Att främja jämlikhet i hälsa

Avslutande utvärdering av projektet Jämlikhet i hälsa i Nynäshamns kommun

Karolinska Institutets folkhälsoakademi

2009:20

På uppdrag av
Stockholms läns landsting

Karolinska Institutet

Karolinska Institutets folkhälsoakademi (KFA) etablerades den 1 januari 2009 i samband med att Stockholms läns landstings Centrum för folkhälsa gick över till Karolinska Institutet (KI).

KFA bedriver folkhälsovetenskaplig forskning och utbildning samt strategiskt och praktiskt folkhälsoarbete på regional och nationell nivå. En grundtanke är att praktik och teori ska stimulera varandra och ge synergieffekter, till nytta för vården och befolkningen. KFA ska vara en plattform för utveckling av metoder och redskap samt för en bred implementering av åtgärder för att förbättra befolkningens hälsa.

Målet är att vara ett regionalt, nationellt och internationellt kunskapsnav som förstärker de folkhälsovetenskapliga inslagen i medicinsk utbildning och forskning samt i det strategiska och praktiska folkhälsoarbetet. Visionen är att ha en sådan ämnesmässig bredd och kvalitet att KFA räknas till en av de främsta folkhälsoakademierna i världen.

KFA:s långsiktiga arbete leds av styrelse och en föreståndare som samordnar, stimulerar och utvecklar folkhälsovetenskapen vid KI, i samverkan med KI:s övriga beslutande organ. Stockholms läns landsting beställer stora delar av sitt folkhälsoarbete från Karolinska Institutets folkhälsoakademi.

Författare: Ann-Sofie Bakshi och Miriam Eliasson
Institutionen för folkhälsovetenskap

ISBN 978-91-86313-20-3

Omslagsbild: *Bröllopsdans i det fria* av Pieter Brueghel d.y.

Karolinska Institutets folkhälsoakademi
171 77 Solna

E-post: info@kfa.ki.se
Telefon: 08-524 800 00
www.ki.se/kfa

Rapporten kan beställas/laddas ner från
Folkhälsoguiden, www.folkhalsoguiden.se

Förord

Många aktörer behövs för att göra hälsan mer jämlik – och ge alla jämlika förutsättningar till ett så hälsosamt liv som möjligt. Projektet ”Jämlikhet i hälsa” har studerat vad som kan göras lokalt. Kommunernas och de lokala beslutens roll är central för att alla invånare ska omfattas, även de som inte söker eller behöver vården.

Betydelsen av den interna förankringen och samverkan också inom en kommun och mellan förvaltningar understryks. Allra viktigast är att involvera medborgarna själva, för att nå framgång i det svåra och i mångt och mycket oprövade arbetet med jämlikhet i hälsa.

Birgitta Rydberg
Landstingsråd (FP), sjukvård och folkhälsa

Sammanfattning

Projektet *Jämlikhet i hälsa* initierades år 2005 av Centrum för folkhälsa (CFF) i syfte att utveckla olika metoder för att främja ökad jämlikhet i hälsa i Nynäshamns kommun. En första delstudie utvärderade projektet från starten fram till och med år 2007. Denna rapport utgör den avslutande utvärderingen av projektet. Utvärderingen studerar hur man inom projektet arbetat med att utveckla delaktighetsstrategier, samverkansprocesser och kommunikationsstrukturer för att främja jämlik hälsa i Nynäshamns kommun.

Analysmaterialet bygger på intervjuer med sexton personer som varit involverade i projektet *Jämlikhet i hälsa* och/eller folkhälsoarbetet i Nynäshamns kommun och omfattar politiker, förvaltningschefer, folkhälsoarbetare och projektets koordinator. Intervjuerna var ca 1-1 1/2 timme långa och genomfördes under projektets sista skede våren 2009. De har analyserats med kvalitativ metod, vilket genererat följande sex kategorier:

- Samverkan
- Delaktighet
- Kommunikation
- Jämlikhet i hälsa
- Systematisering av folkhälsoarbetet
- Jämlikhetsverktyget

Analysen visar att samverkan har ökat betydligt inom kommunförvaltningen – framför allt genom att man nu i mycket större omfattning än för att par år sedan arbetar över förvaltningsgränserna. Det framstår dock som att det är kommunen själv som genererat denna ökade samverkan genom sin folkhälsosatsning, snarare än att projektet *Jämlikhet i hälsa* bidragit i någon större utsträckning.

Den tidigare utvärderingen pekade på att kommunen behövde göra invånarna och målgrupperna för folkhälsosatsningarna mer delaktiga, för att öka kunskapen om deras behov så att resurser kan riktas mer effektivt. Analysen visar att detta behov kvarstår, bland annat nämner några intervjuade att statistiskt underlag inte räcker för att utforma insatser som verkligen når målgrupperna. Vad gäller delaktigheten för medarbetarna upplever några av tjänstemännen att det finns goda möjligheter att uttrycka sina åsikter om kommunens verksamhet och det pågår ett arbete för att skapa och vidmakthålla forum för medarbetardiskussioner. Däremot framför flera av tjänstemännen att de inte känner sig delaktiga på så sätt att de har möjlighet att påverka i den beslutsfattande processen. Till stora delar skapas och vidmakthålls delaktighet genom kommunikation. Kommunikationen i kommunförvaltningen följer i stort den hierarkiska strukturen – ju högre upp i hierarkin, desto tydligare hörs budskapen. Längre ned i hierarkin däremot, är det tystare. De kommunikativa strategierna behöver utvecklas för att öka tydlighet och effektivitet. Analysen visar att det inte är budskapen i sig som är otydliga, det är kanalerna som inte fungerar, och kommunen behöver titta närmare på i vilka led det brister. Man har dock börjat arbeta med att bryta upp de hierarkiska strukturerna genom att påbörja en process mot ökad delaktighet.

Olika åtgärder för att systematisera folkhälsoarbetet har genomförts under den tid som projektet bedrivits. *Jämlikhetsverktyget* utvecklades av CFF för att vara ett stöd i att använda ett jämlikhetsperspektiv i folkhälsoarbetet. Den praktiska implementeringen av verktyget hade inte kommit igång i någon större utsträckning då intervjuerna utfördes. Ett par hinder i implementeringen

av *Jämlikhetsverktyget* har identifierats i materialet – dels är verktyget inte ordentligt förankrat i verksamheten, dels är verktyget i sin nuvarande form för komplext och inte tillräckligt verksamhetsanpassat. Att implementeringen inte hunnit landa i organisationen kan ha ett samband med projektets omfattning och ambition. Fokus har på grund av den stora omfattningen blivit otydligt och svårt att förmedla. Samtidigt ska också framhållas att jämlikhet i hälsa är en svår fråga att arbeta med praktiskt och därutöver finns det inte mycket gjort tidigare på området, varför *Jämlikhet i hälsas* prövande karaktär kan ha varit nödvändig.

Innehållsförteckning

Förord ... 1
Sammanfattning ... 2
Inledning ... 5
Bakgrund ... 6
  Initierandet av projektet Jämlikhet i hälsa ... 6
  Nynäshamns kommunorganisation ... 7
  Folkhälsosatsningen i Nynäshamns kommun ... 8
  Jämlikhet i hälsas projektorganisation ... 9
  Projektet Jämlikhet i hälsa i Nynäshamns kommun ... 9
  Förmedling av verktyg för systematisering av folkhälsoarbetet ... 10
    Jämlikhetsverktyget och Checklista för jämlikhet i hälsa ... 10
    Förmedling av Jämlikhetsverktyget och Checklista för jämlikhet ... 11
    Processbeskrivningsmallen ... 11
    Utvärderingsstödsmallen ... 12
  Konsultativt stöd i kommunens folkhälsoarbete ... 12
  Kunskapsförmedling av hälsofrämjande teori och metod ... 13
  Föregående utvärdering av projektet Jämlikhet i hälsa ... 13
Syfte ... 15
Material och metod ... 16
Resultat ... 17
  Samverkan ... 17
    Samverkan mellan politiker ... 17
    Samverkan mellan politiker och tjänstemän ... 18
    Samverkan mellan tjänstemän ... 18
    Samverkan mellan kommunen och CFF ... 19
    Samverkan mellan kommunen och primärvården ... 19
  Delaktighet ... 20
    Delaktighet för målgrupperna/kommunens invånare ... 20
    Delaktighet för kommunförvaltningens medarbetare ... 21
  Kommunikation ... 23
  Jämlikhet i hälsa ... 24
  Systematisering av folkhälsoarbetet ... 26
    Projektorganisation ... 26
    Ansökningsförfarande till folkhälsoprojekt ... 29
    Utvärdering av folkhälsoprojekt ... 31
  Jämlikhetsverktyget ... 33
Diskussion ... 37
  Samverkan ... 37
  Delaktighet ... 37
  Kommunikation ... 39
  Jämlikhet i hälsa ... 39
  Systematisering av folkhälsoarbetet ... 40
  Jämlikhetsverktyget ... 41
Avslutning ... 43
Referenser ... 44

Inledning

Projektet *Jämlikhet i hälsa* initierades år 2005 av Centrum för folkhälsa (CFF), Stockholms läns landsting, i syfte att utveckla olika metoder för att främja ökad jämlikhet i hälsa. Studier som gjorts inom folkhälsoområdet har gett ökade kunskaper om hälsans bestämningsfaktorer[1] och om metoder för att förbättra hälsoläget i befolkningen[2]. Kunskaper om effektiva arbetsmetoder ökar såväl inom som utanför sjukvården, t.ex. stads- och samhällsplaneringens betydelse för hälsans bestämningsfaktorer (möjligheter till fysisk aktivitet, social kontakt, trygghet m.m.). I Sverige har få interventioner riktat sig till socialt utsatta områden och samtidigt fokuserat på flera olika bestämningsfaktorer och nationella målområden för hälsa. Dessutom har det visat sig vara svårt både att sprida hälsofrämjande och förebyggande metoder och att integrera dem i ordinarie verksamheter i samhället (3S-utredningen, 2004). Det är tydligt att det behövs mer kunskap om vilka förutsättningar och faktorer som på bästa sätt påverkar implementering och vidmakthållande av olika hälsofrämjande och sjukdomsförebyggande metoder. Därför beslöt CFF att genomföra *Jämlikhet i hälsa*, i syfte att utveckla olika metoder för att främja en ökad jämlikhet i hälsa i någon eller några utvalda kommuner i Stockholms län. *Jämlikhet i hälsa* har till största delen finansierats med medel ur Stockholms läns landstings folkhälsoanslag.

För att följa upp *Jämlikhet i hälsa* beslutades att en utvärdering skulle genomföras. En första delutvärdering genomfördes 2008, som täcker tiden från det projektet startade 2005 fram till 2007. Denna avslutande utvärdering omfattar hela projekttiden, och fokuserar både på folkhälsosatsningen i Nynäshamn och på vad CFF fört in i folkhälsosatsningen.

[1] Hälsans bestämningsfaktorer är en modell som visar att hälsa påverkas av både psykiska, fysiska och social risk- och friskfaktorer, liksom av arv, miljö, samhälls- och socioekonomiska faktorer påverkar hälsan (Pellmer & Wramner, 2007)

[2] För närmare beskrivning, se ansökan till Folkhälsoanslaget år 2005 för projektet ”Jämlikhet i hälsa /projektnr LS 0408-1602

Bakgrund

Initierandet av projektet Jämlikhet i hälsa

Januari - augusti 2005 ägnades åt förprojektering för att finna lämplig kommun eller kommundel att förlägga projektet i. De kriterier som förprojekteringen utgick från var att kommunens eller kommundelens invånarantal inte skulle överstiga 30 000 invånare, man skulle vara beredd att arbeta långsiktigt samt avdela personella och ekonomiska resurser till projektet, invånarna skulle till övervägande del bo och arbeta i kommunen (dvs. ingen ”sovstad”), det skulle finnas flera större arbetsgivare på orten, samt ha lägre värden än genomsnittet i länet vad gäller hälsosituation och socioekonomiska förhållanden.

I de olika kommuner som vid en statistisk genomgång visade sig lämpliga, undersöktes förutsättningarna för projektet, bland annat gällande engagemang för och organisation av folkhälsofrämjande arbete både inom privat och offentlig sektor, vilja att avsätta personella och ekonomiska resurser, etc.

Vid samma tidpunkt som denna urvalsprocess pågick, kontaktades CFF av Nynäshamns kommuns kommunalråd, som var intresserad av att samarbeta med CFF inom en större folkhälsosatsning som kommunen beslutat att göra, till vilken kommunen beslutat att avsätta cirka 30 miljoner kronor mellan åren 2006 – 2008. En av de huvudsakliga anledningarna till detta var att Ericsson, en av ortens större arbetsgivare, snart skulle lägga ned sin verksamhet där. Inom kommunen var man väl medvetna om att forskning visar att arbetslöshet/otrygga arbetsförhållanden ofta leder till ökad ohälsa, och ansåg det angeläget att på ett tidigt stadium sätta in hälsofrämjande åtgärder, för att på sikt förebygga sjukdom och en ökande ojämlikhet i hälsa.

Eftersom Nynäshamn visade sämre värden än övriga länet för bland annat övervikt, rökning och alkoholbruk, samt låg under medelvärdet i länet då det gäller bland annat utbildningsnivå och socioekonomiska förhållanden (Folkhälsorapport för Stockholms län 2003; Social atlas över Stockholmsregionen, 2000), samt uppfyllde övriga kriterier (se ovan) för projektet, beslutades att projektet skulle förläggas till Nynäshamn.

Samtidigt utarbetades projektets syfte, vilket skulle vara att utveckla och utvärdera metoder för långsiktigt folkhälsoarbete utifrån deras möjlighet att främja jämlikhet i hälsa. Projektet skulle främja jämlikhet i hälsa genom att utveckla delaktighet, samverkansprocesser och kommunikationsstrategier som bidrar till att skapa och vidmakthålla hälsofrämjande strukturer.

Projektet byggde på att kommunen själv var huvudaktör vad gäller utförandet. CFF skulle under hela projekttiden bidra med följande:

- konsultativt stöd för planering och genomförande, samt handledning
- kunskapsförmedling avseende hälsofrämjande teori och metod
- förmedling av verktyg för systematiseringsarbetet

I diskussioner mellan representanter från Nynäshamns kommun och projektet *Jämlikhet i hälsa* beslutades att man inom projektet skulle arbeta med implementeringsområdena rökning och levnadsvanor, alkoholkonsumtion, psykisk ohälsa, sexualitet, samlevnad och oönskade graviditeter, övervikt och fetma samt hälsosamt åldrande. En samverkansöverenskommelse mellan CFF och

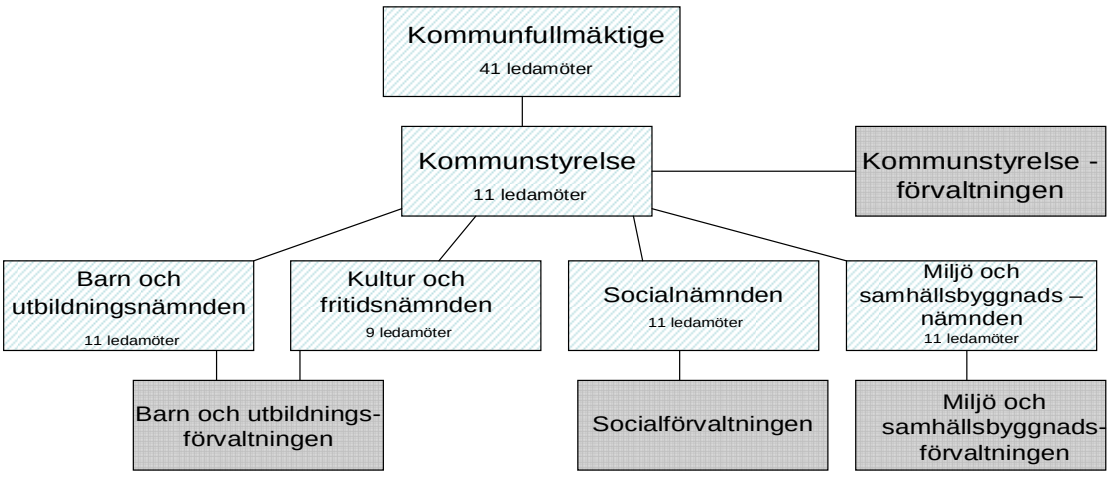
Nynäshamn utarbetades i samråd med kommunens företrädare, som skulle fungera både som ett kontrakt som reglerade de olika parternas åtaganden och som ett mer formaliserat styrmedel för projektet. I samverkan med Nynäshamn upprättades avtal för samarbete, koordinatorstjänst och utvärdering. Samtidigt presenterades och förankrades projektet samt genomfördes preliminär planering med olika aktörer, bland annat genom diskussioner med kommunstyrelsens ordförande och kommunens dåvarande hälsoplanerare, samt med primärvårdens hälsoplanerare.

Nynäshamns kommunorganisation

Nynäshamns kommun ligger i sydöstra delen av Stockholms län cirka fem mil söder om Stockholm city. Kommunen består av kommundelarna Nynäshamns tätort, Ösmo och Sorunda och har cirka 25 000 invånare. Nynäshamn var tidigare en bruksort, men kan idag beskrivas som en mindre hamn- och industristad.

Nynäshamns kommuns högsta beslutande organ är kommunfullmäktige (se figur 1). Kommunen har under hela projekttiden haft ett koalitionsstyre mellan folkpartiet och socialdemokraterna. Kommunstyrelsen är kommunfullmäktiges verkställande organ, och är organiserad i fyra nämnder. Barn- och utbildningsnämnden ansvarar för de politiska besluten som rör frågor om barn och ungdomar. Nämndens ansvarsområden omfattar verksamheten inom barnomsorg, förskola, grundskola, gymnasieskola, särskola, gymnasiesärskola, kulturskola, skolmåltider mm. Kultur- och fritidsnämnden inrättades 2007 och ansvarar för frågorna som rör kultur och fritid. Socialnämnden ansvarar bland annat för frågor om stöd och service till äldre, personer med funktionshinder, barn, ungdomar, familjer, flyktingar och invandrare samt personer med missbruksproblem. Nämnden ansvarar också för tillsyn över alkohol, tobak och öl, m.m. Miljö- och samhällsbyggnadsnämnden ansvarar bland annat för plan- och byggnadsväsende, miljö, Agenda 21, natur- och viltvård, kartor och mätverksamhet.

Som stöd för nämndernas arbete finns kommunstyrelseförvaltningen, som är en tjänstemannaorganisation. Kommunstyrelseförvaltningen är organiserad i förvaltningar som är direkt kopplade till respektive nämnd; Socialförvaltningen och Miljö och samhällsbyggnadsförvaltningen., samt Barn- och utbildningsförvaltningen som är förvaltning för både Kultur- och fritidsnämnden och Barn- och utbildningsnämnden.



Figur 1. Organisation för Nynäshamns kommun.

Folkhälsosatsningen i Nynäshamns kommun

Nämnderna Barn- och Utbildningsnämnden, Miljö- och Samhällsbyggnadsnämnden samt Socialnämnden utarbetade under hösten 2005 förslag till en folkhälsosatsning som under tre år skulle genomföras i kommunen, med en budget på 30 miljoner kronor fördelade över dessa tre år. Förslagen granskades av CFF:s enheter [3]. Återföring av granskningen skedde både skriftligt och muntligt till kommunens förvaltningschefer, samt till den politiskt sammansatta referensgruppen[4] för folkhälsa i Nynäshamns kommun.[5]

Nynäshamn beslutade att genomföra en folkhälsosatsning i kommunen med nio prioriterade folkhälsoområden och sex konkreta folkhälsomål för förvaltningarna att arbeta med inom ramen för folkhälsosatsningens budget. Målen och områdena beslutades i kommunfullmäktige på förslag från kommunstyrelsen och de ingår i kommunens övergripande och verksamhetsstyrande dokument ”Mål och budget” för åren 2006, 2007 och 2008.

Prioriterade folkhälsoområdena i Nynäshamns kommuns ”Mål och Budget” 2006-2008:

- Tillgänglighet, gång- och cykelvägar
- Drogförebyggande arbete
- Kost och matvanor
- Fördel Nynäshamn
- Bidrag till föreningar
- Personalpolitiska insatser
- Barns hälsa
- Äldres hälsa
- Hälso- och sjukvården

De sex målen för folkhälsoarbetet i kommunen:

- Halvera kostnaderna för barn- och ungdomsplaceringar
- Minska antalet aborter med 30 % bland kvinnor under 19 år
- Reducera andel höftledsfrakturer med 30 %
- Minska andelen vuxna med övervikt och fetma med 30 %
- Halvera antalet barn med övervikt respektive fetma
- Inga elever ska röka eller dricka alkohol

Varje förvaltning i Nynäshamns kommun gavs möjlighet att söka projektmedel ur den folkhälsofond på cirka 30 miljoner kronor som kommunstyrelsen förfogade över. En uttalad vilja från kommunens nämnder var att förvaltningarna skulle samarbeta över förvaltningsgränserna i de folkhälsoprojekt de sökte pengar för. Kommunstyrelsen beslutade om ett projekt skulle beviljas medel ur folkhälsofonden utifrån ansökan och tjänsteutlåtande från kommunstyrelseförvaltningens utvecklingsledare för folkhälsofrågor.

---

[3] 1 januari 2009 gick större delen av CFF över till Karolinska Institutet och blev därmed statlig verksamhet. Enheterna bestod av Alkohol och drogprevention, Psykisk hälsa, Landstinget förebygger Aids, Systematisering och utvärdering av folkhälsoarbete, Tillämpad näringslära samt Tobaksprevention.

[4] Den politiskt sammansatta referensgruppen för folkhälsa var verksam under perioden december 2005 – juni 2006. Gruppens uppdrag var att fördela kommunens folkhälsomedel samt följa upp folkhälsoarbetet. Koordinatorn deltog i referensgruppens möten.

[5] För närmare beskrivning av förslagen och kommentarer från CFF se ansökan till SLL:s Folkhälsoanslag: Årsrapport 2006 projektnr: LS 0408-1602, Bilaga 5.

Till kommunens organisation och direkt kopplade till folkhälsoarbetet hör också en utvecklingsledare för folkhälsofrågor. Tjänsten utvecklingsledare för folkhälsofrågor tillsattes år 2006, och ersatte den tidigare tjänsten folkhälsoplanerare. Samma år i april tillsattes även projektets koordinatorstjänst, som samfinansierades av SLL och Nynäshamns kommun, med huvudsaklig placering i Nynäshamn. Båda tjänsterna hörde organisatoriskt till kommunstyrelseförvaltningen.

Jämlikhet i hälsas projektorganisation

CFF:s enhet Systematisering och utvärdering av folkhälsoarbete (SUF) bar huvudansvaret för projektet *Jämlikhet i hälsa*, och projektledare, projektkoordinator och utvärderingskoordinator hörde organisatoriskt till denna enhet.

Under 2005 skapades en styrgrupp för projektet *Jämlikhet i hälsa* bestående av projektledaren, koordinatorn, utvärderingskoordinatorn samt ett urval representanter från CFF. Utöver styrgruppen bildades två arbetsgrupper, en för interventionsarbetet och en för utvärderingsarbetet. Styrgruppen som bildades under projektets första år (2005) bytte arbetsnamn till Kommunikationsgruppen under 2006, och har haft som syfte att förankra projektet vid de olika enheterna inom CFF.

Koordinatorn, som tillsattes 2006, hade till uppgift att samordna och utveckla arbetet inom *Jämlikhet i hälsa*, bland annat genom att stödja samverkan mellan olika aktörer i kommunerna, främja delaktighet bland berörda aktörer inom projektet samt agera länk mellan projektets olika aktörer och grupper. Koordinatorns uppgift var också att stötta planering av insatser, samla in dokumentation om pågående aktiviteter samt återföra utvärderingsresultat till olika aktörer i projektet. Projektledaren och koordinatorn hade under hela projektet kontinuerliga diskussioner om utvecklingen och arbetet i *Jämlikhet i hälsa*. Projektledaren hade det övergripande ansvaret för budgeten och ekonomin i projektet samt ansvaret för att rapporteringen till Folkhälsoanslaget skedde varje hel- och halvår. Projektledaren medverkade även vid viktigare möten och diskussioner.

Under projektets sista tid medverkade inte Kommunikationsgruppen vid CFF i projektet i samma utsträckning som tidigare, utan konsultativt stöd gavs främst från medarbetare inom CFF-enheten SUF. I september 2008 tog den ursprungliga koordinatorn tjänstledigt, och ersattes av en vikarierande koordinator. Dessutom slutade i oktober år 2008 projektledaren, och en ny projektledare utsågs tillsammans med två mentorer för den nya koordinatorn. Samtidigt genomgick CFF en större organisationsförändring och majoriteten av medarbetare och verksamhet flyttades över till Karolinska Institutet vid årsskiftet 2008/2009.

Projektet Jämlikhet i hälsa i Nynäshamns kommun

Jämlikhet i hälsa har haft till syfte att främja jämlikhet i hälsa genom att utveckla delaktighet, samverkansprocesser och kommunikationsstrategier som bidrar till att skapa och vidmakthålla hälsofrämjande strukturer, genom att bidra med konsultativt stöd för planering och genomförande av folkhälsoinsatser. Kunskapsförmedling avseende hälsofrämjande teori och metod samt förmedling av verktyg för systematiseringsarbetet har också ingått i projektet. I följande avsnitt presenteras exempel på de insatser som gjorts inom ramen för *Jämlikhet i hälsa* och kommunens övergripande folkhälsoarbete och specifika folkhälsosatsningar som pågått eller startats upp under projekttiden.

För att förankra projektet i Nynäshamns kommun bjöd koordinatorn i projekttidens inledningsskede in tjänstemän i kommunens förvaltningar till möten för att berätta om projektet och vad CFF kunde bidra med under projekttiden. Koordinatorn diskuterade med kommunens ledningsgrupp[6] om hur folkhälsomedlen fördelats, vilka prioriteringar som gjorts och hur kommunens folkhälsoarbete utvecklades. Diskussioner fördes även om hur kommunens övergripande verksamhet borde utformas för att fokusera på folkhälsan i framtiden.

För medverka till ökad samordning mellan *Jämlikhet i hälsa* och kommunens folkhälsoarbete bjöd koordinatorn in alla som arbetade med folkhälsa i kommunen till ett möte. På mötet fick kommunens medarbetare information om *Jämlikhet i hälsa*. Mötesdeltagarna beslutade att fortsätta träffas i en grupp vars syfte skulle vara att diskutera kommunens folkhälsoarbete, och en folkhälsogrupp bildades i kommunen som fortfarande träffas två gånger per termin. Sammankallande är kommunens utvecklingsledare för folkhälsofrågor. Vid dessa möten presenteras och diskuteras aktuella/pågående folkhälsosatsningar samt kommunens folkhälsoarbete generellt, exempelvis utvecklingen av kommunens folkhälsoprogram. De som deltar presenterar vad som händer på sina respektive förvaltningar i de folkhälsosatsningar som pågår. Folkhälsogruppen får även information om centrala folkhälsosatsningar, politiska direktiv inom folkhälsoområdet och annan aktuell information från kommunstyrelseförvaltningen och utvecklingsledaren. Informationen och diskussionerna ska de sedan föra tillbaka till sina medarbetare på respektive förvaltning.

Förmedling av verktyg för systematisering av folkhälsoarbetet

För att öka systematiseringen av kommunens folkhälsoarbete, har fyra olika verktyg introducerats: *Jämlikhetsverktyget* och *Checklista för jämlikhet i hälsa*, *Processbeskrivningsmallen*, samt *Utvärderingsstödsmallen.* Då projektet avslutades fanns verktygen för systematisering tillgängliga för kommunens medarbetare på kommunens gemensamma server.

Jämlikhetsverktyget och Checklista för jämlikhet i hälsa

Jämlikhetsverktyget och den förenklade versionen *Checklista för jämlikhet i hälsa* är verktyg för folkhälsoarbete som fokuserar på jämlikhet, och har utvecklats inom projektet. De utvecklades med övergripande syfte att fungera som en brygga mellan forskning och praktik. Verktygen baseras på folkhälsovetenskapliga studier och ska utgöra ett stöd för att systematiskt använda ett jämlikhetsperspektiv i planering och genomförande av kommunens folkhälsoarbete. De kan även användas för att bedöma potentialen hos en påbörjad insats att främja jämlikhet i hälsa, samt i uppföljningen av en insats för att se om den uppfyllt ett jämlikhetsperspektiv.

Arbetet med *Jämlikhetsverktyget* bedrevs internt inom CFF, samt i samarbete med kommunens medarbetare. Vid olika möten har utvecklingen av verktyget och dess användbarhet för folkhälsoarbetet i kommunen och inom CFF diskuterats. Synpunkter som har framförts om verktyget har kontinuerligt använts för att utveckla det. Exempelvis framarbetades en handledning till hur verktyget bör användas och efter nya synpunkter integrerades handledning för varje kapitel i verktyget. Efter en utbildning i jämlikhet i hälsa med medarbetare från Socialförvaltningen som använde *Jämlikhetsverktyget* framkom att verktyget upplevdes komplicerat, bland annat som för teoretiskt förankrat och svårt att omsätta i praktiken och även som språkmässigt för svårt. Detta medförde att

[6] I ledningsgruppen ingick kommunchef, planeringschef för fysisk planering och näringsliv, fastighetschef, förvaltningscheferna, VD för Nynäshamnsbostäder, kommunens ekonomichef och personalchef.

språket förenklades och gjordes mer lättförståeligt. De kommentarer som framkommit om verktygets användbarhet har använts vid redigering av verktyget och för planeringen av den fortsatta implementeringen av verktyget i kommunens folkhälsoarbete.

För att ytterligare underlätta implementeringen av *Jämlikhetsverktyget* utvecklades en förenklad variant i form av *Checklista för jämlikhet i hälsa*. I Nynäshamns kommun har exempelvis Socialnämnden använt *Checklista för jämlikhet i hälsa* som beslutsunderlag i granskningar av folkhälsoinsatser som söker stöd eller av annan anledning ska bedömas för att få klarhet i om exempelvis en behovsanalys är gjord, om olika målgrupper beaktats, om metoderna som används i insatsen har möjlighet att nå målgruppen, om insatsens utformning främjar långsiktiga effekter och om/hur uppföljning är planerad.

Förmedling av Jämlikhetsverktyget och Checklista för jämlikhet

Koordinatorn har presenterat *Jämlikhetsverktyget* och *Checklista för jämlikhet i hälsa* vid olika möten med politiker och chefer inom kommunens förvaltningar, i syfte att förankra vidare implementering av verktyget i kommunens folkhälsoarbete.

Diskussioner initierades om hur förvaltningschefer och nämndordföranden ville arbeta vidare med implementeringen av verktyget och checklistan i sina respektive förvaltningars verksamheter. Koordinatorn har sedan haft arbetsmöten med dem av kommunens medarbetare som arbetar med folkhälsoarbete och som uttryckt behov av stöd i planeringen därav.

Socialförvaltningen beslutade att alla projekt som fick medel ur folkhälsofonden för år 2009 skulle använda sig av *Processbeskrivningsmallen* eller *Jämlikhetsverktyget* för att systematiskt planera och dokumentera satsningen. För att stödja implementeringen genomförde koordinatorn och socialförvaltningens utredare en utbildningsdag i början av 2009 för medarbetare i de nya projekten om hur *Jämlikhetsverktyget* kan användas i projektarbete.

Uppföljningsmöten med dem som arbetat med *Jämlikhetsverktyget* genomfördes där koordinatorn fanns med som stöd och diskussionspart vid ifyllandet av verktyget. Koordinatorn har också hållit kontinuerlig kontakt med dem som arbetat med *Jämlikhetsverktyget*, och erbjudit återkoppling och stöd i arbetet.

Processbeskrivningsmallen

Processbeskrivningsmallen är utvecklad inom Stockholms läns Diabetespreventiva program och vidareutvecklad inom CFF, och introducerades i Nynäshamns kommun i början av projektet. Mallen är ett verktyg för att beskriva folkhälsoinsatsers process och kan framför allt användas som ett stöd i arbetet med att dokumentera en insats olika faser, bland annat för att skapa underlag för projektutveckling (Sydhoff et. al 2008). Mallen kan även fungera som stöd för planering av uppföljning och utvärdering.

Vid möte med Nynäshamns kommuns folkhälsogrupp presenterade koordinatorn *Processbeskrivningsmallen* och hur den kan användas för att beskriva kommunens folkhälsoinsatser. Koordinatorn har under projekttiden funnits tillgänglig som stöd i arbetet med använda mallen. Mallen är avsedd att användas för att strukturera folkhälsoarbete; dels för att förmedla vad som bör ingå i projektansökningarna till folkhälsofonden, dels för att ge en tydlig bild av vad som gjorts och bör

göras inom ramen för de olika folkhälsosatsningar som beviljats pengar. Mallen har vidareutvecklats utifrån synpunkter från de kommuntjänstemän som använt den. Den har även kompletterats med frågor om hur jämlikhet i hälsa kan främjas i planerade projekt.

Utvärderingsstödsmallen

Efter uttalat behov om stöd i utvärderingsplanering utvecklade koordinatorn tillsammans med medarbetare från CFF en *Utvärderingsstödsmall*. Denna mall fylls i inför en folkhälsosatsning, som planeras att utvärderas, för att man inför utvärderingen ska identifiera det man behöver stöd med i form av kompetens och ekonomiska resurser.

Konsultativt stöd i kommunens folkhälsoarbete

En del av *Jämlikhet i hälsa* har inneburit konsultativt stöd i planering, genomförande och uppföljning/utvärdering av kommunens folkhälsoinsatser, en uppgift som till större delen har genomförts av projektets koordinator. Koordinatorn har varit delaktig i ett antal folkhälsosatsningar som kommunens förvaltningar drivit med medel beviljade från kommunens folkhälsofond. Koordinatorn har främst syftat till att stötta arbetet med delaktighet, kommunikation och samverkan inom dessa projekt.

Som stöd inför planeringen av utvärderingarna av respektive folkhälsosatsning har en utvärderingsstödsmall utvecklats i samverkan med det utvärderingsnätverk som fanns inom CFF, och som bestod av medarbetare från CFF:s olika enheter. Mallen syftar till att systematisera uppföljning av folkhälsoinsatser, bland annat genom att fokusera på hur ett jämlikhetsperspektiv kan beaktas. Mallen skickades ut till berörda inom kommunens folkhälsosatsning och gjordes tillgänglig på kommunens intranät. Ett möte genomfördes med cheferna för Barn- och utbildningsförvaltningen och Socialförvaltningen där information gavs om möjligheten att få stöd i utvärderingsplaneringen av olika satsningar, dels genom att arbeta med utvärderingsstödsmallen, dels genom erbjudande om skriftlig och muntlig feedback på utvärderingsplaneringen. Dessutom presenterades förslag på hur utvärderingarna kan utformas. Utvärderingsstödsmallen har bland annat använts av utredare inom Socialförvaltningen inför utvärderingarna av deras folkhälsosatsningar.

Nynäshamns kommun gjorde ett extra urval motsvarande tusen enkäter i landstingets folkhälsoenkät 2006, för att kunna läsa av hälsoläget bland kommunens invånare. Materialet delades upp på olika åldersgrupper, kön och geografiska områden för att utgöra ett diskussionsmaterial om hur kommunen kunde utveckla sitt folkhälsoarbete för att nå dem som är i störst behov av insatser. Inom ramen för *Jämlikhet i hälsa* fick kommunen stöd i att bearbeta statistiken och delar av denna presenterades i olika nämnder. En sammanställning för olika bostadsområden gjordes av koordinatorn och lämnades över till utvecklingsledaren, för användning i kommunens planering av folkhälsoarbetet så att det blir lättare att planera för att nå dem som är i störst behov av insatserna.

Kommunstyrelsen beslutade i juni 2008 att tillsätta en arbetsgrupp med fokus på delaktighet och inflytande som en av de grundläggande förutsättningarna för folkhälsa. Arbetsgruppen fick i uppdrag att ”lägga särskilt fokus på att stärka förmågan och möjligheten till social och kulturell delaktighet för ekonomiskt och socialt utsatta grupper samt vid barns, ungdomars och äldres möjligheter till inflytande och delaktighet i samhället”[7]. Arbetsgruppens uppdrag var att identifiera ett antal förslag

[7] Kommunstyrelsen Nynäshamn, ordförandeförslag 2008-06-18 § 181

och idéer som skulle kunna arbetas in i Mål och budget 2010. Koordinatorn deltog som konsultativt stöd i gruppens planering och arbete. Gruppen har exempelvis diskuterat olika former av inflytande och delaktighet samt lämpliga arenor för att arbeta med olika kommuninvånares ökade inflytande.

Kunskapsförmedling av hälsofrämjande teori och metod

För att främja jämlikhet i hälsa syftade CFF under projekttiden att sprida kunskap om hälsofrämjande teorier och metoder, och har därför bedrivit olika utbildningar inom projektet.

I februari år 2007 genomfördes en utvärderingskurs för de personer i Nynäshamn som ansvarade för och/eller drev en folkhälsosatsning. Målen med kursen var att deltagarna efter genomgången kurs skulle kunna formulera en utvärderingsplan, ha insikt om centrala utvärderingsbegrepp och metoder samt kunna formulera en frågeställning för utvärdering av ett eget projekt.

I maj 2008 genomfördes en utbildning i jämlikhet i hälsa och *Jämlikhetsverktyget* för ett tjugotal medarbetare på Socialförvaltningen. I utbildningen ingick bland annat problematisering av begreppet jämlikhet i hälsa, samt en introduktion till *Jämlikhetsverktyget* med praktiska exempel. Medarbetarna fick möjlighet att använda *Jämlikhetsverktyget* som ett stöd i utvecklingen av redan befintlig hälsofrämjande verksamhet för att medvetandegöra hur de arbetade/ skulle kunna arbeta med jämlikhet i hälsa inom ramen för sina insatser.

Koordinatorn hade även ett antal utbildningstillfällen för kommunens politiker och tjänstemän om jämlikhet i hälsa och *Jämlikhetsverktyget*. Syftet med dessa presentationer var dels att förmedla kunskap, dels att skapa diskussion om hur folkhälsoarbetet kan bedrivas för att främja jämlikhet i hälsa inom kommunen.

Det går alltså att urskilja tre huvudområden där projektet har varit verksamt för att uppfylla syftet att främja jämlikhet i hälsa genom att utveckla delaktighet, samverkansprocesser och kommunikationsstrategier. Dessa tre områden, som presenterats ovan, utgörs av förmedling av verktyg för systematiseringsarbetet, konsultativt stöd för planering och genomförande av folkhälsoinsatser, samt kunskapsförmedling av hälsofrämjande teori och metod.

Föregående utvärdering av projektet Jämlikhet i hälsa

En första delutvärdering av projektet *Jämlikhet i hälsa* genomfördes 2008: *Samverkan, delaktighet och kommunikation* (Bakshi och Parmander, 2008). Utvärderingen omfattar tiden från projektets start 2005 fram till och med 2007. Utvärderingen visade att kommunen skulle behöva öka tydligheten i folkhälsoarbetet genom att i högre grad problematisera insatser som görs utifrån frågan om hur olika insatser kan bidra till en bättre och mer jämlik hälsa. I samband med detta borde satsningarnas mål betraktas ur hållbarhetsperspektiv, dvs. bedömas med avseende på vilka typer av insatser som är hållbara i längden, exempelvis för att möta behoven hos dem som har det sämst ställt ekonomiskt. För att skapa långsiktighet i kommunens folkhälsoarbete skulle mer av de resurser som tilldelats under tidsbegränsning behöva permanentas, och flera av de insatser som utförts inom projekt borde, i den mån de visat sig vara framgångsrika, integreras i ordinarie verksamhet.

Analysen visade även på ett behov av ökad samordning av kommunens folkhälsoarbete, bland annat då olika förvaltningar tenderade att göra samma saker, samt att politiker och tjänstemän i ledande ställning skulle behöva vara mer uppmärksamma på den tid och de resurser förankringsarbete tar vid planering och utformning av insatser.

Urvalet av de insatser som skulle genomföras betraktades som problematiskt av några av de intervjuade, eftersom det ansågs svårt att bedöma vad man borde satsa resurser på. Ansökningsförfarandet för urvalet av insatser skulle i högre grad behöva formaliseras, tex. genom krav på redovisning av grundläggande behovsundersökningar, på vilket sätt insatser främjar folkhälsan, hur jämlikhet i hälsa beaktats, och hur insatser ska följas upp.

Vidare visade analysen att det behövs mer helhetssyn på hur kommunikation kan användas i folkhälsoarbete och utvecklingsprocesser, exempelvis för att öka delaktighet inom kommunen och utveckla målgruppsanpassad kommunikation, och för att öka effektiviteten i folkhälsofrämjande insatser. Utvärderingen lyfte fram värdet för kommunen att ur utvecklingssynpunkt diskutera kommunikationsfrågor inom följande områden:

- Kommunikation för samverkan och delaktighet: att informera respektive att få information skapar inte delaktighet. För att skapa delaktighet måste plats skapas för diskussion och framför allt möjlighet att påverka beslut innan de är fattade.
- Hälsoinformation/-kommunikation: Vilka effekter kan förväntas av olika kommunikationsinsatser och -strategier?

Samsyn på vad jämlik respektive ojämlik hälsa är, samt dess bakomliggande orsaker, utgör viktiga utgångspunkter för folkhälsoarbetet. Den samsynen fanns bland de intervjuade. Däremot fanns skillnader i uppfattningen om hur resurserna skulle fördelas för att nå en mer jämlik hälsa.
Ur utvecklingssynpunkt och i relation till resursfördelning av folkhälsomedel, föreslog utvärderingen att kommunens medarbetare skulle initiera en strukturerad diskussion om jämlikhet och hälsa, med fokus på hur jämlikhet i hälsa i samhället kan påverkas genom resursfördelning.

Syfte

Övergripande syfte för utvärderingsstudien är att studera uppfattningar om folkhälsosatsningen i relation till aspekter som rör projektet *Jämlikhet i hälsa*. Utvärderingen studerar inte hälsoeffekter av satsningen eller projektet eftersom tidsrymden är för kort för att det ska vara möjligt att se effekter på befolkningens hälsa.

Fokus för utvärderingen ligger på hur man i folkhälsosatsningen arbetat med att utveckla delaktighet, samverkan och kommunikation som kan bidra till att skapa och vidmakthålla hälsofrämjande strukturer – det som *Jämlikhet i hälsa* syftat att föra in i kommunens folkhälsoarbete. Jämlikhet i hälsa var, och var avsett att vara, integrerat i kommunens folkhälsosatsning, inte ett projekt som löpte vid sidan om, och därför glider med nödvändighet projektet och kommunens satsning ihop även i analysen.

I enlighet med projektets syfte fokuserar utvärderingen på temana samverkan, delaktighet och kommunikation, vilket innebär att följande frågeställningar styr studien:

- Hur uppfattar de intervjuade arbetet med att initiera samverkansprocesser?
- Hur uppfattar de intervjuade arbetet med att utveckla delaktighetsstrukturer?
- Hur uppfattar de intervjuade arbetet med att utveckla kommunikationsstrukturer?

Material och metod

Materialet, i form av transkriberade intervjuer, har analyserats med kvalitativ metod, eftersom denna analysmetod gör det möjligt att belysa olikhet, mångfald, alternativa tolkningar, spännvidd och variation i uppfattningar. Fakta är perspektivberoende, dvs. det finns inte en sanning utan flera och därför är det viktigt att samtidigt beskriva och värdera ur olika perspektiv (Guba & Lincoln, 1989; Silverman, 1993). Olika aktörer kan ha skilda uppfattningar och infallsvinklar på vad som händer inom projektets ram beroende på var i organisationen de befinner sig. Det existerar därför aldrig en samstämmig uppfattning om hur ett projekt vuxit fram och vad resultatet blev, utan en mängd olika bilder som tillsammans kan bilda utgångspunkt för en analys av hinder och möjligheter i ett projekt.

För att besvara studiens frågeställningar har sammanlagt sexton personer intervjuats. De intervjuade har samtliga varit involverade i projektet Jämlikhet i hälsa och/eller folkhälsoarbetet i Nynäshamns kommun. Ett strategiskt urval av intervjupersoner gjordes, som omfattar politiker, förvaltningschefer, folkhälsoarbetare, samt projektkoordinatorn för *Jämlikhet i hälsa*.

I delutvärderingen som genomfördes 2008 användes samma principer för urval. Däremot är flera av de intervjuade inte samma personer som i den tidigare utvärderingen (Bakshi och Parmander, 2008). Detta beror på att dessa personer antingen har slutat sin anställning eller inte längre arbetar med frågor som är relevanta för utvärderingen. De intervjuade har därmed ofta kortare tidsperspektiv än om de hade varit med under hela projekttiden.

Intervjuerna var ca 1-1,5 timme långa och genomfördes med hjälp av en intervjumall, som anpassats till respektive persons funktion i folkhälsoarbetet i Nynäshamn. Intervjumallen innehöll temana Folkhälsosatsningen och projektet *Jämlikhet i hälsa,* Samverkan, Beslutsfattande, Jämlikhet i hälsa, Jämlikhetsverktyget och systematisering samt Framtiden.

Intervjuerna spelades in och transkriberades ordagrant. Materialet lästes igenom i sökande efter kategorier. Kategorierna växte fram under analysens gång, och konstruerades i relation till utvärderingens syfte och frågeställningar. Följande kategorier har utvecklats i studien:

- Samverkan
- Delaktighet
- Kommunikation
- Jämlikhet i hälsa
- Systematisering av folkhälsoarbetet
- Jämlikhetsverktyget

I rapporten benämns politikerna som politiker, och övriga som tjänstemän. Alla namn har ersatts med pseudonymer.

Resultat

I detta avsnitt redovisas de kategorier som analysen resulterade i. De fyra första fokuserar mer på folkhälsosatsningen i Nynäshamns kommun, medan de avslutande två kategorierna fokuserar på det CFF genom projektet *Jämlikhet i hälsa* har fört in i Nynäshamns folkhälsosatsning. Varje kategori illustreras med citat ur intervjumaterialet. Varje kategoriavsnitt avslutas med en kortfattad summering. De kategorier som redovisas nedan är:

- Samverkan
- Delaktighet
- Kommunikation
- Jämlikhet i hälsa
- Systematisering av folkhälsoarbetet
- Jämlikhetsverktyget

Samverkan

Att öka samverkan inom kommunen, särskilt mellan förvaltningarna, var ett tydligt uttalat syfte för Nynäshamns folkhälsosatsning, bland annat för att effektivisera resursanvändningen och undvika överlappande aktiviteter. Den tidigare utvärderingen visade att detta syfte var väl känt av dem som då ingick som informanter i utvärderingen, samt att arbetet med att utveckla samverkansformer pågick. Arbetet med att öka samverkan inom kommunen har fortsatt, och överlag visar utvärderingen att samverkan, med undantag för primärvården i Nynäshamn, faktiskt också ökat.

Samverkan mellan politiker

Samtliga intervjuade politiker anser att samverkan mellan nämndpolitikerna har ökat genom folkhälsosatsningen. De uppger att samarbetet mellan dem fungerar bra och att de kommit närmare varandra:

Vi har samverkan på olika nivåer, skulle jag vilja säga. Den politiska ledningen, vi jobbar ju väldigt nära varandra. Vi har koll på varandras ansvarsområden, och det gör ju också att vi kan hitta de här spänningsfälten där vi inte riktigt, där inte riktigt förvaltningarna täcker upp och kan hitta, där borde vi kunna göra en insats.

Lotta, politiker

Samverkan med oppositionen uppges dock inte fungera lika väl. På ett tidigt stadium fanns en samverkansgrupp för folkhälsosatsningen med politiker från både den styrande koalitionen och från oppositionen, men oppositionen valde att inte delta i gruppen.

Samverkan mellan politiker och tjänstemän

Intervjuade politiker och chefstjänstemän uppger att samverkan fungerar bra. En fråga som behandlades under intervjuerna var politikernas detaljstyre, att politiker går in i ”hur-frågorna” och inte bara i ”vad-frågorna”, dvs. i för hög grad fokuserar på genomförandeprocessen. Här ansåg dock varken intervjuade tjänstemän eller politiker att det förekommer detaljstyre i någon högre grad, utan politiker och tjänstemän håller i stort isär respektive roller och ansvarsområden.

Några tjänstemän talar om att detaljstyre kan vara följden av förtroendebrist hos beslutsfattande politiker vad gäller förvaltningens kompetens att genomföra besluten, och menar att den låga graden av detaljstyre visar att politikerna har förtroende för tjänstemännen på förvaltningarna:

[Detaljstyret]… det tycker jag håller på att försvinna också. Det blir ju, det handlar också det här om, hur mycket de litar på förtroendet, vilket förtroende de har för förvaltningen.

Ingrid, tjänsteman

Samverkan mellan tjänstemän

Här ser samverkansstrukturen lite annorlunda ut. Det är på denna nivå som samverkan med aktörer utanför kommunförvaltningen framstår som mest konkret. Man samverkar bland annat med skolor, polisen och med enskilda individer som man riktar sina insatser till. Delvis arbetar man också med utförare från andra förvaltningar, och detta gäller kanske i synnerhet barn:

Ja, det är ju framför allt, när det gäller individ- och familjeomsorgen på barn- och ungdomssidan, så har ju vi haft samverkansprojekt tillsammans med skolan. Och det tycker jag har varit väldigt bra. För att i många kommuner så har man svårt att hitta bra sätt att samordna sig i olika gemensamma aktiviteter, och då är jag övertygad om, att de möjligheterna har förbättrats genom att vi har haft möjlighet att söka särskilda medel.

Ylva, tjänsteman

Vad gäller barn pekar man på att samverkan med vården är en viktig del, exempelvis barnpsykiatrin, men samverkan med landstinget har varit problematisk, bland annat har det varit svårt att få igång gemensamma insatser för barn som behöver hjälp:

Men det som vi har varit väldigt besvikna på från barn- och utbildningssidan, det är ju förebyggande hälsoinsatser för barn och ungdomar helt enkelt, och även strulet med barn- och ungdomspsykiatrin som har varit väldigt länge i Nynäshamn.

Lotta, politiker

Samverkan med primärvården har alltså i princip upphört, och man upplever också problem med bland annat barn- och ungdomspsykiatrin i Nynäshamns kommun. Det är tydligt att det finns ett stort behov av ökad samverkan mellan hälso- och sjukvården och kommunförvaltningen, och de intervjuade menar att samverkan kring folkhälsa skulle öka effektiviteten i de insatser som görs, både på individ- och befolkningsnivå.

Samverkan mellan kommunen och CFF

Flera av politikerna och tjänstemännen anser att samverkan med CFF, främst genom projektkoordinatorn, har fungerat bra. De menar att de fått stöd i folkhälsoarbetet och nämner särskilt de olika verktyg som CFF fört in i verksamheten:

Vi tycker att Centrum för folkhälsa har varit väldigt bra i Nynäshamns kommun. Ni har hjälpt oss just med den här svåra biten som jag har sett i kommunen, det här med utvärdering, och hur ska man formulera bra verktyg för att se, att följa upp, sådana här kvalitativa saker som är så svårt att mäta i den offentliga sektorn.

Lotta, politiker

Däremot tyder materialet på att CFF genom projektet *Jämlikhet i hälsa* inte i någon större omfattning bidragit till den samverkansprocess som Nynäshamns kommun initierat genom folkhälsosatsningen, och som syftat till att öka samverkan mellan kommunförvaltningarna.

Samverkan mellan kommunen och primärvården

På detta område har samverkan inte fungerat. Flera av politikerna tar upp det ämne som redan i förra utvärderingen dryftades: att kommunen ensam i både tid och pengar bekostar ett förebyggande arbete som landstinget borde vara med och dela kostnaderna för. Detta blir ytterligare klandervärt för landstingets del, eftersom kommunens förebyggande arbete sparar pengar åt landstinget, genom minskade sjukvårdskostnader:

Men det sparar kanske inte kommunen, utan det sparar landstinget, det sparar hälsa, det sparar försäkringsbolag, och företag som slipper sjukfrånvaro, så att det är många andra samhällsinstanser som sparar pengar på våra insatser, om man ska vara krass. Men vi ser och gör den mänskliga vinsten i att göra det här. Och eftersom ingen annan gör det, då tycker vi att någon måste i alla fall göra det.

Lotta, politiker

Även om det tidigare fanns samarbetsproblem mellan kommunen och primärvården, fanns dock ett visst samarbete, främst genom primärvårdens folkhälsoplanerare. Det var också här som *Jämlikhet i hälsas* projektkoordinator arbetade mest aktivt för att förbättra samverkan. Privatiseringen av vården i Nynäshamns kommun har dock medfört att denna tjänst försvunnit och därmed även en stor del av det område där koordinatorn aktivt verkade för ökad samverkan. Det finns i nuläget alltså egentligen ingen gemensam nämnare att utgå från i folkhälsoarbetet i Nynäshamn, och en av tjänstemännen menar att man genom detta går miste om mycket information om hälsa och ohälsa som vården besitter, samt att man skulle vinna mycket på exempelvis gemensamma utåtriktade insatser.

I den föregående utvärderingen framkom att ökad samverkan inom kommunförvaltningen var ett uttalat syfte för kommunens folkhälsosatsning. Samverkansprocesserna befann sig dock då i ett initialt skede, och samverkan förekom då inte i större omfattning. Vid tiden för denna avslutande utvärdering är det tydligt att samverkansprocesserna kommit igång, och att medarbetarna i kommunen är nöjda med utvecklingen – de upplever bland annat att de mer effektivt kan genomföra insatser när de satsar resurser i form av ekonomiska medel och kompetens mot gemensamma mål.

Delaktighet

Vad gäller delaktighet har utvärderingen tittat på två aspekter: delaktighet för målgrupperna/kommunens invånare och delaktighet för kommunförvaltningens medarbetare.

Delaktighet för målgrupperna/kommunens invånare

Kommunen arbetar till största delen med statistiska underlag för att utforma insatser. Statistikunderlagen bygger främst på enkäter. En enkät kan karaktäriseras som en slags envägskommunikation, där man utfrågar en mängd individer om något man vill veta mer om, dvs. man gör en inventering:

Vi gjorde ju en stor enkät med våra brukare i höstas, och vi ska göra det varje år har nämnden beslutat, tidigare gjorde vi det vartannat år. Och tidigare, i höstas så anlitade vi SCB och gjorde en mer professionell enkät. […] Så att på så sätt kommunicerar vi inom folkhälsa.

Ingrid, tjänsteman

Statistiskt underlag är nödvändigt för att kunna få en uppfattning om exempelvis befolkningens hälsoläge. Vad man kan se i materialet är att det saknas annat underlag för målgruppsanalys, som kan bidra mer till en helhetsbild av de grupper man vill nå:

För att det är ju ingen som tycker, att de som har låg utbildning ska ha sämre hälsa, det kan jag inte tänka mig. Men att det råkar vara så är ett faktum i alla fall. Och att vi vill försöka få dem som har dålig hälsa, att få bättre hälsa. Det är ju också någonting som omfattar nästan alla då. Men det gäller att göra det också, och det gäller att hitta nycklar för att komma in då i de här grupperna. Och det har vi, tycker inte jag, gjort ordentligt.

Helena, tjänsteman

Flera av de intervjuade menar att målgrupperna för olika satsningar samt även kommuninvånarna i helhet skulle kunna göras mer delaktiga, och att det också är önskvärt ur demokratiperspektiv. En av de intervjuade berättar om att en process för att öka invånarnas delaktighet är igångsatt:

Nu håller man också på att jobba med, demokratigruppen har en grupp som heter Gruppen för delat inflytande. Där har man börjat, hur ska man göra målgruppen delaktig, hur ska vi göra våra medborgare mer delaktiga. Och just det här liksom, hur ska man, hur ska vi få barn och ungdom att kunna påverka, socialt utsatta grupper har man med som en. Så jag tror att det är på gång, man börjar liksom reflektera mer och mer kring hur mår ni. Men just nu så skulle jag nog säga, att alltså mycket är så här, det här är till alla, att man inte har några riktigt riktade insatser, förutom alltså, ja, det är både och.

Agneta, tjänsteman

En av de intervjuade politikerna har dock en annan syn på kommuninvånarnas delaktighet och inflytande i den demokratiska processen (för att öka tydligheten i dialogen har intervjuarens repliker inkluderats nedan):

Intervjuare: *Hur mycket inflytande har kommuninvånarna på själva folkhälsosatsningen?*
Ingvar, politiker: *De har jättemycket.*
Intervjuare: *På vilka sätt?*
Ingvar, politiker: *De väljer sina representanter som ska göra jobbet.*
Intervjuare: *Men det är bara liksom det ledet, det representativa?*
Ingvar, politiker: *Det är det viktigaste ledet. Det finns inga andra led.*
Intervjuare: *Man kan tänka sig att man liksom tittar på, att hälsoproblemen formuleras ut till liksom bland invånarna, och att det...*
Ingvar, politiker: *På vilket sätt. Har du något exempel? Jag har aldrig sett något.*

Möjligheterna för invånarna att vara med och påverka beslut på fler sätt än att delta i val till riksdag, landstings- och kommunfullmäktige utesluts av denne politiker, eftersom han menar att valet är det enda led som finns i en demokratisk process. Denna uppfattning står i klar kontrast till både vad övriga intervjuade ser som viktigt i en demokratisk utveckling, och vad som anges i Nynäshamns viktigaste styrdokument, *Mål och budget för 2009*, som anger att ett viktigt mål är att: ”Fler än idag upplever att de kan påverka ’vardagsbesluten’ i våra verksamheter”. Ur ett demokratiskt perspektiv och ur ett delaktighetsperspektiv kan det tyckas vara en torftig demokrati om den demokratiska processen och invånarnas inflytande inte sträcker sig längre än till att invånarna varje valår har möjlighet att välja de representanter som ska sitta vid makten till nästa valår, och mellan valåren har litet eller inget inflytande på de beslut som tas av de folkvalda.

Delaktighet för kommunförvaltningens medarbetare

De flesta av de intervjuade som befinner sig på chefsnivå, menar att medarbetarnas delaktighet är en viktig fråga. En av tjänstemännen menar att det inte blir någon genomslagskraft för olika beslut i en organisation där de anställda har liten möjlighet att påverka beslut.

[…] jag tycker att det är viktigt med delaktighet. För annars blir det ingen genomslagskraft i organisationen i slutändan, tror jag.

Ylva, tjänsteman

De intervjuade anser att det finns utrymme för att få uttrycka sin åsikt, och flera använder på eget initiativ uttrycket ”Det är högt i tak”:

Men det är högt i tak, så man, det finns ingen censur, utan..., och jag tror att, det är ytterst begränsat med? När det gäller korridorkonferenser, jag tror att det är väldigt lite sådant, för att det är väldigt öppet, vi har bra klimat med cheferna.

Fredrik, tjänsteman

Det har utvecklats en mer formaliserad systematik för att öka medarbetarnas delaktighet, då man på exempelvis på arbetsplatsträffar har som rutin att föra en diskussion med medarbetarna om verksamheten för att få medarbetarnas åsikter:

Nej, alltså nu har ju jag omorganiserat mina arbetsplatsträffar på det sättet, eller varit väldigt tydlig i med vad jag förväntar mig av en arbetsplatsträff. Och det gör ju att jag har en förvaltningsledning med det som är våra kärnverksamheter. Och en arbetsplatsträff med dem som är direkt underställda mig […] alltså jag brukar inte göra det krångligare än så än att jag, ja, till exempel bara sätter några sådana här frågor, dina synpunkter är viktiga. Och sedan så, har du något förslag till förbättringar. Och varje arbetsplatsträff och varje förvaltningschefsmöte och så tänker jag så här, okej, har alla fått säga vad man tycker, har ni tyckt att vi har använt tiden bra, har jag som ordförande givit alla möjligheter att säga vad de tycker, har du haft möjlighet att vara väl förberedd, tycker du att de frågor jag tog upp har varit viktiga, vad hade jag kunnat ta bort.

Marianne, tjänsteman

Det verkar också vara ganska utbrett inom förvaltningarna att medarbetarna känner att de kan gå till sin chef mer informellt för att diskutera sina åsikter och uppfattningar. Att det är en tillåtande miljö för medarbetarna är positivt ur delaktighetssynpunkt, men samtidigt undrar man hur mycket medarbetarnas synpunkter *påverkar* de beslut som fattas. Möjligheten att påverka kan ses i relation till det ovanifrånperspektiv på satsningen, som diskuteras av intervjuade på både chefs- och utförarnivå. Här är några röster:

Alltså det är väl, det är väl så att man, det här är ju ett politiskt beslutat projekt. Det är ingenting som har kommit underifrån. Det här damp ju ner i samband med att man..., att det blev en ny politisk ledning, så var det här, det här ska man satsa på. Och det är klart att till skillnad från projekt som startar med idéer underifrån och så där, så då..., det är skillnad på de två projekten så att säga, någonting som kommer inramlande så här och det ställs krav på, att nu ska ni jobba med folkhälsa, varsågod och kom med förslag och idéer. Och då är det svårt liksom så här, det där skiter vi i, vi har nog med vårt.

Karl, tjänsteman

Utan vi har väl mest blivit inkastade i det här. Och det här är vår upplevelse av, från och med att vi blev inkastade.

Barbro, tjänsteman

En av tjänstemännen menar att hon önskar vara mer delaktig i utformningen av kommunens övergripande folkhälsomål, eftersom det är ett sätt att förankra dem i verksamheten och få dem utförda:

Men det blir ju intressant när vi får de här nya målen, det kan ju föranleda andra strukturer sedan. För att det är väl, för min sida är det ju det här med att, när vi får de nya målen, så tror jag ju att den här delaktighetsprocessen kommer att kunna förändras. Där jag kommer att vilja veta lite mer kring det här med delaktighet. Och då kommer processen att se kanske lite annorlunda ut i diskussionen och så. […] Alltså där verksamheten ska bedrivas, det är ju där. För jag menar jag kan väl ha vilka mål som helst, om inte de är förankrade i verkligheten, då blir de ju inte gjorda. Så jag kan inte stå där med pekpinnen och säga, nu ska du göra det här.

Ylva, tjänsteman

Genom att relatera övergripande mål till den konkreta verksamheten sker en förankring av de politiska besluten som skapar ökad helhetsförståelse, ökad delaktighet och antagligen ökad effektivitet vad gäller att genomföra en insats som svarar mot de uppsatta målen.

Det finns dock en politisk vilja att öka invånarnas delaktighet i kommunens arbete, som bland annat tydliggjorts genom att en demokratigrupp utsetts. Man kan alltså se att en process för att öka invånarnas inflytande i kommunen är på gång.

Analysen visar att ett antal processer pågår för att öka både kommuninvånarnas och medarbetarnas delaktighet i det folkhälsofrämjande arbete som utförs i kommunen. Medarbetarna känner sig delaktiga genom att de tycker att de har goda möjligheter att uttrycka sina åsikter. Däremot anser några av de intervjuade att möjligheterna att påverka i beslutsprocessen är för begränsade, och att de önskar vara mer delaktiga i den, bland annat för att detta skulle kunna leda till ett mer förankrat folkhälsoarbete på alla nivåer i den kommunala verksamheten.

Kommunikation

Förvaltningscheferna talar om att det finns en tydlighet mellan politiker och förvaltningar, och att de inte upplever några svårigheter med politikernas kommunikation av budskap. Ett inte helt ovanligt uttalande i intervjuerna med förvaltningscheferna är exempelvis:

Vi får ju väldigt tydliga signaler från politiken om vad som är prioriterade områden.

Ylva, tjänsteman

Längre ned i hierarkin ser det annorlunda ut, då talar man om otydlighet om vad folkhälsosatsningen innebär och att man saknar ramar för genomförande av projekten:

Ja. Och sedan förstod jag efter ett tag att fullmäktige hade formulerat några speciella prioriterings-områden. Och de är ju inte direkt välkända heller. Men jag tycker nog att den informationen kanske inte har nått ut till alla förvaltningar och ner i leden. Vad det är man ska prioritera för områden.

Barbro, tjänsteman

Samma tjänsteman fortsätter:

Jag saknar mer information och klara riktlinjer och tydlighet uppifrån kommunstyrelsen, som har hand om det här med folkhälsa. Jag tycker att jag får en oklar information, när ska olika saker vara klara, och, ja, jag saknar en del sådant.

Barbro, tjänsteman

Vad gäller kommunikationen med kommunens invånare säger några av de intervjuade att de upplever det som svårt att föra en dialog med invånarna, dvs. mer av ett samtal och inte bara envägskommunikation i form av exempelvis information:

Det är väldigt svårt att ha dialog med medborgare. Och jag tror att det säkert finns på vissa ställen. Nu har inte jag liksom så, grepp över hela kommunen.

Agneta, tjänsteman

Exempel på den envägskommunikation som vissa av de intervjuade lyfter fram som den dominerande formen för hur kommunen kommunicerar med invånarna ges av en tjänsteman:

Vi gjorde ju en stor enkät med våra brukare i höstas, och vi ska göra det varje år har nämnden beslutat, tidigare gjorde vi det varannat år. Och tidigare, i höstas så anlitade vi SCB och gjorde en mer professionell enkät. […] Så att på så sätt kommunicerar vi inom folkhälsa.

Ingrid, tjänsteman

En tjänsteman berättar att kommunikationen med invånarna till stora delar sker i form av information och annan envägskommunikation, men att detta från politiskt håll har börjat uppfattats som problematiskt ur bland annat demokratiperspektiv:

Demokratigruppen har en grupp som heter Gruppen för delat inflytande. Där har man börjat, hur ska man göra målgruppen mer delaktiga. Och just det här liksom, hur ska man, hur ska vi få barn och ungdom att kunna påverka, socialt utsatta grupper har man med som en. Så jag tror det är på gång, man börjar liksom reflektera mer och mer kring hur mår ni.

Agneta, tjänsteman

Den förra utvärderingen visade att Nynäshamns kommun behöver utveckla sina kommunikationsstrategier inom två områden: för att öka medarbetarnas delaktighet i det hälsofrämjande arbetet och för att öka invånarnas inflytande och delaktighet i de insatser som görs med dem som målgrupp. Denna avslutande utvärdering visar på att behoven visserligen finns kvar, men att de har uppmärksammats och att man påbörjat ett utvecklingsarbete för att förändra dessa kommunikationsstrukturer.

Jämlikhet i hälsa

Generellt definierar de intervjuade jämlikhet i hälsa som ett begrepp för hälsans fördelning i befolkningen. De menar också att hälsan är ojämlikt fördelad, att denna fördelning är orättvis, och att detta orsakas av levnadsvillkor och socioekonomiska förhållanden:

[…] att det finns en tydlig ojämlikhet i hälsa, såtillvida att vi i den här delen av regionen, om man nu tittar på regionen som fattig, vi har en sämre folkhälsa. Vi har stora grupper som visar upp i de här olika nyckeltalen att man har en sämre hälsa i jämförelse med domäner, kommuner där man har en annan socioekonomisk sammansättning. Och där man har olika behov från bland annat sjukvården då. Så det tycker jag, det är väl tydligt. Det är väl framför allt det där, att hur jobbar man för att..., för det handlar ju ofta om utbildningsnivåer och möjligheter att ta till sig information av olika slag, att har man en hög utbildningsnivå totalt i samhället, så är man mer benägen att ta del utav de hälsoråd och så där som kommer.

Karl, tjänsteman

Man menar också att det är en viktig uppgift för kommunen att arbeta för att utjämna hälso-skillnaderna, och det är här som åsikterna går isär – ska man arbeta genom generella eller riktade insatser? Flera av de intervjuade menar att det finns ett stort värde i riktade insatser, att arbeta för att nå de grupper i samhället som har den sämsta hälsan eller ohälsosamma livsstilar. Dessa grupper är dock ofta socioekonomiskt utsatta, och man anser att riktade insatser till dessa grupper kan få en stigmatiserande effekt:

[…] jämlikhet i hälsa är det viktigaste uppdraget vi har egentligen, och det är också därför som vi gjorde det. Men vi blandar både generella insatser men också riktade insatser mot den här målgruppen som är mest utsatt. För de ska inte känna sig utpekade heller, alltså det blir, det är den svåra balansgången att inte peka ut en speciell målgrupp som att ni är speciellt besvärliga eller så.

Lotta, politiker

På grund av risken för stigmatisering menar några av de intervjuade att generella insatser kan vara att föredra, eftersom effekten av de generella insatserna kan ”spilla över” på dem som är svårast att nå, samt att dessa också – fast i mycket mindre omfattning – tar till sig mer hälsofrämjande vanor:

[…] gör man generella satsningar så är det ju de som kan ta för sig som tar mest del av det. Medan gör man specifika satsningar, så kan man ju peka ut en grupp. Så att det där är ju jättesvårt. Men de här generella satsningarna gör ju att..., men det är klart, man kan ju tänka så här också, att de som mår väldigt bra, om de börjar må ännu bättre så kanske man ändå får med dem som mår sämst.

Ingrid, tjänsteman

Flera av de intervjuade talar om vikten av att nå de mest utsatta, de med sämst hälsa och sämst förutsättningar att dra nytta av hälsofrämjande insatser. En tjänsteman menar att kommunens hälsofrämjande arbete tidigare möjligen har fokuserat för mycket på generella insatser:

Ja, att man kanske inte har prioriterat vissa grupper. För det är ju de svaga grupperna då som man behöver jobba mycket med. Och på folkhälsoområdet blir det ju lätt så, att man jobbar mycket med allmän information och generella åtgärder. Och då når man ju de välutbildade och högavlönade i första hand, och det är ju ett dilemma ofta. Men när man jobbar då med olika projekt, som till exempel det här skolteamet, då går man ju direkt till de här barnen som inte går till skolan, och då gör man ju en riktad åtgärd som är bra.

Helena, tjänsteman

Det är dock tydligt att de generella insatserna betraktas som problematiska ur ett jämlikhetsperspektiv, och flera av de intervjuade, både politiker och tjänstemän, menar att kommunen måste satsa tydligare på utsatta grupper och grupper med sämre hälsa:

Man bör satsa på de som, ska vi satsa gemensamma pengar, så behöver man ju satsa på dem som behöver mest stöd. Så är det ju. Och då borde det inte vara generella satsningar, utan just sådana grupper som faktiskt behöver mer stöd.

Ingrid, tjänsteman

En politiker menar att det behövs mer diskussion inom kommunorganisationen för att lyfta frågan och skapa en gemensam bild av hur arbetet med att främja en mer jämlik hälsa ska bedrivas:

Eller vad, om vi då ska prata dessutom steg två, det vill säga insatser, eller att nå olika grupper, då måste man i alla fall hitta någon slags gemensam bild av, men vad är det vi pratar om, vad är då ojämlikhet liksom. […] Och förstå det här med, att det handlar om att alla ska inte få samma, alltså jämlikhet handlar inte om att allt ska vara likadant, utan det handlar just om att utifrån den enskilda personens förutsättningar, vad behövs där för att man ska ha hyfsat lika förutsättningar och vet, få en god hälsa eller vad det nu är.

Ulrika, politiker

Flera av de intervjuade menar att riktade insatser som fokuserar på att minska skillnaderna i hälsa kan vara effektiva, men att stigmatisering är en problematik i denna typ av insatser. En problematik med generella insatser, som lyfts fram i intervjuerna, är att de *kan* medföra att man främst når de som redan lever hälsofrämjande, som är intresserade och som därför lättare tar till sig det insatsen vill förmedla. Detta kan vidga skillnaderna i hälsa istället för att minska dem – de som ”redan har” drar ifrån ytterligare eftersom det främst är dessa som drar nytta av insatserna. Även om hälsotillståndet i befolkningen förbättras, *kan* alltså generella insatser medverka till att skillnaderna blir större, särskilt om det hälsofrämjande till största delen består av generella insatser. Analysen visar att det finns en medvetenhet om vad olika typer av insatser kan medföra – både vad gäller positiva och negativa effekter, men att denna medvetenhet bör lyftas fram i en diskussion om hur folkhälsoinsatserna ska utformas i kommunen i relation till de mål som sätts upp, för att detta ska kunna omsättas i praktisk handling.

Samtliga intervjuade i studien definierar jämlikhet i hälsa på i princip samma sätt, samt anger samma orsaker till vad som orsakar ojämlik hälsa. Synen på jämlikhet i hälsa är alltså samstämmig, ett resultat som också den förra utvärderingen visade. Då det till stora delar är andra personer som är intervjuade i denna omgång, antyder detta att det finns en relativt samstämmig bild av vad jämlikhet i hälsa är inom kommunen.

Systematisering av folkhälsoarbetet

Olika åtgärder för att systematisera folkhälsoarbetet har genomförts under den tid som projektet *Jämlikhet i hälsa* bedrivits i Nynäshamns kommun. Folkhälsosatsningen har inneburit att medel öronmärkta för folkhälsoprojekt har avsatts, och fördelats efter ett ansökningsförfarande. Enskilda folkhälsoprojekt ska efter projekttidens slut utvärderas, och beroende på utfall antingen avslutas eller införlivas i den ordinarie verksamheten. *Jämlikhetsverktyget*, *Checklista för jämlikhet i hälsa*, *Processbeskrivningsmallen* och *Utvärderingsstödsmallen* är verktyg som introducerats av koordinatorerna för *Jämlikhet i hälsa* för att öka systematiseringen.

Projektorganisation

Folkhälsosatsningens utformning är tänkt att bygga på en projektorganisation. Projekt är avgränsade satsningar som bedrivs under begränsad tid, med särskilda syften och mål, egna resurser och styrning samt en projektledare som är ansvarig för projektets genomförande. Projektorganisationen verkar dock inte ha varit helt tydliggjord på alla nivåer i organisationen. En tjänsteman säger exempelvis att det finns tecken som tyder på att de som arbetat i enskilda folkhälsoprojekt inte haft kunskap om hela innebörden av att arbeta i projekt, utan att den informationen har stannat på chefsnivå:

Vi misstänker att personerna som arbetar i projekten kanske inte är helt medvetna om att de driver ett projekt som måste följas upp. Att man faktiskt har sökt projektmedel och tanken är ju att man ska ha en projektplan med mål och syfte, och sedan att man faktiskt måste följa upp sitt projekt. Men att cheferna har haft den kunskapen, men kanske inte förmedlat ut den hela vägen ut till dem som faktiskt utför i projekten.

Berit, tjänsteman

Att utveckla projektplaner är en annan del av projektarbete som de intervjuade, liksom tjänstemannen ovan, beskriver att det funnits svårigheter i. En projektplan bör innehålla tydligt definierade mål, en definierad målgrupp, och en plan för hur målen ska uppnås. Målen ska vara konkreta och uppföljningsbara. Att utförarna inte alltid har varit på det klara med att de arbetar i projekt kan delvis bero på att ansökningar och projekt planerats på enhetsnivå, snarare än av dem som ska utföra dem. Egentligt projektledarskap verkar inte heller ha varit rutin inom de olika projekten:

För det kan kännas så här, nu så fattas det någon som är ansvarig för projektet som man söker pengar för […] Det finns en handläggare som skriver fram ärendet, men den är inte ansvarig så. Det har jag reagerat på några gånger.

Agneta, tjänsteman

Liknande erfarenheter beskriver en annan tjänsteman från sin förvaltning, där frågan om vem som har ansvaret för ett enskilt projekt varit otydlig:

Det har funnits förväntningar på [förvaltningen] som de själva inte riktigt har känt till. För projekten. Man känner inte att man har varit riktigt ägare utav dem. […] det har liksom inte funnits någon riktig mottagare, de har levt lite för sig själv. I morse så diskuterade vi just en annan inriktning på folkhälsoprojektet, och när jag sade, att ”ni har ändå de här projekten”, så såg man lite grann frågande ut och sade ”men det är ju inte vi som har dem.” Medan man ifrån folkhälsoplaneraren säger så här, ”det här är ju [förvaltningens] fråga” liksom. Så att där har det varit, alltså vi har inte haft någon samordning, det har inte haft någon ägarstruktur på [förvaltningen] utifrån folkhälsoprojekten. […] Och det är, alltså den kritiken vill jag inte rikta mot någon, utan mer det, att det har funnits väldiga ambitioner, men sedan har man inte riktigt fått det att landa hos någon person.

Marianne, tjänsteman

Det har inte alltid varit tydligt från början vad det innebär att genomföra ett projekt. Enskilda tjänstemän har därför uppfattat arbetet som en del av ordinarie verksamhet:

[Jag har] jobbat just med att systematisera kring det, när de [tjänstemännen] väl har fått [folkhälso-]pengar. Börja tänka i projektform […] ”Vi har tänkt så här, vi har tänkt att det är en del av ordinarie verksamhet. Men det är det ju inte, för vi har ju fått folkhälsopengar, men nu-” och så har man liksom börjat se, liksom- tjänsteskrivelsen till nämnden och ansökan och så ”jaha!”

Agneta, tjänsteman

Att arbeta i projektform är dock en process som tar tid och kräver kompetensutveckling av olika slag. Några av de intervjuade pekar just på att det finns behov av kompetensutveckling inom kommunen vad gäller projektplanering och projektledning:

[Jag tror] att det har funnits väldigt lite kunskap om hur man driver projekt, och man blandar ihop lite mål och syfte, och man har någon form utav, ibland ett arbetssätt som är ett mål eller så. Utan att lasta någon för det, så tror jag att det, ja, det har varit lite okunnighet om det, och sedan har de centrala ambitionerna varit större än vad man tycker att man har mäktat med kanske längst ut, och så har de inte fått någon..., ja, man har inte heller varit tydlig i, att det här projektet landar hos er.

Marianne, tjänsteman

De upplevda bristerna i planering, organisation och genomförande av projekten får också konsekvenser för möjligheten att senare utvärdera projekten. För att åtgärda den uppfattade bristen har man exempelvis på en av förvaltningarna planerat att införa regelbundna möten om folkhälsoprojekten:

Och tanken är ju sedan, att varje gång ansökningarna kommer in, så ska en uppstartsträff ske. Det har inte skett förut, utan de har fått pengar, och sedan har man kört igång. Utan vi vill starta den här, en träff en gång om året, två gånger om året, för just att prata om folkhälsa, folkhälsosatsningar.

Barbro, tjänsteman

För att möta behovet av kunskap kring hur man planerar och genomför projekt har CFF bland annat genomfört en utbildning och introducerat *Processbeskrivningsmallen*, ett av verktygen för systematisering av folkhälsoarbetet. Utbildningsdagen genomfördes tillsammans med projektkoordinatorn för *Jämlikhet i hälsa* för medarbetare i de nya projekt som tilldelats medel ur folkhälsofonden för 2009. Fokus för utbildningen var att öka kunskaperna om projektarbete, projektplanering och jämlikhet i hälsa. *Processbeskrivningsmallen* introducerades i början av projektet *Jämlikhet i hälsa* för att dokumentera folkhälsoprojektens planering, genomförande och uppföljning. Mallen kan användas för att förmedla vad som bör ingå i projektansökningarna till folkhälsofonden och för att beskriva vad som ska göras inom ramen för de folkhälsoprojekt som tilldelats pengar. *Processbeskrivningsmallen* har använts till att för utvecklingsledaren redovisa de projekt som tilldelats medel 2009.

Att organisera arbete i projektform har både för- och nackdelar. En tjänsteman beskriver tidsbegränsningen i projektformen som ett hinder för att bygga upp fasta rutiner som exempelvis nätverk:

Nej, men det är att det är i projektform, för det kan också göra, jaha, vad händer sedan då? Och så kanske man inte vågar gå in i det riktigt, för man vet inte vart det kan bära, och hur mycket man vågar lämna över och så. Men det är ett kortsiktigt projekt. Men det sade vi på en gång när vi anställdes, ett år, det finns inte en möjlighet att se någon process under den tiden. […] vi blev osäkra på vår roll och våra möjligheter, och hur mycket energi ska vi lägga på att skapa nätverk runt omkring.

Judit, tjänsteman

Det tillfälliga i projekten stör vidmakthållandeprocessen. En positiv sida av tidsbegränsningen är att det blir enklare att avveckla något som inte visar sig fungera tillfredsställande. Det finns en samsyn bland de intervjuade om att syftet med att initiera projekt är att testa nya saker, och om de fungerar, ska de in i den ordinarie verksamheten:

Projektet är mera [för] att initiera, att vi får en handlingsplan, för att säkra upp att vi ska jobba med [ett visst område]. För det kommer att leva kvar, genom att det ska bli en del av verksamheten, men inte som projekt då.

Ylva, tjänsteman

Flera intervjuade nämner projekt som integrerats i den ordinarie verksamheten. Det finns även exempel på projekt som avvecklats efter att projekttiden löpt ut. Detta tyder på att folkhälsosatsningen lyckats med målsättningen att prova ny verksamhet och efter bedömning bestämma huruvida den ska integreras i förvaltningarnas ordinarie verksamhet. Processen att ta tillvara på lyckade projekt och föra in dem i den ordinarie verksamheten skulle dock kunna förbättras enligt en tjänsteman:

Jag tycker att det väldigt mycket har blivit projektinriktat. Och det är lite det här att tanken inte finns ordentligt i folks medvetande då när man jobbar i förvaltningarna. Men det blir lätt projektaktigt, och man gör den här grejen, och sedan slänger man bort den, och så börjar man om med något nytt då. Och jag vill ju att man implementerar det här, så att det blir en del av ordinarie verksamhet. Och då tror jag att man kanske behöver jobba lite annorlunda.

Helena, tjänsteman

Implementering av en projektorganisation tar tid och kräver kompetensutveckling av olika slag. Det räcker inte med att ha exempelvis en enstaka utbildning av personalen, utan det krävs upprepade insatser över tid för att utveckla både personal och arbetsprocesser. Här finns en förbättringspotential att ta vara på i arbetet i kommunen framöver, med ett tydligare fokus på att driva projekt.

Ansökningsförfarande till folkhälsoprojekt

En av systematiseringsåtgärderna var att införa ett ansökningsförfarande för folkhälsoprojekt, till största delen riktat mot den kommunala organisationen, men även till det omgivande samhället. Den modell för folkhälsoarbete som infördes i folkhälsosatsningen innebär att en särskild pott med pengar avsätts. Medel för att bedriva folkhälsoprojekt anslås efter ansökan, beredning i kommunstyrelsens arbetsutskott och beslut av kommunstyrelsen. Det finns ett uttalat behov från kommunen att ansökningsförfarandet behöver systematiseras ytterligare, och också en beskrivning av att en sådan utveckling pågår i och med att kunskapen ökar hos både politiker och tjänstemän och att man kräver in bättre underlag för att fatta beslut. De intervjuade har olika förslag kring hur ansökningsproceduren skulle kunna förbättras i framtiden. Bland annat tas utformningen av ansökningarna upp. Utförligheten och tydligheten behöver förbättras, enligt några av de intervjuade:

Problemen är ju att ansökningarna inte alltid blir så, vad ska man säga, de innehåller inte så jättemycket. […] Vad är det man ska göra, vilka ska man samarbeta med, har man gjort en tillräcklig behovsanalys, har man definierat målgruppen, finns det delgrupper inom målgruppen, hur ska man jobba med målgruppen […] Men också så här, hur ska man vidmakthålla det här sedan, att det finns tankar om det, och sedan, hur ska vi följa upp det. […] Så jag kan tycka, att underlagen har varit lite så där undermåliga och så. Men det tror jag kommer bli bättre. Men där måste det också finnas direktiv så klart ifrån [utvecklingsledaren] och ifrån politikerna, att så här vill vi att en ansökan ska se ut.

Agneta, tjänsteman

Vissa av de uppfattade bristerna i ansökningarnas utformning är relaterade till att arbeta i projektform och göra en tydlig projektplan. När denna grundläggande kunskap inte är genomgående återspeglar det sig också i innehållet i ansökningarna, som blir svåra att förstå, jämföra och bedöma. Även om det fortfarande finns förbättringar att göra så har ansökningsprocessen utvecklats under de år som projektet har förlöpt. Att skapa tydligare kriterier har varit en del av detta:

Man gör en ny satsning och man försöker naturligtvis att förbereda sig med vissa kriterier och ramar. […] Innan den [satsningen] börjar hitta sina former, så är man öppen för det mesta. Sedan så successivt så smalnar det av. Och det hjälper oss också att tydliggöra våra kriterier och så vidare då. Och det tar ett tag innan man når fram till det. Så att nu börjar ju också fler och fler ifrågasättas, man skickar tillbaka och kräver in att de ska vara tydligare, vad är det för, vad har det här egentligen för betydelse för folkhälsan, det du vill göra? Och sedan också fler som får avslag helt enkelt. Så det smalnar av successivt. Alltså vi är duktigare både på tjänstemannanivå och hos politikerna, när kunskapen ökar så har man det, får man också ett bättre, man kräver ett bättre underlag för att besluta.

Karl, tjänsteman

Ökad systematisering i form av tydligare kriterier för ansökningarna tas upp som ett utvecklingsområde av flera, både politiker och tjänstemän. Politikern nedan talar exempelvis om kriterier för ansökningarna från föreningar:

Vi sitter ju som sagt och svarar på de här remisserna då med föreningar som söker för särskilda folkhälsosatsningar. […] Jag tycker att där kunde man kanske ha styrt upp det bättre med, alltså kriterier, ”det här gäller”, och sedan så kan det skötas utav tjänstemän. Och så hoppas jag att man gör om den här satsningen fortsätter. […] alltså det kan ju finnas både för- och nackdelar, för det kan ju vara så också, att det har varit bra att vi har haft så här tag, för att få ett hum om och en bild, men det är ingenting som man ska fortsätta med, tycker jag, för det är en onödig byråkratisering.

Christina, politiker

Hon beskriver, liksom tjänstemannen ovan, en utveckling där kunskapen hos de inblandade har ökat. Genom det kan också ansökningsprocessen utformas annorlunda och bli mer effektiv än den har varit tidigare, men samtidigt kan den tidigare utformningen ha varit både bra och nödvändig i just den fasen. De prioriterade folkhälsoområdena och de sex målen för folkhälsoarbetet i kommunen har fått ökad betydelse som kriterier i bedömningen i och med att ansökningsförfarandet har satt sig och mängden ansökningar ökat:

För nu är det så, att nu får vi mer och mer ansökningar, och folk har uppmärksammat det här, och det är fler och fler som är på hugget. Alltså vi har fått just den här avsedda effekten att fler vill vara med, och fler tycker att det är viktigt, och fler ser möjligheterna, då blir det ju också för oss att börja prioritera mellan vilka olika insatser vi ska göra, och då blir det också mycket viktigare att vi har en tydlighet ifrån ledningens sida, vad ska de här insatserna leda till. Från början så var det ju nästan så vi fick strida för att få in förslag, nu är det liksom helt annat. Nu måste vi börja prioritera och prioritera om och prioritera bort.

Lotta, politiker

De intervjuade påtalar olika sätt på vilka ansökningsprocessen kan förbättras, som utformningen av ansökningarna, ökad kunskap om projektplanering och tydliga kriterier för bedömningen av ansökningar. I intervjuerna finns också beskrivningar av att en sådan systematisering pågår.

Utvärdering av folkhälsoprojekt

Både kommunen och projektets koordinator samt projektledare identifierade behovet av kompetensutveckling kring utvärdering tidigt i folkhälsosatsningen och insatser har gjorts för att möta detta behov genom utbildning, ett verktyg – *Utvärderingsstödsmallen*, och erbjudande om stöd i användningen av verktyget.

Både tjänstemän och politiker är i stort sett eniga om vikten av att utvärdera projekten. Dessutom finns en samsyn på att det finns en brist i kunskap inom kommunen om hur man utvärderar, vilket leder till problem:

Och det jag har varit lite ledsen för, det är faktiskt uppföljningen […] Där har det varit mer flum med vad gick de här pengarna egentligen till. Ibland så har jag undrat om det var att man skickade in det i själva verksamheten. Det är ingen som har en aning om vad fasen det blev för effekter. […] Ska det fortsätta eller inte? Ja, men du måste ju utvärdera.

Roger, politiker

Flertalet intervjuade påtalar att det finns en ovana att arbeta med utvärderingar i kommunen, och att de utvärderingar som gjorts inte alltid haft så hög kvalitet:

Det har inte alltid blivit utvärderingar, för jag har fått, från förvaltningarna har jag rätt ofta fått mer beskrivningar. Och delvis kan ju det bero på att de inte har kommit så långt, så att de kan se om de har uppfyllt målen eller inte. Och delvis kan det vara för att de är ovana att jobba med utvärderingar. Vi har ju haft rätt mycket, eller försökt att ha utvärderingskurser, för vi har sett att där fattas det rätt mycket när det gäller kunskap då.

Helena, tjänsteman

Liknande tankar framför en annan tjänsteman:

[Utvärdering och uppföljning] är ett stort förbättringsområde, tycker jag, för jag tycker inte att vi har varit riktigt lyckosamma i det. […] Så att jag tror att det finns ett behov av att fylla på kompetensen hos personal som jobbar med de här frågorna. För jag tror inte att det finns hos så att säga de personalgrupper som till vardags arbetar med verksamhetsfrågorna. /.../ Även om man har haft utbildning och så för vår personal, och vi har verkligen försökt att se till att personalen skulle delta, det finns ju mallar för det här och så. Men jag tror att det handlar väldigt mycket om kompetensfrågor.

Ylva, tjänsteman

Ovanan att arbeta med utvärderingar hänger ihop med en ovana vid projektorganisation, vilket beskrivs ovan. När projekten inte från början har tydliga mät- och uppföljningsbara mål i sina planer blir det svårt att utvärdera dem, och därmed också svårt att bedöma huruvida ett visst projekt varit framgångsrikt och bör infogas i den ordinarie verksamheten. Utvärderingen av projekten i förhållande till projektens mål behöver finnas med från början i projektplanerna och inte komma in på slutet. Tidigare har man arbetat mer med uppföljningar i formen av rapporter om vad som gjorts, snarare än faktiska utvärderingar, säger flera av de intervjuade. Fokus på att arbeta mer med utvärdering verkar dock börja ge resultat menar en politiker:

Nu, förra året, ja, just det 2008 […]då tycker jag, att då fick nämnden /.../ verkligen utvärdering av de projekt som vi som nämnd ansvarar för. Tidigare har vi fått uppföljningar. […]om vi har sagt att vi vill ha en utvärdering, då vill inte jag ha en redovisning /.../ av vad man har gjort. Utan en utvärdering är: värdera och så resultat. Vad har man nått och vad har man inte nått? […]En uppföljning, en beskrivning av vad man har gjort, ja, det är en sak, men en utvärdering är ju en analys. Och det har saknats. Det fick jag, tyckte jag, hyfsat förra året, då var det en utvärdering med analys och så.

Ulrika, politiker

Inom ramen för *Jämlikhet i hälsa* har olika åtgärder för att tillgodose behovet av ökad kunskap om utvärdering genomförts. Under 2007 genomförde CFF en utvärderingskurs för praktiker som arbetade med folkhälsoprojekt, efter önskemål från Nynäshamns kommun. Kursen hade dock inte så högt deltagande. En *Utvärderingsstödsmall* utvecklades av CFF och introducerades för berörda inom kommunens folkhälsosatsning och gjordes tillgänglig på kommunens intranät. Konsultativt stöd i utvärdering erbjöds av koordinatorn för *Jämlikhet i hälsa*, och några av kommunens folkhälsoprojekt utnyttjade denna möjlighet.

Planer för utvärderingen av enskilda folkhälsoprojekt är en del i vad som kan förbättras i ansökningarna. Metoden för att göra utvärderingar och vikten av att ha planerat hur utvärderingen ska gå till redan innan projektet startar tas också upp av en tjänsteman:

Hur tänker ni att det ska rapporteras och utvärderas och så där? Och kom inte med enkäter, för det är ingen idé att komma med enkäter! […] Och med den svarsfrekvensen vi har i dagsläget, är det enkät vi ska hålla på med? Alltså det räcker inte. Det är klart man kan ha en enkät, men då ska man liksom formulera det från början, vad ska den innehålla, hur ska den gå ut, hur ska den tas om hand, och hur ofta ska den komma, och vilka frågor? För sedan när man kommer till, och ska göra den där enkäten, så har man ingen aning, alltså då kan man inte ställa de frågorna som man behöver ha svar på i förhållande till målet, utan då ställer man helt andra frågor, så går det ändå inte att utvärdera det.

Marianne, tjänsteman

Hon problematiserar det vedertagna förfarandet att planera att göra utvärderingen med hjälp av enkäter. Av olika skäl är denna utvärderingsmetod inte alltid den bästa – om den inte är genomtänkt då projektet inleds är det inte säkert att det leder till ett material på vilket man kan basera en utvärdering, och dessutom kan en alltför låg svarsfrekvens göra att resultaten inte är tillförlitliga.

En annan av tjänstemännen lyfter också den viktiga frågan om vem som ska genomföra utvärderingar och menar att det bör vara en utomstående:

Jag tycker [att man inte ska utvärdera sig själv]. […]man skulle ha en fördel av att man kunde ha, ha någon annan än den egna verksamheten, som jobbade med själva uppföljningarna. Jag tror att man skulle få mer kvalitet i uppföljningarna på det sättet.

Ylva, tjänsteman

Det finns flera problematiska aspekter i att utvärdera sitt eget eller sina kollegers arbete. Bland annat blir man mer positivt inställd till det arbete som har utförts och får svårare att identifiera svagheter. Med ett ökat fokus på att arbeta i projekt behövs också gemensamma principer för hur projektutvärderingar ska gå till.

Behovet av ökad kunskap om utvärderingar togs upp redan i den tidigare utvärderingen. Trots att kommunen tidigt i projektet identifierat behovet av kompetensutveckling kring utvärdering, och att insatser gjorts för att möta detta genom utbildning, utvärderingsverktyg och erbjudande om stöd i användningen av verktyget, finns hos de intervjuade fortfarande vid projekttidens slut en samsyn om att behovet av kunskap är stort. Det verkar inte som om de genomförda insatserna har lyckats fylla behovet, även om några intervjuade ser förbättringar.

Jämlikhetsverktyget

CFF introducerade under projekttiden fyra olika verktyg för att underlätta systematiseringen av folkhälsoarbetet i Nynäshamns kommun. Utvärderingen fokuserar här på *Jämlikhetsverktyget* eftersom det utvecklades inom projektet *Jämlikhet i hälsa* för att vara ett stöd i att systematiskt använda ett jämlikhetsperspektiv i planeringen och genomförandet av folkhälsoarbetet. *Jämlikhetsverktyget* är baserat på folkhälsovetenskapliga studier och är ett sätt att basera det praktiska folkhälsoarbetet på vetenskaplig grund. På så sätt är verktyget tänkt att fungera som en brygga mellan forskning och praktik.

Det råder påfallande enighet bland de intervjuade, både tjänstemän och politiker, om nyttan med ett sådant verktyg och flertalet är positiva till att det finns ett verktyg för systematisering av folkhälsoarbetet. Många beskriver att de är i inledningen av att börja använda det, och påtalar också att det kommer att kräva en hel del insatser för att få igång användningen ordentligt och få in verktyget som en rutin i arbetsprocesserna. En av tjänstemännen är positiv till att ha ett konkret verktyg till stöd, vilket har varit efterfrågat, men påtalar samtidigt att startsträckan är lång och kräver en viss investering:

Jag har tyckt att det har varit jättebra, det tycker jag, gud vad bra, äntligen har vi något! Men det är ju som allting annat, har man inte- Det är ett stort steg att börja använda något nytt verktyg och göra utvärderingar på ett nytt sätt, man är liksom väldigt inkörd, och så måste man leverera någonting, och så tar det tid innan. Även om man tycker att det är bra

Ingrid, tjänsteman

Liknande resonemang framförs av en politiker, som sätter användbarheten i relation till möjligheten att prioritera mellan olika ansökningar om medel för folkhälsoprojekt:

Vi har väl inte börjat jobba med det liksom i praktiken riktigt ännu. Men vad jag förstår, så tycker både politiker och tjänstemän att det här är ett användbart verktyg, som kommer att vara till stöd för oss när vi ska avgöra vilka prioriteringar vi ska göra.

Lotta, politiker

Överlag har flertalet av de intervjuade deltagit i utbildningar om *Jämlikhetsverktyget*, men ännu inte hunnit implementera det eller arbeta med det i praktiken. Verktyget har dock funnits tillgängligt ett tag och att det inte använts i någon större utsträckning kan tolkas som ett tecken på att det är svårarbetat. Bland tjänstemännen som arbetar i specifika folkhälsoprojekt har dock implementeringen nått längre och två av de intervjuade har använt det i sina projekt, med stöd av projektkoordinatorn. En av dem säger om verktyget:

Jag tycker att det är ganska användarvänligt. Man skriver analyser på flera olika sätt beroende på vilken definition man ska ha. Om det är det som är gjort redan, eller det som man har tänkt liksom på sikt. Så att det finns sådana bitar, man måste tänka till, vilken del är jag på nu? liksom, så. Men jag tror också, att är man lite intresserad av uppföljningar och så, då tycker man nog att det är ett bra komplement, och viktigt också, att börja sätta sig ner och tänka i de banorna […] Den kommer att underlätta sedan när vi skriver processrapporten helt enkelt, eller tillsammans med dem som kommer att utföra den. För då har vi så mycket redan nedspaltat, hur vi har tänkt, hur vi tänkte då, hur vi tänker nu, och vad vi ser för erfarenheter. Så det – nej, jag tycker att det har varit bra ändå. Sedan har man inte alltid haft tiden att sätta sig ner och så.

Judit, tjänsteman

Denna tjänsteman lyfter tidsbrist som ett skäl till att inte ha använt verktyget mer. Båda de intervjuade tjänstemännen som arbetat med verktyget i sina folkhälsoprojekt har i det stora hela positiva erfarenheter. En av dem påpekar att det finns vissa svårigheter i tolkningen av de begrepp som *Jämlikhetsverktyget* innehåller. De folkhälsovetenskapliga begrepp som verktyget är baserat på, kan tolkas annorlunda inom andra områden:

[Verktyget är] bitvis väldigt svårt att tolka kan jag säga […]det som står i frågan [i verktyget], hur tolkar jag liksom- Vad betyder det här för mitt jobb? […]ett exempel, så har vi skrivit en genomförandeplan, och för oss var det hur man genomför behandlingsarbetet […]och under vilken tid, med mål och delmål, och hur man lägger upp jobbet. Och för [projektkoordinatorn] betydde det något helt annat för hennes profession.

Fredrik, tjänsteman

Synpunkter från tjänstemännen i Nynäshamns kommun, som den i citatet ovan, har tagits tillvara och använts för att utveckla verktyget under projektets gång. Bland annat har en handledning med förklaringar till de olika frågorna integrerats i verktyget. De intervjuade tjänstemännens beskrivningar pekar dock på att detta arbete behöver fortsätta så att verktyget blir mer lättanvänt. Många som arbetar med folkhälsofrågor tillhör andra professioner än folkhälsovetenskap, och ett mål bör vara att det kan användas utan sådana ämnesspecifika förkunskaper.

Utöver en generellt positiv inställning till ett verktyg för systematisering av enskilda insatser, är ett annat genomgående tema att *Jämlikhetsverktyget* behöver revideras ytterligare. Flera tjänstemän menar att det är för omfattande för att vara användarvänligt och sätter detta i relation till arbetsbelastningen i stort. En av dem säger:

Det fanns ju ett väldigt stort intresse för det här i nämnden när vi hade genomgång av det här. Sedan tror jag att det, det är väldigt bra, men det är inte helt enkelt heller. /.../ Det är ganska omfattande. Det kräver mera arbete. Och när vi har ganska många olika arbetsuppgifter så kan det lätt bli en risk att man tappar bort det, eller att man inte tittar på alla punkter. Det kan jag känna.

Ylva, tjänsteman

En annan av tjänstemännen beskriver:

När jag har tittat på hur de olika tjänstemännen har fyllt i det här, så kan jag ju se att det för vissa av dem verkar vara lite för krångligt. Men jag vet inte om det skulle vara lättare att fylla i om det var enklare heller. Det kanske beror på en ovana att jobba på det sättet också. /.../ det är ju inte krångligt att fylla i det egentligen, så det är inte det. Men det kan se lite krångligt ut, och se lite mycket ut. Och alla frågor och sådant där kanske man inte i ett specifikt projekt kan svara på.

Helena, tjänsteman

Det är en återkommande bedömning bland de intervjuade, med något undantag, att *Jämlikhetsverktyget* är för omfattande, vilket uttrycks i formuleringar som att det exempelvis är för detaljerat, för svårt, innehåller för många frågor, inte är anpassat till verksamheten, ser krångligt ut och tar för lång tid. En av tjänstemännen som använt det i ett projekt bedömer det dock som ”ganska användarvänligt” (se citat ovan), även om hon beskriver en del initiala svårigheter i tolkningen och användandet.

Checklista för jämlikhet i hälsa är ett annat av de fyra verktygen. Det utvecklades för att vara en kortfattad och mindre detaljerad version av *Jämlikhetsverktyget* och består av elva frågor. Några av de intervjuade uppfattar dock även *Checklistan* som alltför omfattande för att fungera smidigt i praktiken:

Det får inte bli för mycket, det får inte bli för stort verktyg om man säger så, då blir den liksom för svår att ta med, eller ta till sig, och så. För det finns så otroligt många andra lagar och regler och verktyg som man måste använda […]så att då får det inte komma en trettio sidors lunta till liksom så där, som man ska fundera på. Och även om Checklistan är mer komprimerad så, nej, man måste plocka ner det till någonting som man orkar ta till sig. Men då är det värdefullt.

Jeanette, tjänsteman

Både projektkoordinatorn och en av tjänstmännen som använt *Jämlikhetsverktyget* i ett projekt påtalar den pedagogiska funktion som verktyget har – utöver att vara ett stöd eller en mall medvetandegör det användaren om vad jämlikhet i hälsa är och hur man kan tänka på det:

Jag tycker det är bra [med Jämlikhetsverktyget], för då får man, man får frågorna som man tänker till kring. Och det finns även frågor där som inte vi har tänkt på, och ur vilka perspektiv. Och man får en kunskap av att skriva det där.

Fredrik, tjänsteman

En ambition med verktyget är att sätta igång en intellektuell process, där användaren börjar reflektera över vad jämlikhet i hälsa kan innebära i olika sammanhang och hur man kan tänka kring det. Detta tenderar att skapa ett paradoxalt förhållande: hur komplext kan ett sådant verktyg bli innan det krockar med verksamhetens resurser i form av tid? Det blir en intellektuell utmaning att använda verktyget, snarare än det hjälpmedel man har behov av inom verksamheten.

Förmedlingen av jämlikhetsperspektivet är en funktion i verktyget som faller genom komprimering och förenkling, som exempelvis i *Checklistan,* men den överensstämmer samtidigt mer med det vissa av de intervjuade efterfrågar:

Det var mycket text så i den här, ja, det är det. Och det måste ner på verkligen bara, har det beaktats – effekt. Det ska liksom vara så, check, check, check, så. Och då kan man ha det som ett verktyg.

Jeanette, tjänsteman

Checklistan är tänkt att fungera som en bedömningsmall för olika folkhälsoinsatser. En av politikerna säger att de ännu inte kommit igång med att använda sig av *Checklistan* i bedömningarna:

Jag har, nu måste jag erkänna att jag har inte följt upp den där, men vad jag har hört är att man i alla fall från professionen har tyckt att det är bra. Och börjar vi ställa, vilket i alla fall jag kommer att göra, alltså ställa frågorna lite utifrån Checklistan, så till slut så, ja, måste man kunna svara.

Ulrika, politiker

I linje med detta problematiserar en av tjänstemännen implementeringsprocessen av verktygen. Hon lyfter den uppfattade avsaknaden av uppföljning från politikernas sida ur sitt perspektiv som tjänsteman:

Den politiska majoriteten har ju beslutat att det här [Jämlikhetsverktyget] är viktigt, och ger uppdraget till [projektkoordinatorn]. Sedan hör inte vi någonting mer om det, det efterfrågas aldrig från de politiska ledarna. […]Och då kan hon stånga sig blodig nästan så, och hon har varit hos oss flera gånger och pratat om det här, och vi har sagt, ”javisst, det här är jättebra, eller det här är inte så bra, eller det här ska du ändra på” och så. Men just det där att det aldrig sedan efterfrågas någon mer gång och det aldrig sker en uppföljning som vi ser. Det händer säkert saker där uppe, men det märker inte vi alls. Då faller det lite undan. Då läser vi av prioriteringen, så krass är nog världen faktiskt. Medan vindkraft, det ringer de om tre gånger i veckan.

Jeanette, tjänsteman

Även om det finns ett politiskt fattat beslut om att verktygen ska användas, måste detta följas upp för att slå igenom i organisationen. Uteblir uppföljningen finns risken att man väljer bort att satsa på dem, till förmån för andra arbetsuppgifter som förefaller mer akuta.

Sammanfattningsvis var de intervjuade positiva till att ha ett verktyg för folkhälsoarbetet, men endast ett fåtal hade börjat arbeta med *Jämlikhetsverktyget* i praktiken. Vid projektets slut pågick förankrings- och implementeringsprocesserna för verktyget fortfarande. Ett genomgående omdöme är att *Jämlikhetsverktyget* behöver genomgå ytterligare revideringar, utöver dem som redan har genomförts. Detta omdöme är i de flesta fall baserat på den utbildning i att använda verktyget som de intervjuade fått, snarare än praktisk erfarenhet. Verktyget beskrivs som alltför omfattande och tidskrävande för att vara användarvänligt.

Diskussion

I detta avslutande avsnitt diskuteras de centrala slutsatser som dragits av analysen, och vissa förslag för kommunens framtida folkhälsoarbete presenteras. Avsnittets disposition följer resultatdelens kategoriindelning.

Samverkan

Analysen visar att samverkan har ökat betydligt inom kommunförvaltningen – framför allt genom att man nu i mycket större omfattning än för ett par år sedan arbetar över förvaltningsgränserna. Att bryta den ”stuprörsmentalitet” som rådde mellan förvaltningarna var ett prioriterat syfte för kommunens folkhälsosatsning, och man har bland annat uppmuntrat förvaltningsöverskridande samverkan genom att prioritera sådana projekt då det gällt ansökan om ekonomiska medel. Nynäshamns kommuns satsning på ökad samverkan inom kommunen kan alltså anses som lyckad.

Samtidigt är det svårt att ur materialet dra några slutsatser om hur mycket CFF bidragit i samverkansprocessen. Ett av de samverkansområden som prioriterades av CFF var samverkan mellan primärvården och kommunen, och där projektets koordinator aktivt arbetade för en ökad samverkan mellan primärvården och kommunen genom den folkhälsosamordnare primärvården då hade. Denna samverkansprocess var redan då problematisk, men det fanns trots allt en funktion och en kontaktyta att verka mot för koordinatorn, som nu genom privatiseringsprocessen har försvunnit. Därmed försvann också en stor del av samverkansprocessen där koordinatorn aktivt verkade för ökad samverkan. Redan i förra utvärderingen konstaterades att landstinget genom bland annat primärvården skulle vara en kraftfull partner att samverka med i det folkhälsoarbete som bedrivs i kommunen, och det är beklagansvärt att samverkan nu helt försvunnit.

Utifrån det material som denna utvärdering har haft som underlag, framstår det som om det främst är kommunen själv som, genom folkhälsosatsningen, har genererat det som kan betraktas som en lyckad satsning på ökad samverkan inom kommunförvaltningen.

Delaktighet

Förra utvärderingen konstaterade att kommunen skulle kunna göra invånarna och de målgrupper till vilka olika folkhälsosatsningar riktas mer delaktiga, för att öka möjligheterna att se hur deras behov ser ut, så att resurser kan riktas mer effektivt. Analysen visar att detta behov kvarstår. Bland annat nämner några av de intervjuade att de tycker att statistiskt underlag inte räcker för att utforma insatser som verkligen når målgrupperna. Däremot finns en medvetenhet bland de intervjuade om att man kan behöva göra målgrupperna mer delaktiga, bland annat genom uppsökande verksamhet.

Att öka delaktigheten för samhällets invånare är inte okomplicerat. Möjliga inslag i delaktighets-processer är aktiviteter som medborgarråd, ”öppet hus” av olika slag, särskilda träffar, möten, etc. Dessa aktiviteter fångar ofta in dem som redan är engagerade i folkhälsofrågor, och som troligen lever mer eller mindre hälsofrämjande, och det är deras behov och önskemål som fångas in. De som man önskar veta mer om, som kanske har de största hälsoproblemen och ohälsosamma livsstilar och som är svårast att nå, kommer inte till dessa tillfällen som bygger på ”inbjudan till oss”. Aktiviteter som riktar sig till dem som är svårast att nå, baseras kanske därför bäst på uppsökande verksamhet för att få svar på frågor som:

- Vilka behov har de?
- Vilket stöd behöver de?
- Vad finns att bygga på?
- Bra och mindre bra kommunikationskanaler?
- Vem/vad påverkar målgruppens beslut och livsstil?

Man kan också tänka sig att representanter ur en viss målgrupp kan vara med och bygga upp ett projekt. Ett sådant inslag i kommunens folkhälsoarbete skulle öka invånarnas delaktighet avsevärt, bland annat med tanke på engagemang. Det handlar inte endast om att få impulser utifrån, för att exempelvis få bättre underlag om målgrupper, utan också om att öka förståelsen hos befolkningen om hur kommunens arbetsprocess ser ut. Lite har kommunen arbetat med detta genom att skapa incitament för föreningarna i Nynäshamn att ägna sig åt folkhälsoarbete. Föreningarna kan söka bidrag ur folkhälsofonden, vilket de gör genom att söka bidrag för olika aktiviteter som riktar in sig på att främja folkhälsan. Eftersom Nynäshamn är en föreningstät kommun, är detta initiativ ett bra sätt att få invånarna delaktiga och engagerade i folkhälsoarbetet. Folkhälsoarbetet delegeras ut bland invånarna, frågan sätts upp på agendan och olika hälsofrämjande insatser bedrivs – fördelarna är alltså flera.

Vad gäller delaktigheten för medarbetarna upplever några av de intervjuade tjänstemännen sig delaktiga genom att det finns goda möjligheter att uttrycka sina åsikter om kommunens verksamhet, och det pågår ett arbete för att skapa och vidmakthålla forum för medarbetardiskussioner. Däremot framför flera av de intervjuade tjänstemännen att de inte känner sig delaktiga på så sätt att de har möjlighet att påverka i den beslutsfattande processen, vilket diskuteras i relation till kommunens folkhälsosatsning, som de känner att de, som de uttrycker det, har blivit ”inkastade i”, eller att det är något som ”damp ned”. En av tjänstemännen lyfter fram vikten av att öka delaktigheten för medarbetarna vad gäller beslut om vad som ska göras i verksamheten, som en förankringsstrategi och för att öka medarbetarnas engagemang och helhetssyn på verksamheten.

Delaktighet är nära sammanlänkat med jämlikhet, då exempelvis delaktighetsprocesser kan användas som strategier för att nå en mer jämlik hälsa. Jämlikhet i ett demokratiskt samhälle torde innebära stora möjligheter att påverka beslut, kanske främst beslut som formar de egna livsvillkoren, men i realiteten varierar naturligtvis graden av delaktighet i olika sammanhang och mellan olika grupper, eftersom delaktighet sällan är jämlikt fördelad mellan olika individer och socioekonomiska grupper (Tones & Green, 2004).

Ökad delaktighet kan vara ett sätt att överbrygga klyftan mellan dem som beslutar och planerar olika insatser och insatsernas målgrupper. Dels menar förespråkarna för ökad delaktighet i samhället att det finns ett inneboende demokratiskt värde i att samhällets invånare görs delaktiga i olika beslutsprocesser, dels finns rent pragmatiska värden i ökad delaktighet genom att detta kan generera högre grader av motivation och engagemang hos målgrupperna, exempelvis för att leva mer hälsofrämjande (Tones & Green, 2004).

Det finns ett demokratiskt värde i att samhällets invånare, ”ute i samhället” såväl som medarbetarna på en arbetsplats, görs delaktiga i beslutsprocesser. Det finns också ett pragmatiskt värde i ökad delaktighet, i form av mer engagemang i det man görs delaktig i, vilket kan antas öka bland annat motivationen hos målgrupperna att leva mer hälsofrämjande, eller höja medarbetarnas ambitionsnivå i det hälsofrämjande arbetet. Den delaktighetsprocess som nu tycks vara igång i Nynäshamns kommun är alltså att betrakta som ett positivt initiativ.

Kommunikation

Delaktighet är nära sammanlänkat med kommunikation, och till stora delar skapas och vidmakthålls delaktighet genom kommunikation. I analysen framkommer det tydligt att kommunikationen i kommunförvaltningen till stora delar följer den hierarkiska strukturen – ju högre upp i hierarkin, desto tydligare hörs budskapen. Ju längre bort från chefsnivåerna i kommunorganisationen man befinner sig, desto tystare är det. Det finns alltså anledning att utveckla kommunens kommunikativa strategier för att öka tydlighet och effektivitet. Detta är naturligtvis en mycket vanlig kommunikativ struktur, men att olika budskap endast delvis sipprar nedåt i organisationen behövs åtgärdas av flera skäl. Bristfällig kommunikation kan generellt sägas vara kontraproduktiv i en verksamhet, medan kommunikation som effektivt når alla, företrädesvis i formen av en dialog när så är möjligt, kan leda till ökad delaktighet, ökad samsyn, ökat engagemang och ökade möjligheter att genomföra beslut.

Analysen visar att det inte är budskapen i sig som är otydliga. Det är kanalerna som inte fungerar, och kommunen behöver titta närmare på i vilka led det brister. Detta är antagligen något som inte är specifikt för folkhälsoarbete, utan lokaliserat till den organisatoriska strukturen.

Ytterligare incitament till att se över kommunens kommunikation och budskapsförmedling är att ”En effektiv kommunal organisation” finns angiven som ett av tre övergripande prioriterade verksamhetsområden för kommunen i styrdokumentet *Mål och budget 2009*. Effektiv, tydlig kommunikation är i allra högsta grad en del av en effektiv kommunorganisation.

Samverkan, kommunikation och delaktighet hänger ihop, de är alla delar av samma mynt – det demokratiska samhället. Vad man kan se i utvärderingen är att Nynäshamns kommunförvaltning kännetecknas en relativt hierarkisk struktur, vilket manifesteras av att samverkan oftast sker på samma hierarkiska nivå – chefer och beslutsfattande politiker samverkar med varandra och utförarna med varandra. Den hierarkiska strukturen blir också tydlig i kommunikationen – ju längre ned man är i hierarkin, desto mindre vet man. På utförarnivå är man inte medveten om de folkhälsomål som styr folkhälsosatsningen, och man har på ett mycket sent stadium fått kunskap om att man arbetar med projekt som ska utvärderas. Konsekvenser av detta är dels en minskad delaktighet i kommunens övergripande mål och visioner, dels att effektiviteten blir lidande. Analysen visar dock att kommunen nu börjat arbeta med att bryta upp de hierarkiska strukturerna genom att påbörja en process mot ökad delaktighet.

Jämlikhet i hälsa

Trots att delvis andra personer har intervjuats än de som intervjuades i den förra utvärderingen, så råder samsyn på vad jämlikhet i hälsa är bland kommunens medarbetare. Detta tyder på att det inom kommunen finns en samstämmig bild av vad jämlikhet i hälsa är, och att denna bild är relativt stabil, exempelvis tycks den inte ha förändrats över de år som projektet *Jämlikhet i hälsa* genomförts. En viktig skillnad jämfört med förra utvärderingen är dock att det nu dessutom finns en konkret medvetenhet om och en vilja att inrikta arbetet mot att främja en ökad jämlikhet i hälsa hos kommunens invånare.

Det är inte möjligt att studera vad som har bidragit till denna ökade medvetenhet och delvis ändrade inriktning av kommunens folkhälsoarbete. Anledningarna kan dock vara flera. En anledning kan vara effekter av projektet *Jämlikhet i hälsa*, vilket även en del av de intervjuade nämner. En annan orsak kan vara att de personer som nu intervjuats burit med sig en tydligare uppfattning av folkhälsoarbete för att främja hälsa. Ytterligare en anledning kan vara att det omgivande samhället, exempelvis massmedia, de senaste åren fört upp ämnet på samhällsagendan. Dock kan man konstatera att projektet *Jämlikhet i hälsa,* främst genom implementeringen av *Jämlikhetsverktyget,* har bidragit till att öka medvetenheten om hur man kan arbeta för att öka jämlikhet i hälsa, då flera av de intervjuade nämner just detta. Att projektet ensamt skulle ha medfört denna förändring är dock tvivelaktigt – i all verksamhet som sker i en social kontext är det oftast en rad olika faktorer och element som påverkar samhällsutvecklingen och människors tankar, och sällan enskilda företeelser.

Systematisering av folkhälsoarbetet

Folkhälsosatsningen bygger på en projektorganisation. Flera av de intervjuade tar upp svårigheter relaterade till att arbeta i projektform, bland annat att detta sätt att organisera arbetet inte har varit tydliggjort och nått hela vägen ut i organisationen. Vem som har ansvaret för ett enskilt projekt och hur man utvecklar en projektplan och definierar målen för projektet är en del av det som de intervjuade upplever att det funnits bristande kunskap om. Inom ramen för *Jämlikhet i hälsa* har en utbildning genomförts och ett verktyg, *Processbeskrivningsmallen*, introducerats för att stödja omställningen till att arbeta i projektform. Det är en styrka att behovet identifierats och insatser genomförts. Dock behövs för en kommun som vill börja arbeta mer i projektform en kontinuitet i utbildningen av personalen, snarare än enstaka utbildningstillfällen. Det behövs en resurs i kommunen som fortlöpande täcker behovet av stöd och utbildning på området. Implementeringen av projektorganisationen som arbetsform är en process, och de intervjuades uppfattningar indikerar att det finns förbättringar att göra, med tydligare fokus på att driva projekt.

En av systematiseringsåtgärderna i folkhälsoarbetet var att införa ett ansökningsförfarande. Medel för att bedriva folkhälsoprojekt anslås efter ansökan till folkhälsofonden. Liksom i den tidigare utvärderingen (Bakshi och Parmander, 2008) finns ett uttalat behov från kommunen att ansökningsförfarandet behöver systematiseras ytterligare, och också en beskrivning av att en sådan utveckling pågår. Exempel på en sådan formalisering kan vara att sökanden i ansökan behöver visa att man gjort en grundläggande behovsundersökning, att målen är konkreta, realistiska och uppföljningsbara, hur folkhälsan främjas genom insatsen, hur man beaktat jämlikhet i hälsa, och hur insatsen ska följas upp. Här är *Jämlikhetsverktyget* och *Checklistan för jämlikhet i hälsa* tänkta att komma till användning. Att inrätta sådana rutiner som reglerar kommunens folkhälsoarbete är en möjlig strategi för att skapa strukturer för vidmakthållande.

Redan i den tidigare utvärderingen identifierades behovet av kompetensutveckling kring utvärdering (Bakshi och Parmander, 2008), och insatser har gjorts för att möta detta genom utbildning, ett verktyg – *Utvärderingsstödsmallen*, och erbjudande om stöd i användningen av verktyget. Trots detta finns vid projekttidens slut en enighet om att behovet av kunskap om utvärdering är stort. De genomförda insatserna har inte fyllt behovet, även om några av de intervjuade ser förbättringar, så som att uppföljningar av projekt numera håller högre kvalitet och är mer egentliga utvärderingar, snarare än beskrivande rapporter som tidigare kunde vara fallet. De upplevda bristerna i planering och organisation av projekten får konsekvenser för möjligheten att utvärdera dem, exempelvis när det inte finns en tydlig projektplan.

Utvärdering är komplext och kräver kontinuerlig fortbildning om vad det är och hur man gör, så att det hålls på agendan och kunskaperna kring det utvecklas inom organisationen. Enstaka punktinsatser är inte nog. Förslag på hur man kan arbeta med att öka kunskaperna kan vara att utbilda en person på exempelvis respektive förvaltning, som då får en expert- och läranderoll inom organisationen. Man skulle kunna vända sig externt för en årligen återkommande kurs i utvärdering. Kunskap kring utvärdering är en kommungemensam fråga som de olika förvaltningarna behöver samverka kring, så att det blir en gemensam systematik för utvärderingar inom alla förvaltningar. Detta behöver samordnas och diskuteras inom kommunen. Ytterligare en möjlighet skulle kunna vara att ta tillvara den kompetens som finns hos enskilda inom kommunen vad gäller utvärderingar och inrätta en kommungemensam resursperson eller utvärderingssamordnare.

Jämlikhetsverktyget

Jämlikhetsverktyget utvecklades av CFF för att vara ett stöd i att använda ett jämlikhetsperspektiv i folkhälsoarbetet. Det är baserat på folkhälsovetenskapliga studier och begrepp och är tänkt att fungera som en brygga mellan forskning och praktik. Endast ett par av de intervjuade hade börjat använda *Jämlikhetsverktyget* i praktiken. I stort sett alla intervjuade är positiva till att ha ett verktyg och det stöd och systematisering som det kan ge. Vår uppfattning är dock att man är mer generellt positiv till att ha ett verktyg för att underlätta systematiseringen av folkhälsoarbetet, än till just *Jämlikhetsverktyget*, som uppfattas som svårarbetat.

Den praktiska implementeringen av det hade inte kommit igång i någon större utsträckning då intervjuerna utfördes. Ett antal utbildningar om *Jämlikhetsverktyget* har genomförts i kommunen som en del av implementeringsprocessen. En fråga man kan fundera över i detta sammanhang är hur praktiskt ett verktyg är om det behövs en mer eller mindre omfattande utbildning för att medarbetarna ska kunna tillämpa det i sitt arbete? Flera påpekar att det behöver utvecklas och framförallt förenklas för att tjänstemännen ska orka ta det till sig och för att det ska bli mer praktiskt användbart. Koordinatorerna för projektet har uppmärksammat att implementeringen har varit problematisk eftersom verktyget är för teoretiskt och omfattande. Under projekttiden har *Jämlikhetsverktyget* reviderats i omgångar och feedback från medarbetare i Nynäshamns kommun har utnyttjats för detta. Exempelvis integrerades en handledning i verktyget. En förenklad version, *Checklista för jämlikhet i hälsa*, utarbetades också i syfte att användas för bedömningar av ansökningar. I den förenklade versionen faller ett av syftena med *Jämlikhetsverktyget* bort, nämligen att förmedla ett jämlikhetsperspektiv till användaren. Trots den revidering av *Jämlikhetsverktyget* som redan genomförts återstår ytterligare arbete och verktyget kommer att vidareutvecklas inom *Avdelningen för tillämpat folkhälsoarbete*, Karolinska Institutet.

Det förefaller som om implementeringen av *Jämlikhetsverktyget* i kommunen generellt befann sig i en kritisk fas när intervjuerna gjordes under slutskedet av projektet *Jämlikhet i hälsa* – verktyget var fortfarande i en förankringsprocess hos politiker och i ledningsgrupper på förvaltningarna. Den parallella implementeringsprocessen var inte heller avslutad. Verktyget hade blivit introducerat på respektive förvaltning, men ännu inte blivit en del av rutinerna, som var syftet. Sådana processer tar längre tid och det är därför av vikt att inte släppa frågan när man kommit så långt, utan istället fokusera mer insatser på att etablera verktyget som en del av arbetsprocessen. Hur det som åstadkommits så långt ska vidmakthållas blir då väsentligt att ta ställning till.

Ett par hinder i implementeringen av *Jämlikhetsverktyget* har identifierats i materialet – dels är verktyget inte ordentligt förankrat i verksamheten, och dels är verktyget i sin nuvarande form för omfattande och komplext och inte tillräckligt verksamhetsanpassat. Frågan är hur det nu ska kunna vidmakthållas, när projektet *Jämlikhet i hälsa* är avslutat, koordinatorn inte längre finns kvar och varken förankrings- eller implementeringsprocessen är avslutad. Det skulle ha varit önskvärt att projektet fortlöpt tills processerna landat i organisationen.

CFF introducerade inte bara *Jämlikhetsverktyget* och *Checklistan* utan även ytterligare två verktyg. Syftena med de olika verktygen förefaller inte ha varit helt tydliga. Bitvis beskrivs överlappande funktioner mellan dem. Exempelvis kan både *Processbeskrivningsmallen* och *Utvärderingsstödsmallen* användas som stöd i planeringen av uppföljning och utvärdering av ett projekt. En förvaltning i Nynäshamns kommun har beslutat att alla projekt som fått pengar i folkhälsosatsningen ska använda sig av antingen *Processbeskrivningsmallen* eller *Jämlikhetsverktyget* för att systematiskt planera och dokumentera projektet. Detta väcker frågan om hur genomtänkta de är och om det varit mer ändamålsenligt att begränsa sig till något av verktygen. Verktygen för systematisering av folkhälsoarbetet har funnits tillgängliga inom ramen för projektet, men inte fångats upp och implementerats fullt ut i verksamheten.

Under de år *Jämlikhet i hälsa* fortlöpt har implementeringen av verktygen initierats genom olika insatser, men inte landat i organisationen. Detta kan ha ett samband med projektets omfattning och ambition. Det är möjligt att ett annat utfall kunde ha åstadkommits om projektets omfattning begränsats till någon av de ingående delarna. Områden man arbetat med i projektet är systematisering av folkhälsoarbetet, jämlikhet i hälsa, projektorganisation och utvärdering av folkhälsoarbetet. Fokus har på grund av omfattningen blivit otydligt och svårt att förmedla, liksom relationen mellan och funktionen hos de ingående delarna i projektet *Jämlikhet i hälsa*. Omfattning kunde ha begränsats mer och fokuserat exempelvis på hur man kan arbeta för att främja en ökad jämlikhet i hälsa, genom att utveckla och implementera *Jämlikhetsverktyget*. Detta är en vändning projektet tog under 2008. Den dåvarande projektledaren gjorde en välbehövlig prioritering som innebar att koordinatorn under projektets slutskede skulle fokusera på att implementera *Jämlikhetsverktyget* i kommunens verksamhet. Samtidigt ska också framhållas att jämlikhet i hälsa är en svår fråga att arbeta praktiskt med och dessutom finns det inte mycket gjort tidigare på området. *Jämlikhet i hälsas* prövande karaktär kan av den anledningen kanske ha varit nödvändig.

Avslutning

En god hälsa är en stor del av välfärden i ett samhälle. Traditionen i svensk välfärdspolitik har tidigare varit att maximera välfärden, men man har inte tillräckligt tagit hänsyn till välfärdens fördelning. Detta har medfört att de med bättre utgångsläge och bättre socioekonomiska villkor har fått möjligheter till en bättre hälsa än de med sämre utgångsläge (SoU 2000:91).

Befolkningens hälsa kan aldrig bli helt jämlik, eftersom gener, olika utsatthet för sjukdomar, olyckor etc. alltid kommer att påverka jämlikhetsgraden på ett sätt som står utanför påverkbara möjligheter. Dock kan de påverkbara villkoren för en jämlik hälsa förändras, och om Nynäshamn prioriterar främjandet av en jämlik hälsa i kommunen vore det värdefullt att initiera detta arbete med att föra en diskussion om hur man ska arbeta och fördela resurserna. Det finns inga självklara och generella lösningar, utan det handlar om val och prioriteringar som måste göras i relation till en lokal kontext. En strukturerad diskussion kan lyfta fram och tydliggöra frågan, så att man kan förhålla sig till den i verksamheten och utarbeta vissa riktlinjer för hur en mer jämlik hälsa kan främjas i Nynäshamn.

Den delutvärdering som gjordes cirka två år före denna avslutande utvärderingsstudie, visade att det då fanns en stor samsyn på vad jämlikhet i hälsa innebär, men att det samtidigt inte fanns en tydlig inriktning mot att arbeta för att främja ökad jämlikhet i hälsa. Den förra utvärderingen lyfte i samband med detta fram två viktiga aspekter på jämlikhet i hälsa:

- Det är skillnad på jämlik fördelning (”alla får lika mycket”) och att genom fördelning skapa jämlikhet (”de som har mindre får mer”).

- Det är skillnad på jämlikhet i hälsa som ideologi och praktik, skillnad mellan att betrakta jämlikhet som en princip och att faktiskt bygga in jämlikhet i hälsofrämjande praktiker och strukturer.

Under arbetet med denna avslutande utvärdering har det blivit tydligt att det finns en ökad medvetenhet om dessa två aspekter i Nynäshamns kommun. Att kommunens medarbetare och politiker lyfter fram dessa aspekter och uttrycker en tydlig vilja att rikta in folkhälsoarbetet mot ökad jämlikhet och ökad delaktighet för kommunens alla invånare visar på en lovande utveckling av kommunens folkhälsoarbete.

Referenser

Bakshi., A & Parmander, M. (2008): *Samverkan, delaktighet och kommunikation - Utvärdering av projektet Jämlikhet i hälsa.* Rapport: 2008:13. CFF/SLL.

Folkhälsorapport 2003 - Folkhälsan i Stockholms län 2003, SLL/Samhällsmedicin Rapport 2003:1.

Guba, E.G., & Lincoln, Y.S. (1989): *Fourth Generation Evaluation*. SAGE Publications, London.

Jeding, K. (1999): *Ett friskt arbetsliv - Fysiska och psykosociala orsakssamband samt möjligheter till prevention och tidig rehabilitering*. Arbetslivsinstitutet.

Pellmer, K. & Wramner, B. (2007): *Grundläggande folkhälsovetenskap*. Stockholm: Liber: 2007.

Silverman, D. (1993): *Interpreting Qualitative Data. Methods for analysing talk, text and interaction*. London: SAGE Publications.

Social atlas över Stockholmsregionen (2000) Regionplane- och trafikkontoret, Stockholms läns landsting.

SoU 2000:91: *Hälsa på lika villkor – Nationella mål för folkhälsan*. Statens offentliga utredningar.

Sydhoff J., Kvist Lindholm S., Andersson C. & Lindvall, C. (2008): *Processbeskrivning av folkhälsoarbete*. Rapport 2008:2. SLL/CFF.

Tones, K. & Green, J. (2004): *Health Promotion. Planning and strategies*. SAGE Publications, London.

ISBN 978-91-86313-20-3

På uppdrag av
Stockholms läns landsting

Karolinska Institutet