkhälsomyndigheten 2020).

Stödstrukturen ska användas som ett ramverk för hur en god och jämlik hälsa ska uppnås i hela befolkningen. Det framkommer i stödstrukturen att det krävs ett samarbete mellan kommuner, regioner, och myndigheter för att möta befolkningens och samhällets behov. Det framkommer även att kommunerna, regionerna och myndigheterna har en stor betydande roll för att driva folkhälsoarbete framåt så att ojämlikheter i hälsa kan minskas i samhället.

Stödstrukturen tyder också på att folkhälsomålen är betydelsefulla inom folkhälsoarbetet (ibid.).

2.4 Hållbar utveckling kopplat till folkhälsoarbete

Begreppet hållbar utveckling växte fram under 80-talet och begreppet definierades första gången i Bruntlandsrapporten:

” en utveckling som tillfredsställer dagens behov utan att äventyra kommande generationers möjligheter att tillfredsställa sina behov” (WCED 1987).

Enligt Salas- Zapata & Ortiz-Muñoz (2019) finns det otydligheter kring vad begreppet hållbar utveckling betyder då det finns flera definitioner och tolkningar av det. De menar att hållbar utveckling är en uppsättning av sociala och ekologiska kriterier som styr mänskligt handlande, att hållbar utveckling är en vision av mänskligheten som förverkligas genom sociala och ekologiska mål, att hållbar utveckling är ett fenomen som sker i sociala och ekologiska system, och att hållbar utveckling är ett tillvägagångsätt (ibid.). Hutchinson & Kovats (2016) beskriver att hållbar utveckling innebär att beakta jordens behov och resurser och arbeta långsiktigt för en stark och varaktig framtid för alla levande organismer. De beskriver även att hållbar utveckling innefattar tre dimensioner: social, ekologisk och ekonomisk. Den sociala dimensionen innebär bland annat att ge populationen förutsättningar till trygghet och sociala nätverk då det har en positiv inverkan på hälsan. Den ekologiska dimensionen innebär att människan ska värna om miljön, ekosystem och planetens resurser då människan inte överlever på jorden utan levande ekosystem. Levnadsförhållanden och miljöer har en stor inverkan på hälsan. Den ekonomiska dimensionen innebär att ekonomin både kan främja hälsa och miljö eller förvärra på både individnivå och befolkningsnivå. Hållbar utveckling är därav nära sammankopplat till folkhälsoarbete och en viktig del av folkhälsoarbetet eftersom båda strävar efter att främja, stärka och balansera folkhälsan och miljön både kortsiktigt och långsiktigt (ibid.).

Spencer, Corbin & Miedema (2019) genomförde en kritisk ramanalys där de undersökte de Globala målen för hälsofrämjande. Studien visade att om dimensionerna balanseras i folkhälsoarbete kommer dagens folkhälsa, klimatet och framtida generationers liv att gynnas. Hållbar utveckling är därav en viktig del inom folkhälsoarbete för att minska ojämlikheter i hälsa (ibid.). I en kvantitativ studie genomförd av Seke et al. (2013) undersöktes kvantitativa indikatorer och variabler för att undersöka europeiska länders arbete för hållbar utveckling

och folkhälsa. Totalt 31 länder medverkade i studien och data analyserades genom databasen EUROSTAT. Resultatet av studien visade att folkhälsoarbete och hållbar utveckling är nära sammankopplat. Det visade också att folkhälsoarbete och hållbar utveckling är viktigt för att stärka folkhälsan och bör därav ständigt utvecklas och investeras i. Resultatet visade även vilka länder som ligger i framkant av folkhälsoarbete och hållbar utveckling och vilka länder som behöver utveckla sitt arbete för att stärka folkhälsan och miljön. Enligt studien hamnade Norge och Island i toppen och Sverige hamnade på plats 6 (ibid.). I Rumänien genomfördes en fallstudie som undersökte relationen mellan hållbar utveckling och folkhälsoarbete (Marcuta, Simionescu, Tindecu & Marcuta 2018). Resultatet av studien visade att hållbar utveckling är nära sammankopplat till livskvalitet och förlängd livslängd hos befolkningen. Resultatet visade även att förhållandet mellan ekonomisk tillväxt och befolkningens hälsa påverkar varandra och att folkhälsa ska betraktas som en av de viktigaste socioekonomiska faktorerna för utveckling (ibid.).

2.5 Folkhälsostrategens roll

En folkhälsostrateg är en folkhälsovetare som har bred kunskap gällande faktorer och mekanismer som påverkar hälsa och hållbar utveckling (Akademikerförbundet SSR 2020). Arbetsuppgifterna kan skilja sig beroende på vilken sektor strategen arbetar inom och med vilken population. De vanligaste arbetsuppgifterna är att lösa problem, kartlägga ohälsa, driva projekt, genomföra implementering av hälsofrämjande åtgärder och att utvärdera folkhälsoarbeten. Folkhälsostrategers mål är att främja hälsa och förebygga ohälsa i befolkningen. Folkhälsostrategers kunskap ökar därav förutsättningar till att målen i ett folkhälsoarbete kan uppnås (ibid.).

2.6 Samverkan i folkhälsoarbete

Begreppet samverkan innebär att olika aktiviteter eller aktörer sammanförs till en större helhet för att tillsammans uppnå mål (Axelsson & Bihari Axelsson 2007). Samverkan är en form av systematiskt samarbete som kräver struktur, god kommunikation, styrning och samsyn. Inom folkhälsoarbete är samverkan ofta förekommande och tillämpas när projekt inte kan genomföras och uppnås på egen hand. Hinder och faktorer som kan påverka samverkan är kulturella skillnader mellan organisationer, regelsystem, policys, budget, ansvarsområden, kunskapsintresse och beteenden till samverkan (ibid.).

I en litteraturoversikt sammanställde Alderwick, Hutching, Briggs & May (2021) evidensbaserade studiers resultat om effekter av samverkan mellan lokala hälso- och sjukvård och icke-sjukvårdsorganisationer, och faktorer som formar hur de fungerar. Slutsatsen tyder på att en välfungerande samverkan mellan folkhälsostategier optimerar folkhälsoarbete med kunskap och kapacitet vilket skapar möjligheter till att uppnå ett hållbart arbete och att ojämlikheter i hälsa kan minskas. En välfungerande samverkan ansågs därför vara en viktig del inom folkhälsoarbeten (ibid.). I Van den Brouckes litteraturoversikt (2017) framkom det att det krävs tydliga strukturer, riktlinjer och ledarskap, samt kunskap och god kommunikation för att uppnå en bra samverkan (ibid.).

Retrum, Chapman & Vardas (2013) genomförde en kvantitativ sekundäranalys om nätverksstrukturernas konsekvenser på samverkan inom folkhälsoarbete och om samverkansnätverkets storlek kan påverka hur bra samverkan fungerar. Studien genomfördes i USA genom databasen PARTNER. 2 486 organisationer deltog i studien och totalt 12 355 olika relationer undersöktes kring samverkan mellan organisationerna. Resultatet visade att ett för stort nätverk i samverkan kan påverka negativt i form av oenighet om arbetssätt, planering och dålig kommunikation (ibid.). I en kvalitativ fallstudie av Qui et al (2021) undersöktes samarbete och samverkan inom folkhälsomyndigheten i Kina. Data samlades in via dokumentgranskning, djupintervjuer och fokusgruppintervjuer. Deltagarna i studien var anställda inom Kinas allmänna hälso- och sjukvårdsförvaltning från olika enheter. Resultatet visade att samverkan är en viktig del inom folkhälsoarbete och vikten av en välfungerande samverkan lyftes fram för att en god folkhälsa ska uppnås (ibid.). Geary & Signoretti (2021) genomförde en fallstudie i Italien och undersökte roller av socioekonomisk förankring för att främja samverkan på arbetsplatsen. Sammanlagt 35 intervjuer genomfördes och resultatet av studien visade att organisationsstrukturen och förutsättningar har en stor påverkan på samverkan och arbetsstrukturen. Därav ansåg Geary & Signoretti att det är av vikt att ha en tydlig struktur och att diskutera möjliga hinder för att minska eventuella hinder och för att uppnå en välfungerande samverkan på arbetsplatsen (ibid.).

2.7 Kommuners roll i samverkan och folkhälsoarbete

I folkhälsoarbete är samverkan mellan kommuner, regioner och myndigheter viktigt eftersom samverkan kan ge förutsättningar till effektivitet, kunskap, och ett hållbart arbete (SKR 2021). Sveriges Kommuner och Regioner (SKR) är en organisation för alla Sveriges kommuner och

regioner och verkar för att stödja och bidra till att utveckla kommuners och regioners verksamhet. Enligt SKR ska kommunerna samverka för att tillsammans utveckla, överföra kunskapsutbyte, erfarenheter och verktyg, och förbättra kontakter, samt skapa mötesplatser (ibid.).

Kommuners ansvar i folkhälsoarbetet är att ansvara för de välfärdstjänster som påverkar hälsa under hela livet (Folkhälsomyndigheten 2022a). Välfärdstjänsterna som kommunerna har ansvar över är skola, förskola, skolhälsovård, socialtjänst, bostäder, bibliotek, räddningstjänst, och omsorg för äldre och människor med funktionsvariationer. Kommunerna har även ansvar för bland annat samhällsplanering, miljö- och hälsoskydd, kultur, fritid, och näringslivsutveckling som också är en viktiga delar av folkhälsoarbetet för att folkhälsan ska kunna stärkas (ibid.).

2.8 Region Dalarna

Region Dalarna har i uppdrag att främja hälsa och hållbar utveckling och att se till att befolkningen i Dalarna mår bra (Region Dalarna 2022). Deras arbete utgår ifrån deras vision ”Vi mår bra- i hela Dalarna” som handlar om att sträva efter att skapa goda förutsättningar och miljöer till alla invånare. En viktig del av folkhälsoarbetet handlar om att analysera folkhälsan utifrån hälsoenkäten Hälsa på lika villkor (HLV) (ibid.). HLV är en nationell folkhälsoenkät riktad till personer mellan 16–84 år som undersöker befolkningens hälsa, levnadsvanor och livsvillkor (Folkhälsomyndigheten 2022b). Enkäten genomfördes första gången år 2004 och har genomförts årligen fram till 2016, sedan dess har den genomförts vartannat år (ibid.). År 2021 genomfördes HLV enkäten en extra gång på grund av Coronapandemin och analysen av enkäten tyder på att det finns skillnader i hälsa mellan olika samhällsgrupper i Region Dalarna. Den främsta faktorn som tyder på ojämlikheter i hälsa är skillnader mellan grupper med olika utbildningsnivåer (Region Dalarna 2021). Under åren 2014, 2018 och 2021 är den självskattade hälsan förhållandevis oförändrad efter varje undersökning och ligger lägre i jämförelse med hela riket (ibid.).

Tidigare forskning har visat folkhälsoarbetets viktiga roll för en jämlik hälsa och betydelsen av samverkan för ett välfungerande och optimerat folkhälsoarbete. Därutöver har myndigheters roll och ansvar tydliggjorts och då särskilt som samverkansaktör.

Folkhälsostrategens kunskaps- och arbetsfält är bland annat att samverka i genomförande av

hälsofrämjande åtgärder. Mot denna bakgrund var det intressant att undersöka erfarenheter av samverkan mellan folkhälsostategier.

3. Syfte och frågeställningar

Syftet med denna studie var att undersöka erfarenheter av samverkan mellan folkhälsostategier i Region Dalarna och kommuner i Dalarna. Frågeställningarna var:

- hur arbetar folkhälsostategierna med samverkan?
- vilka hinder och möjligheter upplever folkhälsostategierna av samverkan mellan varandra?

4. Metod

4.1 Design

För att undersöka erfarenheter av samverkan mellan folkhälsostategier i Region Dalarna och kommuner i Dalarna har en induktiv kvalitativ studie genomförts under våren 2022. En induktiv kvalitativ design undersöker och mäter speciella förhållanden och situationer för att få en helhetsförståelse (Olsson & Sörensson 2011). Eftersom studiens syfte var att undersöka erfarenheter var en induktiv kvalitativ design mest lämplig för studien.

4.2 Urvalsmetod och undersökningsgrupp

Urvalsmetoden som valdes för studien var strategiskt urval. Det innebär att respondenterna väljs utifrån att de kan bidra med så informationsrik beskrivning av ämnet som möjligt (Patton 1990). För att ytterligare stärka urvalets informationsrikedom användes även inklusionskriterier (Olsson & Sörensson 2011). Strategiskt urval med inklusionskriterier ökar möjligheten att få svar på forskningsfrågorna så att studiens syfte uppfylls (ibid.).

Undersökningsgruppen för studien var anställda från både Region Dalarna och kommuner i Dalarna. Inklusionskriterierna för att delta i studien var: a) att arbeta på Region Dalarna eller i någon av kommunerna i Dalarna, b) inneha uppdrag inom folkhälsa och/eller hållbar utveckling, och c) haft tjänsten i minst ett år.

Minst 1 års anställningstid valdes för att möjliggöra att respondenterna har de erfarenheter som syftet avsåg (Patton 1990).

4.3 Datainsamlingsmetod

För att samla in data om erfarenheter av samverkan mellan folkhälsostategier i Region Dalarna och kommuner i Dalarna valdes semistrukturerade intervjuer som metod. Enligt Gillham (2008) ger semistrukturerade intervjuer en balans mellan struktur och flexibilitet kring frågorna och svaren och därav valdes denna typ av datainsamlingsmetod (ibid.). Intervjuerna var individuella och en intervjuguide användes med totalt 13 frågor indelade i fem olika teman: bakgrund, rollen som folkhälsostateg, samverkan, hinder och möjligheter i samverkan och avslutningsfrågor (se bilaga 1). Intervjuguiden utformades utifrån studiens syfte och frågeställningar i samråd med handledaren. Sonderingsfrågor fanns med i intervjuguiden som stöd under intervjun i syfte om respondenterna behövde utveckla sina svar. Sonderingsfrågorna var: kan du berätta mer om, kan du utveckla, skulle du kunna ge något exempel, och, hur menar du.

En pilotintervju genomfördes med en oberoende testperson som hade kännedom inom området, i syfte att pröva om intervjufrågorna var tydliga och relevanta för ämnet som studerades (Olsson & Sörensson 2011). Pilotintervjun genomfördes digitalt via kommunikationsverktygen Zoom och spelades in med röstinspelning via mobil. Detta gjordes för att testa tekniken och för att höra om ljudet fångades upp tydligt i röstinspelningen, i syfte om någon av intervjuerna skulle ske digitalt. Testpersonen informerades muntligt med information från missivbrevet och ett muntligt samtycke till pilotintervjun gavs av testpersonen. Inga justeringar gjordes i intervjuguiden efter pilotintervjun och bedömdes därför skapa förutsättningar till att studien kunde genomföras så att studiens syfte kunde uppnås.

4.4 Genomförande

För att finna lämpliga deltagare till studien gjordes en Google sökning på folkhälsostategier i Region Dalarna, även på enskilda kommuners hemsidor. För att öka chanserna att få tillräckligt många deltagare söktes även hållbarhetsstrategier i Dalarna. Totalt kontaktades 16 potentiella deltagare via email eller telefon om förfrågan att delta i studien. Av 16 förfrågade svarade fyra ja och kunde delta i studien och samtliga uppfyllde inklusionskriterierna. Alla respondenter fick tillgång till ett missivbrev (se bilaga 2) med information om studien och samtycke till studien genom email. Alla respondenter fick skriva under ett samtyckesformulär och mejla tillbaka det till författaren innan intervjun så att både författare och respondenter

hade en kopia av samtyckesformuläret med underskrift. Respondenterna bestod av både män och kvinnor. Samtliga benämns som folkhälsostrateger i denna studie även om de hade olika arbetstitlar. En av respondenterna arbetade på Region Dalarna och de andra arbetade på olika kommuner i Dalarna. Respondenternas tid i sin tjänst varierade mellan 4–22 år.

Varje respondent fick välja vart intervjun skulle ske och samtliga valde att det skulle ske digitalt. Kommunikationsverktygen som användes var Microsoft Teams och Zoom. Innan varje intervju startade välkomnades respondenten med upprepning av informationen som stod i missivbrevet och förfrågan om att röstinspela intervjun gjordes i syfte att transkribera det insamlade materialet för att sedan analysera det. Samtliga godkände röstinspelning.

Respondenterna fick tillfälle att ställa frågor innan intervjuerna började och sedan startade intervjuerna. Inga frågor av respondenterna ställdes innan intervjuerna. Respondenterna svarade fritt och öppet på frågorna under intervjuerna och författaren hade möjlighet att ställa följdfrågor så att respondenterna kunde utveckla sina svar ytterligare när det behövdes klargöras vad respondenterna menade med sina svar. Intervjuerna skedde på liknande sätt i ostörd miljö utan avbrott.

Vid två av intervjuerna krånglade uppstarten av intervjuerna men det löstes med nya länkar till kommunikationsverktygen. Alla respondenter fick svara på samma frågor i samma ordning. Intervjuerna tog mellan 22–48 minuter och genomfördes mellan veckorna 13–15.

4.5 Dataanalys

Det insamlade materialet analyserades genom en manifest kvalitativ innehållsanalys. En manifest kvalitativ innehållsanalys innebär att forskaren fokuserar på vad textens innehåll beskriver, det vill säga det som respondenterna svarat på varje fråga för att plocka ut det framträdande ur varje svar (Graneheim & Lundman 2004; Lindgren, Lundman & Graneheim 2020).

Varje intervju transkriberades ordagrant i Worddokument för att enkelt se vad respondenterna hade svarat vilket underlättade analysarbetet. Efter att alla intervjuer transkriberats lästes materialet igenom flera gånger för att få en helhetsbild av materialet. Därefter plockades meningsbärande enheter ut som svarade upp mot studiens syfte och frågeställningar. I kodningsschemat (se bilaga 3) lades meningsbärande enheter in från varje respondent.

Därefter kondenserades varje meningsbärande enhet men det innehållsrika behölls. Därpå delades dem in i koder utifrån vad varje respondent svarat. Koderna sorterades och sammanställdes slutligen in i kategorier. Respondenterna tilldelades en siffra i kodningsschemat för att särskilja varje svar vilket underlättade att urskilja citaten i resultatdelen. Analysen genomfördes två gånger för att kontrollera att det analyserande materialet återspeglade respondenternas svar och blev densamma vid den andra genomgången av analysprocessen.

5. Forskningsetiska överväganden

5.1 Etik i forskningen

Denna studie har tillämpat de fyra forskningsetiska principerna: tillförlitlighet, ärlighet, respekt och ansvar för att inte kränka, lura eller sprida personliga uppgifter från respondenterna (Vetenskapsrådet 2021). De forskningsetiska principerna tillämpades i studien genom informationskrav, samtyckeskrav, konfidentialitetskrav och nyttjandekrav som respondenterna fick ta del av innan intervjun via missivbrev som skickades ut via email (Olsson & Sörensson 2011). I missivbrevet framgick studies syfte, urvalsmetod, datainsamlingsmetod, möjliga risker och fördelar, försäkran om konfidentialitet, frivillighet, rätte att avbryta och de ansvarigas kontaktuppgifter för studien (ibid.). I samråd med handledare och genomgång av frågeformulär behövde inte studie granskas av forskningsetiska nämnden eftersom studien inte berör känslig information gällande hälsa (Högskolan i Gävle 2021).

6. Resultat

Den manifesta innehållsanalysen resulterade i fyra kategorier kopplat till studiens syfte och frågeställningar. Resultatet presenteras utifrån kategorierna: *Samverka är en del av uppdraget som folkhälsostrateg*, *Strukturen för samverkan har förändrats och vikten av samverkanskompetens*, *Samverkan är ett verktyg och ger möjlighet till kollegialt stöd i folkhälsoarbete*, och *Folkhälsoarbete och samverkan är långsiktigt och krävande*. Varje kategori presenteras och förstärks med citat från respondenterna.

6.1 Samverkan är en del av uppdraget som folkhälsostateg

Respondenterna beskrev tydligt att samverkan ingår i deras arbetsroll och att de ska samverka med andra kommuner och aktörer men samverkansrollen kan se olika ut beroende på vad samverkansprocessen avser.

”Inom hela mitt uppdrag är det ju liksom jag som har.. uppdraget att samverka med andra ja om vi nu pratar samverkan med andra kommuner och andra liksom aktörer” (R1)

”Leder och styr med hållbar utveckling i fokus.. jobba med dialoger i nämnder, dialoger med kommunala bolagsstyrelser, uppföljning med förvaltningar.. bolagsledning, producera planeringsunderlag, hållbarhetsbarometer, omvärldsanalys, ja styrning, ledning och uppföljning.. samordna och följa upp” (R3).

”Samverkan och min roll den kan se väldigt olika ut, det omvända där jag är mer passiv det är att jag ofta blir tillfrågad att sitta med i styrgrupper eller referensgrupper då jag ska företräda folkhälsoperspektivet. Och då är det ju inte jag som sammankallar” (R4)

Den samverkan som finns idag sker med de som har liknande uppdrag och samma intressenivå för samverkan. Beroende på de olika uppdragen som respondenterna har så påverkar det hur mycket de samverkar och med vilka.

”Den samverkan som jag liksom har.. naturligt idag, det är där.. det finns ett precis liknande uppdrag som jag har där man är liksom hållbarhetsstrateg, där också folkhälsa på något sätt ingår.. med dom samverkar jag, med dom kommunerna” (R1)

”Andra folkhälsostateger dom träffar jag nog mer på eget initiativ.. det finns ju såna jag pratar med och jobbar med mer än andra” (R3)

”Vi samverkar utifrån rubriksområdena så kan man säga men vi nätverkar inte direkt av oss själva. Jag vet ju.. vad dom finns och vad dom har jobbat med och vad dom kan så att oftast så kan ju jag skicka en fråga” (R4)

6.2 Strukturen för samverkan har förändrats och vikten av samverkanskompetens

Respondenterna berättade att mellan åren 2014–2019 fanns en samverkan som fungerade väl. Denna samverkansstruktur önskas återupptas för att tillsammans stärka folkhälsoarbetet.

”Den samverkan som fanns som fungerade jättebra tyckte jag den var i projektform.. Då träffades vi.. på ett formaliserat sätt och verkligen samverkade också” (R1)

”Hälften av kommunerna har vi väldigt bra samarbete, eller nätverkar med på ett bra sätt och hade väldigt intensiv period mellan 2014-2019, sen när Coronan kommit och liksom.. påverkat” (R2)

I nuläget finns det inget formellt samverkansnätverk men år 2021 antogs Dalastrategin av Region Dalarna för hur samverkan ska ske framöver mellan kommunerna och regionen. Dalastrategin lyftes fram som något positivt till att återuppta samverkan efter att främst Coronapandemin förhindrade samverkansprocesser.

”Det finns inget formellt nätverk nu men vi har ju en alldeles ny Dalastrategi” (R3)

”Den strategin är alla kommuner med på, åtminstone skrivit på, varit med och tagit fram.. det blir ett nytt incitament kan man säga för samarbete med kommunerna och även då folkhälsostrategerna i kommunerna” (R2)

Ett begrepp som respondenterna lyfte fram var samverkanskompetens och vikten av att det finns i samverkansnätverket för att samverkan ska fungera. Respondenterna berättade att samverkanskompetens innebär att en är sakkunnig, har kunskap om vad samverkan innebär, och har en medvetenhet och förståelse för andras arbetsroller, erfarenheter samt andras verksamheter.

”Man kan inte säga att nu ska vi samverka och tro att man gör det bara för att man sagt det utan det krävs vissa.. samverkanskompetens” (R2)

”Det handlar väldigt mycket om att lära känna dom man ska samverka med, förstå deras uppdrag och begränsningar och vad det är som styr deras verksamhet, lagstiftningar.. och.. hur dom ser på.. att problem ska lösas” (R2)

Det krävs även att samverkansstrukturen ska vara tydlig med arbetsuppgifter och att mål och vinster klargörs.

”Börja med att utröna inom vilka.. att kommunerna själva får liksom vara med och fundera.. tillsammans kring vilken samverkan som råder, finns det i så fall, vilka olika mål, vilka folkhälsomål har vi i våra olika kommuner, ser dom likadana ut eller ser dom olika ut och.. hur kan vi då samverka för att uppnå dom” (R1)

6.3 Samverkan är ett verktyg och ger möjlighet till kollegialt stöd i folkhälsoarbete

Respondenterna beskrev tydligt att samverkan är ett verktyg som underlättar deras arbete och gör skillnad för folkhälsoarbetet. Utan samverkan går inte deras arbetsuppgifter att genomföras utan det krävs flera aktörer som samverkar med varandra.

”Det är ju inte jag som ska göra allt jobb.. samverkan är ju det verktyg jag och vi har för att liksom skapa delaktighet och få förståelse och kunskap för arbete, underlag och så vidare” (R3)

”Så jobbar jag övergripande har jag ansvar för allt våld, våld i nära relation, mäns våld mot kvinnor, hedersrelaterat, alla liksom på strategisk nivå att jag bär dom frågorna, men jag möter ju aldrig klienter utan då måste jag samverka” (R4)

”När det fungerar bra då kan det ju verkligen göra.. mycket, mycket mer än vad någon enskild deltagare skulle kunna åstadkomma var för sig” (R1)

Respondenterna berättade att samverkan bidrar till arbetstillfredsställelse då en samverkan som fungerar underlättar och möjliggör att mål kan uppnås.

”När det fungerar väl då så bidrar det till ökad arbetstillfredsställelse hos dom som deltar. Samverkan som fungerar är sällan en börda och belastning utan det.. befriar och.. ger” (R2)

För att skapa möjligheter till att samverkansprocessen ska fungera krävs det att det finns jämlika förutsättningar, en ambition från alla, och att ödmjukhet, respekt och förståelse visas.

”Det behövs väl en.. ambition hos alla.. organisationer eller individer som är med” (R1)

”Ödmjukhet inför kunskapsfältet och intresse för samverkansparterna.. det är.. då man får den här positiva känslan av samverkan” (R2)

”Kunna skapa samverkan så måste vi vara delaktiga, vi måste möta varandra med respekt och vi måste ha kunskap om varandras områden” (R3)

”Det viktigaste är nog ändå att man har, är både ödmjuk och respektfull och tar noga reda på dom man ska samverka med, hur deras uppdrag ser ut och att jag också är tydligt med vad mitt uppdrag är eller roll så att inte det blir felaktiga förväntningar, det är nog det absolut viktigaste” (R4)

6.4 Folkhälsoarbete och samverkan är långsiktigt och krävande

Respondenterna beskrev att det är krävande att få en välfungerande samverkan då det ofta är en lång process och resultatet av samverkan kan komma att visas efter flera generationer. Det är därav viktigt att ha förståelse att samverkan är krävande, att det kan vara komplicerat och tar tid.

”Det är viktigt att ha med sig att förebyggande arbete och folkhälsa det tar generationer att vända” (R4)

”Det är inte så att allt är genomtänkt och det finns dom som vet allt.. de är ju ganska invecklat i få till det som man kallar för verkstad, det är inte så lätt och ingenting som sker av sig självt” (R2)

”Det tar tid att samverka, det tar tid att prata ihop sig och förstå vad vi jobbar med var och en” (R3)

Det framkom att det finns en förväntan från kommunerna att Regionen behöver ge mer stöd och erbjudanden. Det finns också en förväntan på kollegialt stöd mellan kommunerna. Respondenterna berättade att för att skapa intresse till samverkan behövs det finnas tydliga vinster på vad samverkan kan ge.

”Förväntan vi har på Region Dalarna och på varandra det är ju det här med det ska finnas något att vinna.. vi har nog en önskan och förhoppning om att vi ska få bli bjudna på någonting för.. en sån här funktion som jag har det har inte alla kommuner.. så att det erbjuda någon slags samordnat stöd.. från den regionala nivån” (R3)

”Vi behöver ju varandra för att ha det kollegiala och man måste ha koll på oftast är det väldigt många bollar luften samtidigt och det är tröttsamt så ibland känns det jättemotigt” (R4)

”Det är svårt att få någon belöning i jobbet och där tror jag det är viktigt, det kan regionen bidra med att man liksom får den här kanske klappen på axeln, att man befinner sig specifik situation bör uppmärksammas så får håller kollegor kollegialt stöd men också fakta stöd” (R4)

Faktorer som kan hindra och påverka samverkan är att samverkansnätverket har olika förväntningar och förutsättningar.

”I den sämsta av världar att man har felaktiga förväntningar man vet inte riktigt vad man kan” (R4)

”Samverkan är ett.. utvecklingsområde och ett kunskapsfält, det finns mycket forskning, samverkansforskning och därför måste man liksom förstå samverkans.. processen som något som kräver kunskap och att man inte tar för givet” (R2)

En annan faktor som kan hindra och påverka samverkan är otydligheter kring vilka dem kan samverka med.

”Dels så är det svårt att.. det finns inte tydligt.. vilka dom är helt enkelt. Att liksom hitta funktionerna” (R1)

Hinder kan också vara konkurrens mellan organisationer, resurser och ekonomi, en rädsla att inte pröva något nytt eller att få kritik. Även kulturer i verksamheter eller respektlöshet mellan varandra kan också vara hinder som påverkar samverkan.

”Konkurrens mellan aktörer.. vi borde ju rimligtvis vilja våra medborgares bästa liksom både regionen och kommun” (R1)

”Sen finns det ju ekonomi och ovilja och gamla kulturer” (R4)

”Också en rädsla att.. man inte vågar pröva och ompröva det här vi gör och, just att titta på det alltså den här rädslan att vi är så fast i gamla system och arbetssätt så att man inte vågar tänka nytt och göra nytt och vågar samverka” (R3)

”Ibland så möter vi inte varandra med respekt utan det blir någon slags över och underordning som kan bli ett hinder” (R3)

7. Diskussion

Syfte men denna studie var att undersöka erfarenheter av samverkan mellan folkhälsostateger i Region Dalarna och kommuner i Dalarna. Studien sökte svar på: hur arbetar folkhälsostategerna med samverkan, samt vilka hinder och möjligheter upplever folkhälsostategerna av samverkan mellan varandra. Studiens resultat fann att samverka ansågs som en del av uppdraget som folkhälsostateg, att strukturen för samverkan hade förändrats, vikten av samverkanskompetens lyftes fram, samverkan var ett verktyg och gav möjlighet till kollegialt stöd i folkhälsoarbete, och att folkhälsoarbete och samverkan ansågs vara långsiktigt och krävande.

7.1 Resultatdiskussion

Studien visade att samverkan är ett verktyg som underlättar och möjliggör att målen i folkhälsoarbeten kan uppnås. Samverkan bidrar därmed till arbetstillfredsställelse. Studien

visade att faktorer som möjliggör att samverkan fungerar väl är om det finns en jämlikhet i samverkansnätverket, att alla har samma intressenivå till samverkan, samt att det finns en medvetenhet och förståelse att samverkan tar tid. Allas arbetsuppgifter och erfarenheter måste accepteras, och det måste finnas vinster med samverkansprocessen. Det krävs också förberedelser, ödmjukhet, respekt och att alla tar sitt ansvar. Resultatet visade även att det finns en förväntan på vinst och stöd mellan kommunerna och regionen. Detta kan jämföras med forskning av Geary & Signorettis (2021) som visade att förutsättningar såsom jämlikhet, intressenivå, medvetenhet och förståelse påverkar samverkansprocessen. Deras forskning antyder också att det krävs förberedelser inför samverkan för att den ska fungera väl (ibid.). Enligt Oui et al (2021) är samverkan en viktig del inom folkhälsoarbete och att det bidrar till en god folkhälsa kan uppnås (ibid.). Både denna studie och tidigare forskning av Alderwick, Hutching, Briggs & May (2021) visar vikten av samverkan och att det underlättar och möjliggör i folkhälsoarbete (ibid.). Att samverkan bidrar till arbetstillfredsställelse är en upptäckt i studien och kan tyda på att respondenten gav sin personliga åsikt och inte svarade med underlag från tidigare forskning. Likväl att allas arbetsuppgifter och erfarenheter ska accepteras, att måste finnas vinster med samverkansprocessen, att det ska visas ödmjukhet och respekt, samt att alla ska ta sitt ansvar i samverkansprocessen är upptäckter i studien. Detta kan tyda på att respondenterna återigen delade med sig av sina egna erfarenheter och åsikter och inte svarade med underlag från tidigare forskning. Respondenterna berättade även att det fanns en förväntan på vinst och stöd mellan kommunerna och regionen och det kan återigen tyda på att personliga åsikter framkom. Ett antagande är att kommunerna önskar att regionen ska ge mer stöd och se till att alla kommuner får tillgång till en folkhälsostrateg så att samverkan i folkhälsoarbeten stärkas mellan kommunerna vilket skulle kunna resultera i att folkhälsan kan stärkas.

Enligt Axelsson & Bihari Axelsson (2007) krävs det att det finns struktur, god kommunikation, styrning och samsyn för att samverkan ska fungera. De beskriver även att hinder som kan påverka samverkan kan vara budget, regelsystem, kulturella skillnader mellan organisationer, beteenden till samverkan, otydligheter kring ansvarsområden och kunskapsintresse (ibid.). Att resurser, ekonomi och kulturer kan vara hinder som påverkar samverkan kunde också ses i denna studie. Vidare framkom det att även tid, förväntningar, förutsättningar, konkurrens, kunskap, förståelse, rädsla, kritik och otydligheter är hinder som kan påverka samverkan. Retrum, Chapman & Varda (2013) visade i sin forskning att ett för stort samverkansnätverk kan vara ett hinder då det kan skapa oenighet om arbetssätt och

planering vilket i sin tur kan leda till dålig kommunikation (ibid.). Vidare visade forskning av Geary & Signoretti (2021) att organisationsstruktur och förutsättningar har en stor påverkan på samverkan. Det krävs tydlig struktur och att möjliga hinder diskuteras för att uppnå en välfungerande samverkan (ibid.). Inget av dessa hinder framkom i denna studie och det skulle kunna bero på att de samverkansprocesser som respondenterna tidigare deltagit i har varit i mindre nätverk.

Det ingår i folkhälsostrategernas arbetsroll att de ska samverka med andra kommuner och aktörer och att den samverkan som finns idag sker med de som har samma intressenivå och liknande uppdrag. Beroende på folkhälsostrategernas uppdrag kan samverkan påverkas hur ofta och med vilka de samverkar med. Tidigare forskning av Alderwick, Hutching, Briggs & May (2021) visade att samverkan mellan folkhälsostrateger optimerar folkhälsoarbete med kunskap och kapacitet och är därav en viktig del inom folkhälsoarbeten (ibid.). Även om det ingår folkhälsostrategernas arbetsroll att samverka och att tidigare forskning visar att samverkan optimerar folkhälsoarbete, berättade respondenterna att det inte har funnits något tydligt samverkansnätverk mellan dem. Det kan tyda på att det inte har funnits en tydlig ledning och struktur från regionen hur samverkan ska ske. En annan upptäckt är att de är medvetna om vilka som arbetar med folkhälsa och/eller hållbar utveckling i kommunerna och regionen men trots det används inte samverkan i den utsträckning som det skulle kunna i folkhälsoarbetet. Ett antagande utöver att folkhälsostrategerna upplever tidsbrist och brister i ledning från regionen kan eventuella upplevelser av konkurrens eller osämja mellan kommunerna vara möjliga faktorer som påverkar samverkansnätverk.

Det fanns ett samverkansnätverk mellan kommunerna och regionen som fungerade väl, men på grund av Coronapandemin och andra omständigheter upphörde till stor del av den samverkan. Det är förståeligt att en del samverkansprocesser minskades och avtogs på grund av Coronapandemin samtidigt som tidigare forskning av exempelvis Alderwick, Hutching, Briggs & May (2021) och Oui et al (2021) tyder på att samverkan är en viktig del som optimerar folkhälsoarbeten med kunskap och kapacitet och att det krävs en välfungerande samverkan för att en god folkhälsa ska uppnås (ibid.). Mot bakgrund av denna forskning borde samverkansprocesserna som upphörde ha fortskridit. Att samverkansprocesser avtog under Coronapandemin kan antas bero på att det inte fanns något tydligt styrdokument för hur samverkan skulle kunna fortgå och utvecklas även om pandemier och andra omständigheter skulle uppstå. För att återuppta samverkansnätverket är Dalastrategin en god och möjlig väg

att gå eftersom strategin kommer fungera som ett styrdokument. Även att kommunerna och regionen öppnar upp en dialog och kommunicerar hur de skulle kunna samverka i både mindre och större nätverk. Vidare kan det tänkas att en kombination av Dalastrategin och att i framtiden anställda fler folkhälsostrategier i kommunerna, skulle kunna bidra till att fler samverkansprocesser uppfylls vilket skulle leda till att folkhälsoarbetet kan stärkas. Det skulle kunna resultera i att ojämlikheter i hälsa minskas.

Respondenterna beskrev tydligt att samverkan sker och gav exempel på olika typer av samverkansprocesser men de beskrev inte på djupet i detalj hur de samverkar med varandra. Det som framkom var att vanligen sker samverkansprocessen genom att andra kommuner eller aktörer som berörs kontaktas alternativt blir respondenten själv kontaktad av någon som anser att denne behövs i samverkansprocessen och samverkansnätverket. En möjlig förklaring till att respondenterna inte beskrev i detalj hur de samverkar med varandra kan bero på att samverkansprocesser kan ske på olika vis beroende på vilka som medverkar i ett samverkansnätverk och därav kan det vara svårt att beskriva stegvis hur samverkan sker.

7.2 Metoddiskussion

Trovärdighet, pålitlighet, bekräftelsebarhet och överförbarhet bedömer en kvalitativs studies styrka och tillförlitlighet (Tolley, Ulin, Mack, Robinson & Succop 2016).

Trovärdigheten avser författarens objektivitet vid val av studiens datainsamlingsmetod och urval (Tolley, Ulin, Mack, Robinson & Succop 2016). En del i studiens trovärdighet grundas av att designen var kvalitativ och att studien tillämpade strategiskt urval med inklusionskriterier. Eftersom studiens syfte var att undersöka erfarenheter ansågs valet av kvalitativ design mest lämplig. En kvantitativ design saknar möjlighet till en fördjupade förståelse och helhetsbild av att undersöka erfarenheter av samverkan som en kvalitativ design gav. Att urvalet endast bestod av fyra respondenter och att respondenterna hade olika arbetstitlar kan ses som svagheter men eftersom respondenterna uppfyllde inklusionskriterierna och dessutom bestod av både män och kvinnor, kan det ses som en styrka då det ger en bredare uppfattning av olika erfarenheter från båda könen. En annan styrka med studien var att alla respondenter hade långa erfarenheter av olika typer av samverkansprocesser som både fungerat bra och mindre bra. Ytterligare en styrka med studien är att det insamlade materialet samlades in via individuella semistrukturerade intervjuer.

Gillham (2008) beskriver att semistrukturerade intervjuer ger en balans mellan struktur och flexibilitet i svaren vilket gör det möjligt för respondenterna att beskriva sina erfarenheter av samverkan (ibid.). Varje respondent kunde tolka frågorna fritt och svara öppet. Det möjliggjorde även att författaren kunde ställa sonderingsfrågor när respondenterna behövde utveckla sina svar.

Enligt Gillham (2008) kan intervjuer som sker på avstånd och inte personligen vid ett fysiskt möte påverka att respondenten inte känner sig bekväma såsom en fysisk intervju kan. Detta kan resultera i att respondenten inte känner sig bekväm med att dela med sig om sina erfarenheter kring ämnet som studeras (ibid.). Att intervjuerna skedde digitalt kan därför ses som en svaghet samtidigt som det underlättade att respondenterna kunde delta i studien vilket är en styrka. Dessutom kunde intervjuerna genomföras ostört i lugn miljö och såväl tekniken som relevansen på frågorna i intervjuguiden testas via pilotintervjun.

En svaghet i studien som kan ha påverkat resultatet var att två av intervjuernas uppstart hade teknikproblem vilket resulterade i att respondenterna fick avsätta mer tid till intervjun. Detta kan ha skapat en underliggande stress hos respondenterna som kan ha lett till att de kan ha tolkat frågor fel, inte hann svara utförligt eller kände att intervjun tog mer tid än vad de hade tid att ge till intervjun. Författaren anser dock inte att detta kan ha påverkat studiens resultat. En annan svaghet som kan ha påverkat studiens resultat är att respondenterna inte beskrev i detalj hur de samverkar utan bara beskrev när de tillämpar samverkan. Författaren hade kunnat formulerat om fråga fem i intervjuguiden under studiens gång så att resterande respondenter hade kunnat beskriva mer i detalj hur samverkansprocesser sker stegvis och inte bara förklara när samverkan används. Åt andra sidan blev forskningsfrågorna besvarade vilket tyder på att intervjuguiden var lämplig och att respondenternas svar kunde besvara forskningsfrågan. Ytterligare en svaghet var att författaren upplevde att det var svårt att få tillräckligt många deltagare till studien och det skulle kunna berott på tidsbrist hos folkhälsostategerna och det inte finns många folkhälsostateger i Region Dalarna och kommunerna i Dalarna. Hade möjligheten funnits att genomföra en större studie som undersökte flera regioner eller kommuner, eller en större region än Region Dalarna skulle studien kunna breddats och urvalet blivit större vilket skulle kunna ha gett en ännu större trovärdighet av resultatet.

Pålitligheten avser att forskaren antar ett granskande synsätt gällande att forskningen tydliggörs och att hela forskningsprocessen redogörs (Tolley, Ulin, Mack, Robinson & Succop 2016). Studiens pålitlighet stärks genom att frågeställningarna var utformade för att svara mot studiens syfte. Pålitligheten stärks också av att intervjuguiden grundade sig för att svara mot studiens syfte och att intervjuguiden utformades i samråd tillsammans med handledaren. Studiens pålitlighet stärks även av att exempel ur kodningsschemat redogörs så att läsaren själv får bedöma analysens pålitlighet.

Bekräftelsebarheten bedömer graden av hur väl forskares förhållningssätt anses vara (Granheim & Lundman 2004). Studiens bekräftelsebarhet stärks genom att intervjuerna planerades med god tidsmarginal så att respondenterna hade utrymme att fundera över sina svar och även för att kunna utveckla sina svar. Bekräftelsebarheten stärks även genom att det insamlade material lästes om flera gånger och att analysen genomfördes två gånger för att dementera att det analyserande materialet återspeglade respondenternas svar och blev densamma vid den andra genomgången av analysprocessen. Vidare stärks studiens bekräftelsebarhet genom att intervjuguiden, ljudinspelningarna, transkriberingar och analysen sparades under hela studiens gång.

Överförbarheten innebär att det ska vara möjligt att överföra studien till en annan kontext (Tolley, Ulin, Mack, Robinson & Succop 2016). Genom att utförligt presentera studiens tillvägagångssätt i metodgenomförande, analysprocess, visa citat i resultatet och tillgängliggöra exempel från intervjuguiden, missivbrevet och kodningsschemat ökar studiens överförbarhet.

Studiens syfte ändrades under studiens gång eftersom urvalet bestod av anställda från både Region Dalarna och kommuner i Dalarna. Syftet ändrades från: undersöka erfarenheter mellan folkhälsostrategier i Region Dalarna, till: undersöka erfarenheter mellan folkhälsostrategier i Region Dalarna och kommunerna i Dalarna. Även frågeställningen: hur arbetar Region Dalarna med samverkan, ändrades till: hur arbetar folkhälsostrategerna med samverkan. Frågeställningen ändrades också på grund av att urvalet bestod av anställda från både Region Dalarna och kommuner i Dalarna. Att undersöka hur folkhälsostrategerna arbetar med samverkan och inte enbart hur Region Dalarna arbetar med samverkan var mer väsentligt att undersöka utifrån studiens syfte.

Det behövs vidare forskning kring samverkan eftersom urvalet endast bestod av fyra respondenter. Förslag till framtida forskning är att specificera urvalet till endast respondenter med arbetstitel som folkhälsostreter, öka antalet deltagare eller alternativt undersöka flera regioner eller kommuner, eller en större region än Region Dalarna för att bredda urvalet, och undersöka hur samverkansstrukturer skulle kunna utvecklas.

8. Slutsats

Folkhälsostreternas erfarenheter av samverkan mellan varandra tyder på att samverkan är ett viktigt verktyg som ingår i folkhälsostreternas arbetsuppdrag. Det måste finnas förståelse och respekt att samverkan är en lång process som är tidskrävande och att alla har olika arbetsuppdrag och erfarenheter. Det krävs att det finns tydliga mål och strukturer för samverkan, och att det visas intresse och ödmjukhet inför samverkan och varandra. Samverkan ger även möjlighet till kollegialt stöd vilket underlättar och möjliggör att folkhälsoarbete kan genomföras och uppnås så att folkhälsan kan stärkas.

9. Referenslista

Akademikersförbund SSR (2020). *Folkhälsovetare*, juli.
<https://akademssr.se/sites/default/files/files/F%2020.pdf>

Alderwick, H., Hutchings, A., Briggs, A. & Mays, N. (2021). The impacts of collaboration between local health care and non-health care organizations and factors shaping how they work: a systematic review of reviews. *BMC Public Health*, 21(1). Doi:10.1186/s12889-021-10630-1

Axelsson, R. & Bihari Axelsson, S. (2007). *Folkhälsa i samverkan: mellan professioner, organisationer och samhällssektorer*. Stockholm: Studentlitteratur

Bonita, R., Beaglehole, R. & Kjellström, T. (2010). *Grundläggande epidemiologi*. Lund: Studentlitteratur.

Dahlgren, G. & Whitehead, M. (2021). The Dahlgren-Whitehead model of health determinants: 30 years on and still chasing rainbows. *Public health; Vol. 199*, pp. 20–24. Doi: 10.1016/j.puhe.2021.08.009

Folkhälsomyndigheten (2020). *På väg mot en god och jämlik hälsa. Stödstruktur för det statliga folkhälsoarbetet*. Stockholm: Folkhälsomyndigheten.
<https://www.folkhalsomyndigheten.se/contentassets/bd19f6bb308043ed9da8dfffcb3a5e67/stodstruktur-god-jamlik-halsa.pdf>

Folkhälsomyndigheten (2022a). *Vem gör vad?* <https://www.folkhalsomyndigheten.se/en-god-och-jamlik-halsa-pa-alla-nivaer/tema-folkhalsa/vem-gor-vad/> [2022-04-10]

Folkhälsomyndigheten (2022b). *Fakta om nationella folkhälsoenkäten 2021*.
<https://www.folkhalsomyndigheten.se/folkhalsorapportering-statistik/om-vara-datainsamlingar/nationella-folkhalsoenkaten/fakta-om-nationella-folkhalsoenkaten/> [2022-04-04]

Geary, J. & Signoretti, A. (2021). The role of socio-economic embeddedness in promoting cooperation in the workplace: Evidence from family-owned Italian firms. *Economic and industrial democracy*, sep 6, 24p. Doi:10.1177/0143831X211039012

Gillham, B. (2008). *Forskningsintervjun- tekniker och genomförande*. Lund: Studentlitteratur.

Graneheim, U.H. & Lundman, B. (2004). Qualitative content analysis in nursing research: concepts, procedures, and measures to achieve trustworthiness. *In Nurse Education Today* 2004 24(2):105-112. Doi: 10.1016/j.nedt.2003.10.001

Hutchinson, E. & Kovats, S. (2016). *Environment, health, and sustainable development*. London: Open University Press.

Högskolan i Gävle (2021). *Forskningsetiska rådet*.
<https://www.hig.se/Ext/Sv/Forskning/God-forskningssetik-och-forskningsetik/Forskningsetiska-radet.html> [2022-02-23]

Lindgren, B-M., Lundman, B. & Graneheim, U.H. (2020). Abstraction and interpretation during the qualitative content analysis process. *International Journal of Nursing Studies* 108. Doi: 10.1016/j.ijnurstu.2020.103632

Marcuta, A., Simionescu, A., Tindeche, C. & Marcuta, L. (2018). Relationship between sustainable development and public health. Case study Romania. *Scientific Papers: Vol. 18, 3, p251-259, 9p.*

Olsson, H. & Sörensson, S. (2011). *Forskningsprocessen: Kvalitativa och kvantitativa perspektiv*. Stockholm: Liber.

Patton, M. (1990). *Qualitative evaluation and research methods (pp.169-186)*. Beverly Hills, CA: Sage.

Pedersen, P.V., Hjelmer, U., Høybye, M.T. & Rod, M.H. (2017). Can Inequality be tamed through boundary work? A qualitative study of health promotion aimed at reducing health

inequalities. *Social Science & Medicine*, 185:1-8. Doi: 10.1016/j.socscimed.2017.05.025

Pellmer Wramner, K., Wramner, H. & Wramner, B. (2017). *Grundläggande folkhälsovetenskap*. Stockholm: Liber.

Qiu, W., Chu, C., Wang, K., Meng, Y., Yang, Y. & Mao, A. (2021). Collaboration and Cooperation of Public Health Service Management in China. *Disaster medicine and public health preparedness*; APR 2021, 15 2, p191-p197, 7p. Doi: 10.1017/dmp.2019.142

Regeringskansliet (2017a). *Så arbetar Regeringen*. <https://www.regeringen.se/sa-styrs-sverige/sa-arbetar-regeringen-och-regeringskansliet/sa-arbetar-regeringen/> [2022-04-06]

Regeringskansliet (2017b). *God och jämlik hälsa- en utvecklad folkhälsopolitik*. (Regeringens proposition 2017/18:249). Stockholm: Regeringskansliet

Region Dalarnas (2022). *Folkhälsa*. <https://www.regiondalarna.se/om-regionen/hallbar-utveckling/social-hallbarhet/folkhalsa/> [2022-04-14]

Region Dalarna (2021). *Hälsa på lika villkor Dalarna* (Rapport 2021). Falun: Region Dalarna.

<https://app.powerbi.com/view?r=eyJrIjoiOWY4YWJiYmQtOTIiNy00NGRILTkwZjMtYjIwNjFjMWI2NzMwIiwidCI6IjRhZTg5ZmEzLWFKYjktNGY5OS1iOGQ4LTQ0Mzc3ZDQ0ZWE4YSIsImMiOjh9>

Retrum, J. H., Chapman Carrie. L. & Varda, D. M. (2013). Implications of network structure on public health collaboratives. *Health Education & Behavior*. 40:13S-23S. Doi: 10.1177/1090198113492759

Rwafa- Ponela, T., Goudge, J. & Christofides, N. (2021). Organizational structure and human agency within the South African health system: a qualitative case study of health promotion. *Health Policy & Planning. Supplement, Vol. 36, pi46-i58. 13p*. Doi: 10.1093/heapol/czab086

Salas- Zapata, W.A & Ortiz-Muñoz, S.M. (2019). Analysis of meanings of the concept of sustainability. *Sustainable Development*. 27(1):153-161. Doi: 10.1002/sd.1885

Seke, K., Petrovic, N., Jeremic, V., Martic, M., Vukmirovic, J. & Kilibarda, B. (2013). Sustainable development and public health: Rating European countries. *BMC Public Health*, 13 (1). Doi: 10.1186/1471-2458-13-77

SKR (2021). *Nätverk och samarbete*.

<https://skr.se/skr/halsasjukvard/utvecklingavverksamhet/folkhalsa/natverkochsamarbeten.634.html> [2022-04-10]

Spencer, G., Corbin, J.H. & Miedema, E. (2019). Sustainable development goals for health promotion: a critical frame analysis. *Health promotion international*, 34 (4), p847-p858m 12p. Doi: 10.1093/heapro/day036

Statens offentliga utredningar (2017). *Nästa steg på vägen mot en mer jämlik hälsa. Slutbetänkande av Kommissionen för jämlik hälsa*. (SOU 2017:47). Stockholm: Statens offentliga utredningar.

Tolley, E-E., Ulin, P-R., Mack, N., Robinson, E-T. & Succop, S-M. (2016). *Qualitative methods in public health: a field guide for applied research*. USA: Jossey Boss

Van den Broucke, S. (2017). Strengthening public health capacity through, a health promotion lens. *Health promotion international*, 32 (5), p763-767. Doi: 10.1093/heapro/dax064

Vetenskapsrådet (2021). *Etik i forskningen*. <https://www.vr.se/uppdrag/etik/etik-i-forskningen.html> [2022-02-23]

WCED (1987). *Our common future*. Bruntland: FN.

<https://sustainabledevelopment.un.org/content/documents/5987our-common-future.pdf>

Whitehead, M. & Dahlgren, G. (1991). What can be done about inequalities in health? *The Lancet*, 338(8774):1059-1063. Doi: 10.1016/0140-6736(91)91911-D

WHO (1986). Ottawa Charter for health Promotion. *Health Promotion*. 1 (4): iii-v. Doi: 10.2307/45153828

Bilaga 1 Intervjuguide

Bakgrund

1. Vart arbetar du?
2. Hur länge har du haft din tjänst?

Rollen som folkhälsstrateg

3. Kan du beskriva ditt uppdrag?
4. Vilken roll har du gällande samverkan?
5. Berätta, hur samverkar du med andra folkhälsstrateger i Region Dalarna?

Samverkan

6. Berätta, vad innebär samverkan för dig?
7. Berätta vad du uppfattar är viktigast för att samverkan ska fungera?
8. Vad bidrar samverkan till enligt dig?

Hinder och möjligheter i samverkan

9. Kan du beskriva eventuella hinder i samverkan?
10. Upplever du att samverkan möjliggör ditt arbete? Beskriv hur.
11. Hur skulle Region Dalarna arbeta för att utveckla samverkan mellan folkhälsstrateger?

Avslutningsfrågor

12. Är det något ytterligare du vill tillägga?
13. Om jag skulle komma på något i efterhand, kan jag kontakta dig då?

Sonderingsfrågor

Kan du berätta mer om...

Kan du utveckla...

Skulle du kunna ge något exempel...

Hur menar du...

Bilaga 2 Missivbrev



Förfrågan om att delta i en studie om Erfarenheter av samverkan mellan folkhälsostrategier i Region Dalarna.

Jag heter Maja Wenngren och läser mitt tredje år på utbildningen Folkhälsostrateg för hållbar utveckling på Högskolan i Gävle. Jag håller på att skriva mitt examensarbete och kommer att genomföra en studie för att undersöka erfarenheter av samverkan mellan folkhälsostrategier i Region Dalarna.

Folkhälsostrategier har en viktig roll inom folkhälsoarbete då dem har en bred kunskap gällande folkhälsa och hållbar utveckling. För att optimera folkhälsoarbeten krävs det välfungerande samverkan mellan strategier då det ger ökad kapacitet till att arbetet blir hållbart och folkhälsan stärks. Syftet med studien är att undersöka erfarenheter av samverkan mellan folkhälsostrategier i Region Dalarna.

Studien kommer att genomföras med hjälp av intervjuer och vänder sig till anställda på Region Dalarna eller anställda i någon av kommunerna i Dalarna. Inklusionskriterierna är att inneha uppdrag inom folkhälsa och/eller hållbar utveckling, och haft tjänsten i minst 1 år.

Intervjun kommer att beröra dina erfarenheter av samverkan mellan folkhälsostrategier i Region Dalarna. Intervjun beräknas ta max 60 minuter och det är viktigt att intervjun sker i ostörd miljö, på en tid och plats enligt överenskommelse. Intervjun kommer att spelas in för att analyseras och skriva fram ett resultat i examensarbetet.

Den information som du lämnar kommer att behandlas säkert och förvaras säkert så att ingen obehörig kommer att få ta del av den. Redovisningen av resultatet kommer att ske så att ingen individ kan identifieras. Resultatet kommer att presenteras i form av en muntlig presentation till andra studerande på utbildningen i form av ett examensarbete. När examensarbetet är färdigt och godkänt kommer studien att publiceras i databasen Diva. Inspelningarna och den utskrivna texten kommer att förstöras när examensarbetet är godkänt. Du kommer ha möjlighet att ta del av examensarbetet genom att få en kopia av

arbetet. Deltagandet är helt frivilligt och du kan när som helst avbryta din medverkan utan närmare motivering.

Jag frågar härmed om du vill delta i denna studie.

Ansvariga för studien är student Maja Wenngren och handledare Anna-Karin Enhol Näslund. Har du frågor om studien är du välkommen att höra av dig till student:

Maja Wenngren

Mail: maja.wenngren@icloud.com

Telefon: 076 11 88 368

Handledare

Anna-Karin Enhol Näslund

Mail: anna-karin.enhol.naslund@hig.se

Telefon: 026-64 81 04



Akademien för hälsa och arbetsliv

Samtyckesformulär

Samtycke till att delta i studien

Jag har fått muntlig och skriftlig information om studiens syfte och upplägg och har haft möjlighet att ställa frågor. Jag får behålla en kopia av detta samtyckesformulär.

Jag samtycker till att:

- delta i studien Erfarenheter av samverkan mellan folkhälsostratger i Region Dalarna.
- deltagandet är frivilligt och kan när som helst avbrytas
- uppgifter om mig behandlas på det sätt som beskrivs i informationsbrevet
- följande personuppgifter samlas in: namn och telefonnummer
- personuppgifter kommer att användas till att bibehålla kontakt under studiens genomförande
- de insamlade uppgifterna kommer att bevaras tills att uppsatsen är godkänd

Ort och datum:.....

Underskrift:.....

Ansvarig student för intervjun

Ort och datum:.....

Underskrift:.....

Bilaga 3 Kodningsschema

Exempel ur kodningsschemat.

Hur arbetar Region Dalarna med samverkan?	Respondent	Meningsbärande enheter	Kondenserade enheter	Koder	Kategorier
	R1	”Inom hela mitt uppdrag är det ju liksom jag som har.. uppdraget att samverka med andra ja om vi nu pratar samverkan med andra kommuner och andra liksom aktörer”	Uppdrag att samverka med andra kommuner och andra aktörer	Samverkansuppdrag	Samverkan är en del av uppdraget som folkhälsostrateg
	R3	”Leder och styr med hållbar utveckling i fokus.. jobba med dialoger i nämnder, dialoger med kommunala bolagsstyrelser, uppföljning med förvaltningar.. bolagsledning, producera planeringsunderlag, hållbarhetsbarometer, omvärldsanalys, ja styrning, ledning och uppföljning.. samordna och följa upp”	Styrning, ledning och uppföljning, samordna och följa upp	Tydligt uppdrag	
	R4	”Vi samverkar utifrån rubriksområdena så kan man säga men vi nätverkar	Nätverkar inte av oss själva	Ingen tydlig samverkan	

		inte direkt av oss själva. Jag vet ju.. vad dom finns och vad dom har jobbat med och vad dom kan så att oftast så kan ju jag skicka en fråga”			
	R1	”Den samverkan som fanns som fungerade jättebra tyckte jag den var i projektform.. Då träffades vi.. på ett formaliserat sätt och verkligen samverkade också”	Samverkan som fungerade var i projektform på ett formaliserat sätt	Tidigare samverkan	Strukturen för samverkan har förändrats och vikten av samverkanskompetens
	R2	”Samverkanskompetensen är en förutsättning för att.. kunna lösa uppgifterna eftersom.. samverkansinslaget är ofta stor i mitt arbete”	Samverkanskompetens är en förutsättning för att lösa uppgifter	Samverkanskompetens	
	R2	”Hälften av kommunerna har vi väldigt bra samarbete, eller nätverkar med på ett bra sätt och hade väldigt intensiv period mellan 2014-2019, sen när Coronan kommit och liksom.. påverkat”	Hälften av kommunerna hade vi väldigt bra samarbete mellan 2014-2019, Coronan påverkat	Tidigare samverkan fungerade	
	R1	” Idag är det väldigt begränsat, nästan obefintligt skulle jag säga.. samverkan kring	Väldigt begränsat, nästan obefintligt samverkan	Begränsad samverkan	Folkhälsoarbete och samverkan är långsiktigt och krävande

		just folkhälsa för min del”	kring folkhälsa för min del		
	R4	”Det är viktigt att ha med sig att förebyggande arbete och folkhälsa det tar generationer att vända”	Förebyggande arbete och folkhälsa tar generationer att vända	Lång process	
	R2	”Tillsammans med kommunerna.. ta fram underlag och stödja i utveckling i metodutveckling och sånt för lokala arbetet”	Ta fram underlag och stödja i utveckling för lokala arbetet	Strukturera samverkan	
	R1	” Ingen av oss har i liksom grunduppdrag att sitta och författa dom här dokumenten men vi gör det för att vi ser att vi når jättestora resultat, jättemycket lättare än vad vi skulle göra var för sig om vi satt och stångades med att försöka få våra upphandlingar att styra bättre”	Jättestora resultat jättemycket lättare än vad var för sig	Samverkan underlättar	Samverkan är ett verktyg och ger möjlighet till kollegialt stöd i folkhälsoarbet e
	R3	”Det möjliggör.. det är ju som sagt det verktyg vi har”	Det möjliggör	Möjliggör	
	R4	”Jag jobbar ju så gott som hela tiden i samverkan annars blir det ingenting. Det är jättesvårt att göra någonting själv på strategisk	Jättesvårt själv så jag behöver verksamheter	Samverkan underlättar	

		nivå så jag behöver ju verksamheter”			
--	--	--	--	--	--