



Folkhälsomyndigheten

Folkhälsoarbetet i Sverige

En nationell kartläggning av kommuners, regioners och länsstyrelsers folkhälsoarbete 2022–2023



Denna titel kan laddas ner från: www.folkhalsomyndigheten.se/publicerat-material/. En del av våra titlar går även att beställa som ett tryckt exemplar, se våra [kundtjänst och köpvillkor](#).

Citera gärna Folkhälsomyndighetens texter, men glöm inte att uppge källan. Bilder, fotografier och illustrationer är skyddade av upphovsrätten. Det innebär att du måste ha upphovspersonens tillstånd att använda dem.

© Folkhälsomyndigheten, 2024.

Artikelnummer: 23196

Foto/Illustration omslag: Lisa Wikstrand, Johnér Premium.

Om publikationen

Denna publikation är en kartläggning av hur kommuner, regioner och länsstyrelser arbetar med folkhälsoarbete i Sverige. Utgångspunkten är det regeringsuppdrag som Folkhälsomyndigheten fick i april 2022 om att stödja länsstyrelserna i att implementera den nationella folkhälsopolitiken.

Syftet med kartläggningen är att ge en samlad bild av hur folkhälsoarbetet ser ut i Sverige i kommuner, regioner och länsstyrelser, vilka organisatoriska förutsättningar som finns, hur folkhälsoarbetet styrs, vilka aktörer som finns och hur dessa samverkar om folkhälsofrågor. Folkhälsoarbetet som avses kan vara såväl strategiskt generellt folkhälsoarbete, som arbete inriktat på en särskild folkhälsofråga, exempelvis fysisk aktivitet, psykisk hälsa eller ensamhet (se sida 22-23). Kartläggningen bidrar även till att identifiera vilka behov som finns och vilket stöd som önskas.

Kartläggningen bidrar med viktig kunskap om förutsättningar för lokalt och regionalt folkhälsoarbete som behövs i Folkhälsomyndighetens arbete med att samordna och stödja det nationella folkhälsoarbetet i syfte att uppnå det övergripande folkhälsopolitiska målet om att skapa samhälleliga förutsättningar för en god hälsa på lika villkor, för hela befolkningen och sluta de påverkbara hälsoklyftorna inom en generation. Som ett komplement till den här rapporten finns också länsvisa resultat publicerade på Folkhälsomyndighetens webb.

Resultaten visar att folkhälsoarbetet i Sveriges kommuner, regioner och länsstyrelser är olika organiserat vilket ger olika förutsättningar för att arbeta med ett strategiskt generellt folkhälsoarbete. Det innebär att vår roll som samordnande och stödjande myndighet för folkhälsofrågor behöver organiseras utifrån dessa förutsättningar för att ge likvärdiga förutsättningar för en god och jämlik hälsa oavsett var i landet man bor. Av den anledningen ser vi också ett behov av att fortsatt kunna följa hur folkhälsoarbetets förutsättningar ser ut.

Utöver att utgöra ett viktigt underlag för Folkhälsomyndighetens arbete med att vara *samlande*, *stödjande* och *pådrivande* i förhållande till berörda aktörer tror vi att resultaten också är viktiga för olika aktörer som arbetar med hälsofrämjande och förebyggande arbete oavsett sektor eller om det är offentliga organisationer, civilsamhälle eller näringsliv.

Rapporten har tagits fram av Malin Kark och Malin Åman på Folkhälsomyndigheten och ansvarig enhetschef har varit Nina Lindqvist.

Folkhälsomyndigheten

Karin Tegmark Wisell
Generaldirektör

Innehåll

Folkhälsoarbetet i Sverige	1
Om publikationen	3
Innehåll	4
Förkortningar	8
Sammanfattning	9
Folkhälsopolitiken och arbetet för en god och jämlik hälsa	9
Förutsättningar för folkhälsoarbetet skiljer sig åt i landet	9
Den nationella folkhälsopolitiken fungerar inte styrande för folkhälsoarbetet	10
Folkhälsa är inte ett samlat kunskapsområde	10
Alla kommuner har inte kunskap om hälsan i befolkningen	10
Organisatoriska förutsättningar skiljer sig åt	10
Begränsade resurser för ett långsiktigt strategiskt folkhälsoarbete	11
Folkhälsa finns inte alltid i övergripande strategiska styrdokument	11
Mindre än hälften av kommunerna prioriterade jämlik hälsa	12
Vanligast med samverkan i särskilda sakfrågor	12
Struktur och samordning för ett strategiskt folkhälsoarbete behövs	13
Summary	14
Public health policy enabling good and equitable health	14
The conditions for working in and with public health vary	14
National public health policy does not govern the actual public health work	15
Need for better public health knowledge	15
Not all municipalities have knowledge on population health	15
Organisational conditions differ across the country	16
Limited resources for long-term strategic public health work	16
Public health is not always included in strategic governing documents	17
Less than half of municipalities say that they prioritise health equity	17
Local and regional collaboration on specific matters is most common	17
Support for strategic public health work is needed	18
Bakgrund	19

Syfte och målgrupp	19
Data och metod för att kartlägga folkhälsoarbetet	19
Kommun- och regionenkät	20
Länsstyrelseenkät	21
Dialoger i länen	21
Vad är folkhälsoarbete	22
Folkhälsoarbete	22
Strategiskt folkhälsoarbete	23
Folkhälsoarbete med utgångspunkt i folkhälsopolitiken	23
Implementering och uppföljning av folkhälsopolitiken	23
Disposition och läshänvisning	25
Resultat från kartläggningen.....	26
Folkhälsa och strategiskt folkhälsoarbete	26
Olika benämning på folkhälsa	26
Grunden för ett strategiskt folkhälsoarbete är olika.....	26
Organisatoriska förutsättningar.....	26
Folkhälsoarbetet organiseras olika i kommuner och regioner	26
Funktioner inom folkhälsoarbetet	28
Olika finansiering av folkhälsoarbetet	29
Styrning och uppföljning	30
Folkhälsa i olika slags styrdokument.....	30
Förutsättningar för statistik och uppföljning inom folkhälsa	35
Olika prioriteringar för kommuner och regioner	37
Integrering av folkhälsoperspektiv.....	42
Samverkan och berörda aktörer.....	43
Förutsättningar för samverkan.....	43
Aktuella aktörer för samverkan	46
Behov av kunskap och stöd	47
Aktörer har olika behov av kunskap och stöd	47
Konkreta exempel på olika typer av stöd	53
Bilaga 1. Folkhälsopolitikens målområden och tillhörande fokusområden	54

Den nationella folkhälsopolitiken	54
Bilaga 2. Metodbeskrivning	58
Inledning	58
Framtagande av enkätfrågor om folkhälsoarbete	58
Metod medlemsenkät folkhälsa	59
Analys utifrån folkmängd.....	59
Metod länsstyrelsedata	59
Indelning av fråga om struktur och vägledning.....	60
Metod dialoger i länen	60
Målgrupper och genomförandet av dialogerna.....	60
Rapportering från dialogerna	61
Analys av resultaten från dialogerna i länen	61
Utmaningar med analys och tolkning av resultaten	62
Enkäterna	62
Material från dialogerna i länen.....	62
Bilaga 3. Sammanfattning av resultat från dialogerna i länen.....	64
Förutsättningar	64
Styrning och ledning	64
Organisation och struktur	64
Resurser och finansiering	65
Tydlig och fungerande samverkansstruktur	65
Styrkor	65
Organisatoriska styrkor	65
Styrning och uppföljning	66
Samverkan med relevanta aktörer.....	66
Behov av stöd	69
Bilaga 4. Frågeunderlag	71
Enkätfrågor från SKR:s medlemsenkät.....	71
Enkätfrågor från länsstyrelsen	72
Rapportmall för dialogerna i länen.....	74
Bakgrundsinformation	74

Aktörer i länet	74
Behoven i länet	75
Referenser	76

Förkortningar

ANDTS – alkohol, narkotika, dopning, tobaks- och nikotinprodukter och spel om pengar.

RF-SISU – Riksidrottsförbundets och SISU Idrottsutbildarnas regionala organisation.

RSS – regionala samverkans- och stödstrukturer. Stödjer kommuner och regioner i samverkan om frågor som rör socialtjänst och kommunal hälso- och sjukvård.

RUS – regional utvecklingsstrategi. En samlad och sektorsövergripande strategi för det regionala tillväxtarbetet i ett eller flera län och innehåller mål och långsiktiga prioriteringar för det regionala tillväxtarbetet.

SKR – Sveriges Kommuner och Regioner.

Sammanfattning

Den här rapporten visar på betydande skillnader i förutsättningarna för att möjliggöra en god folkhälsa över hela landet, vilket uttrycks av kommuner, regioner och länsstyrelser.

Under åren 2022 och 2023 har Folkhälsomyndigheten och länsstyrelserna haft i uppdrag, att stärka det regionala genomförandet av den nationella folkhälsopolitiken och det regionala och lokala folkhälsoarbetet. I uppdraget ingick att kartlägga hur kommuner, regioner och länsstyrelser arbetar med folkhälsoarbete i Sverige.

Kartläggningen bygger på enkätsvar från kommuner, regioner och länsstyrelser i Sverige. Enkäterna har kompletterats med resultat från dialoger med regionala och lokala aktörer i länen, som genomfördes av länsstyrelserna 2023. Kartläggningen visar vilka organisatoriska förutsättningar som finns, hur folkhälsoarbetet styrs, vilka aktörer som finns och hur de samverkar om folkhälsofrågor samt vilket stöd som efterfrågas.

Folkhälsopolitiken och arbetet för en god och jämlik hälsa

Det övergripande folkhälsopolitiska målet är att skapa samhällsliga förutsättningar för en god och jämlik hälsa och att sluta de påverkbara hälsoklyftorna inom en generation. För att ge stöd, vägledning och riktning i folkhälsoarbetet finns det folkhälsopolitiska ramverket med åtta målområden och tillhörande fokusområden. Dessa beskriver centrala livsområden och samhällsliga förutsättningar för en god och jämlik hälsa. Offentliga aktörer som är viktiga i genomförandet av folkhälsoarbetet finns också identifierade. Ramverket konkretiserar därmed centrala delar i folkhälsoarbetet och ger vägledning till verksamheter i arbetet med att skapa samhällsliga förutsättningar för en god och jämlik hälsa.

I och med att riksdagen har fattat beslut om det övergripande folkhälsopolitiska målet och målområdena ska statliga myndigheter bidra till måluppfyllnad när de planerar och genomför sin verksamhet samt fattar beslut. Kommuner och regioner har inom ramen för det lokala självstyret möjlighet att forma sitt arbete för god och jämlik hälsa utifrån de lokala förutsättningarna. De ska dock vägledas av riksdagens beslut att det svenska folkhälsoarbetet ska vara tvärsektorielt och inriktas på att skapa samhällsliga förutsättningar för en god och jämlik hälsa.

Förutsättningar för folkhälsoarbetet skiljer sig åt i landet

Hälsan och förutsättningar för hälsa ser olika ut i Sverige, liksom förutsättningarna för kommuner, regioner och länsstyrelser att arbeta hälsofrämjande och förebyggande för en god och jämlik hälsa i befolkningen. Den här kartläggningen visar på några av dessa skillnader.

Den nationella folkhälsopolitiken fungerar inte styrande för folkhälsoarbetet

Den nationella folkhälsopolitiken fungerar inte styrande för landets kommuner och regioner, men i viss utsträckning är den ett stöd för att visa på innehåll och riktning för organisationens arbete. I många kommuner fanns en låg kännedom om den nationella folkhälsopolitiken och att den användes i låg utsträckning i styrning av folkhälsoarbetet. Vanligt var däremot att Agenda 2030 nämndes som grund eller komplement för arbetet med social hållbarhet eller folkhälsoarbete i kommunen.

Alla länsstyrelser uppgav att de i någon utsträckning använde det övergripande nationella folkhälsopolitiska målet som struktur eller vägledning i sitt folkhälsoarbete, varav 16 (av 21) uppgav i hög utsträckning.

Folkhälsa är inte ett samlat kunskapsområde

Folkhälsa är inte ett samlat kunskapsområde, utan det fanns skillnader i hur folkhälsa och folkhälsoarbete definieras, och i vad som ryms inom kommuners, regioners och länsstyrelserns arbete för en god och jämlik hälsa. Kartläggningen visar att det finns behov av kunskap om folkhälsopolitiken och dess ramverk, kunskap om hälsa och förutsättningar för hälsa samt kunskap om ojämlikheter i hälsa.

Alla kommuner har inte kunskap om hälsan i befolkningen

Kommunala och regionala nulägesrapporter med statistik om hälsan och förutsättningar för hälsa finns i varierande utsträckning hos kommuner och regioner, och med olika innehåll. Folkhälsomyndighetens framtagna indikatorer för att följa upp hälsa och faktorer som påverkar hälsan utifrån folkhälsopolitikens målområden, används därmed inte genomgående som stöd för kommunala och regionala analyser.

Behovsstyrda hälsofrämjande och förebyggande insatser är viktiga inte bara för att stärka individernas möjlighet till en god hälsa, utan även för befolkningens och samhällets möjligheter att klara olika kriser. Utgångspunkten för prioriteringar av insatser och insatsområden behöver baseras på kunskap om befolkningens hälsa och samhällsliga förutsättningar för hälsa lokalt och regionalt.

För att kunna ta fram en nulägesbild av hälsan och förutsättningar för hälsa behövs kunskap och kompetens i folkhälsodata och analys och denna kartläggning visar att sådan kompetens saknas på många håll, framförallt i små kommuner. Över 66 procent av kommunerna (227 svarade på frågan) uppgav att de använde kompetens från extern aktör för att analysera och tolka folkhälsodata, motsvarande siffra för regionen var 48 procent (10 av 21 regioner).

Organisatoriska förutsättningar skiljer sig åt

Folkhälsoarbetet var vanligtvis organiserat på tjänstepersonsnivå i landets kommuner, i form av en strategisk funktion eller tjänsteperson (61 procent av 247 kommuner). Ibland var tjänsten delad med andra uppdrag och ibland fanns ingen

funktion alls som uttalat arbetade med folkhälsa. Få kommuner (5 procent) rapporterade att de hade en egen avdelning eller enhet för folkhälsoarbetet.

I regionerna organiserades folkhälsoarbetet i större utsträckning inom en egen avdelning eller enhet (52 procent), oftast under hälso- och sjukvård eller regional utveckling.

Folkhälsoarbetet uppgavs vara mer strategiskt och synligt där det fanns en särskild funktion med kunskap om folkhälsa och uttalat uppdrag att stödja ett generellt folkhälsoarbete. Eftersom en sådan funktion inte finns i alla organisationer blir förutsättningarna för ett samlat nationellt folkhälsoarbete svårare och kontaktvägarna mer svårnavigerade för ett samordnat folkhälsoarbete.

Det beskrevs både fördelar och nackdelar i folkhälsoarbetet utifrån storleken på kommunerna. Fördelar i en liten kommun kunde vara att det var korta beslutsvägar, lätt att arbeta mellan förvaltningar och i kontakten med andra verksamheter. Nackdelar var att mindre kommuner ofta hade mindre resurser, svårt att få utövare till insatser och att i en mindre kommun har samma tjänsteperson flera uppdrag att bevaka och samordna.

Begränsade resurser för ett långsiktigt strategiskt folkhälsoarbete

Vissa regioner och flera kommuner uttrycker att de hade begränsade resurser att arbeta med ett strategiskt generellt folkhälsoarbete där insatser styrs utifrån kartläggning av nuläge och behov i folkhälsan hos befolkningen, men att de ändå kan ha arbetat med insatser inom specifika sakområden. Sådana sakspecifika insatser styrdes och påverkades ofta av lagar eller riktade medel, likväl som av regeringsuppdrag och statsbidrag.

Flera deltagare i dialogerna uppgav behov av långsiktig finansiering för att kunna arbeta strategiskt med folkhälsa. Kortsiktiga satsningar kunde försvåra folkhälsoarbetet och minska möjligheten att skapa hållbara strukturer. Förebyggande arbete och tidiga insatser riskerade därmed att prioriteras ner när kommuner har det tuffare ekonomiskt, för att istället prioritera de arbeten med styrande krav så som lagar eller riktade medel.

Folkhälsa finns inte alltid i övergripande strategiska styrdokument

Samtliga regioner och de flesta kommuner (88 procent) uppgav att deras folkhälsoarbete ingick i något styrdokument. Hos regionerna fanns folkhälsoarbetet ofta i styrdokument inom mål och budget för hela organisationen, och 13 regioner uppgav att de hade eget styrdokument för folkhälsa.

I kommunerna var det bara hälften som uppgav att folkhälsoarbetet ingick i styrdokument inom mål och budget för hela organisationen och 114 uppgav att det fanns ett separat styrdokument för folkhälsoarbetet (policy, strategi eller plan). Hos kommuner fanns de generella folkhälsofrågorna inte alltid med som en del i den kommunala övergripande strategiska planeringen. Det förekom inte några skillnader i resultaten utifrån storlek på folkmängd i kommuner eller regioner.

I de fall där kommuner och region hade gemensamma övergripande mål för hälsa och jämlikhet i hälsa uppgavs det som en styrka och när folkhälsa fanns med i styrdokument så ökade förutsättningarna för att området följdes upp.

Vid samtliga länsstyrelser ingick folkhälsa på något sätt i organisationens beslutade målstyrning inklusive dess uppföljning. Vanligast var att folkhälsa ingick som ett perspektiv som ska beaktas i annan pågående verksamhet (18 länsstyrelser). Knappt hälften, 10 länsstyrelser, hade ett eller flera styrdokument för folkhälsoarbetet. Fem länsstyrelser angav att de inte hade något styrdokument, men att folkhälsa ingick i organisationens budget, vilket är deras högsta styrdokument.

Mindre än hälften av kommunerna prioriterade jämlik hälsa

Mindre än hälften av kommunerna (44 procent) uppgav att ”jämlik hälsa” var ett prioriterat område för folkhälsoarbetet. De fick ange flera områden och de mest prioriterade områdena var ”det tidiga livets villkor” (50 procent) och ”hälsofrämjande, förebyggande och tidiga insatser inom ordinarie arbete och verksamheter” (47 procent).

Av landets regioner uppgav 80 procent att ”jämlik hälsa” var ett prioriterat område, och drygt hälften ”en jämlik och hälsofrämjande sjukvård” (57 procent). Områdena kring arbete, arbetsförhållanden och arbetsmiljö samt inkomst och försörjningsmöjligheter hamnade långt ner bland prioriteringarna för både kommuner och regioner.

Vanligast med samverkan i särskilda sakfrågor

Lokal och regional samverkan om folkhälsofrågor fanns oftast mellan kommuner, regioner och länsstyrelser. Aktörer från civilsamhälle, näringsliv och myndigheter sågs som viktiga parter, men saknas ibland i det lokala och regionala folkhälsoarbetet. Andra aktörer som angavs i det lokala folkhälsoarbetet var exempelvis högsolor, kommunförbund och tandvården. En svårighet i samverkan var att kontakt- och samverkansytur på lokal och regional nivå inte alltid fanns, eftersom folkhälsa organiseras olika mellan kommuner och regioner.

Kartläggningen visar att 7 av 10 kommuner hade ett särskilt nätverk för folkhälsoarbetet och i lika många kommuner fanns ett nätverk för särskild sakfråga inom folkhälsoarbetet. I regionerna var det vanligast med ett nätverk för särskild sakfråga inom folkhälsoarbetet (90 procent) och 14 av 21 regioner hade särskilt nätverk för folkhälsoarbetet. Råd, kommittéer eller nätverk för folkhälsofrågor för politiker fanns hos 54 procent av kommunerna (247 kommuner svarade på frågan), och 62 procent av regionerna.

I dialogerna lyftes att en styrka för det generella folkhälsoarbetet var att det fanns en lång tradition av folkhälsoarbete och en fungerande samverkansstruktur. Det beskrevs också att det saknades forum för diskussioner kring vilka insatser och stöd som är av vikt för en positiv drivkraft i ett hälsofrämjande arbete.

Struktur och samordning för ett strategiskt folkhälsoarbete behövs

En rad behov av stöd uttrycks i kartläggningen och främst lyftes behov av kunskap och utbildning kring tvärsektoriellt folkhälsoarbete, förutsättningar för hälsa och ojämlikhet i hälsa. Förståelsen för folkhälsoarbetet behöver öka och behovet av en god och jämlik hälsa synliggöras.

Kommuner och regioner efterfrågade stöd för att möjliggöra ett strukturerat och samordnat folkhälsoarbete som utgår från den nationella folkhälsopolitiken. Exempelvis behöver kommunerna stöd för att få med folkhälsa i styr- och ledningsprocesserna, för att analysera folkhälsodata inför prioritering, planering och uppföljning, och för att välja insatser. Vissa kommuner behöver tillgång till bättre statistik om folkhälsa på den lokala nivån och gärna på kommundsnivå. Det uttrycktes även behov av stöd i att analysera och sammanställa dessa data.

Vidare nämndes implementeringsstöd och stöd för prioriteringar inom folkhälsoarbete, inklusive hälsoekonomiska aspekter. Dessutom gavs förslag på specifika former för stöden, exempelvis en kunskapsbank med metodstöd och utbildningar, stödmaterial för prioritering och processtöd utifrån de kunskapsmaterial om generellt folkhälsoarbete som tas fram både nationellt och regionalt.

Summary

This report points to notable differences in the conditions for enabling a good public health across the country, as expressed by municipalities, regional authorities and county administrative boards.

During the years 2022 and 2023, the Public Health Agency of Sweden and county administrative boards were assigned to work with assignments aimed at strengthening regional implementation of national public health policy, and regional and local public health efforts. The assignments included surveying how municipalities, regional authorities and county administrative boards work with public health efforts in Sweden.

The results presented in this report were derived from survey responses from Swedish municipalities, regional authorities and county administrative boards. The surveys were supplemented with results from discussions with regional and local participants from county administrative boards. The results describe current organisational conditions, how public health efforts are governed, what actors and agencies are involved and how these actors and agencies collaborate on matters of public health.

Public health policy enabling good and equitable health

The overarching public health policy goal is to create favourable social conditions for good and equitable health, and to close the health inequality gap within a generation. In order to provide support, guidance, and direction for this work, a public health policy framework with eight target areas and accompanying focus areas was devised. The eight target areas and the focus areas describe key life conditions that are necessary for good and equitable health as well as highlights public actors that are central to the implementation of the policy. Thus, the framework provides a tangible format for public health initiatives and efforts, while providing guidance on how to create the social conditions necessary for good and equitable health.

The Swedish Parliament (Riksdagen) decides on the priorities for the overall public health policy goals and target areas, with public authorities expected to achieve these targets as part of planning and implementing their own strategies and interventions. As part of the Swedish municipal autonomy and self-governance model, municipalities and regional authorities generally operate on a needs-based model, taking into account the particular needs and contexts of local communities. They are, however, expected to take guidance from the Riksdagen's decision with regard to set public health goals, targets and priorities.

The conditions for working in and with public health vary

The survey underpinning this report points to notable differences in the conditions for enabling a good public health across the country, as expressed by

municipalities, regional authorities and county administrative boards. This report describes some of these differences.

National public health policy does not govern the actual public health work

From the survey, national public health policy does not appear to direct the work of Sweden's municipalities and regional authorities. Rather, policies provide guidance, highlighting the content and direction of the organisations' work. Many municipalities express a low level of awareness on public health policy, and say they rarely use this in planning public health work. However, Agenda 2030 is often regarded as a helpful platform and a complement to local government work within the areas of social sustainability or public health.

All county administrative boards reported having used the overarching public health policy targets to a certain extent when structuring or guiding their work, with 16 boards (out of 21) stating they had used the targets to a great extent.

Need for better public health knowledge

Public health does not appear to be a shared space of collective or accumulated knowledge. Additionally, the nature of the work designed to achieve good and equitable health varies between municipalities, regional authorities and county administrative boards. The survey shows that there is a need for increased knowledge about public health policy and related frameworks. This also holds for knowledge about health and the conditions required for enabling good health.

Not all municipalities have knowledge on population health

There is an expressed need for improved skills relating to public health data and analysis including statistics on public health and health requisites. Skills in this space vary among municipalities and regional authorities, with regard to analysing content as well as tools and techniques used. Thus, local and regional analyses demonstrate an inconsistent use of the indicators established by the Public Health Agency of Sweden for monitoring health and factors that influence health, as stated by the public health policy target.

Needs-based health promotion activities and preventive measures are not only important for strengthening an individual's access to good health, but also on a population level with regards to society's ability to cope with different crises. The starting point for prioritising initiatives and areas of intervention needs to be based on knowledge about the population's health and social conditions for health, both locally and regionally.

In order to determine current status of health and health requisites, there is a need for knowledge and skills relating to public health data and analysis. This survey has shown that such skills are lacking in several places, particularly in the smaller municipalities. Over 66 per cent of the municipalities (out of 227 respondents) stated that they had enlisted external skills providers to analyse and interpret public

health data. The corresponding figure for regional authorities was 48 per cent (10 out of 21 regional authorities).

Organisational conditions differ across the country

Public health work tends to be organised by officials in the country's municipalities who act in either a strategic function, or as public health officer (61 per cent of 247 municipalities). Occasionally, the role included tasks from other domains than public health, and in some cases there was no role dedicated to public health work. Few municipalities (five per cent) reported having their own division or unit with a focus on public health work.

Regional authorities tend to organise their public health work within a separate division or unit (52 per cent), often as part of health care or regional development.

Public health work was stated to be more strategic and visible in nature when there was a function or role within the organisation focused on promoting knowledge about public health, and with a clear mission to support general public health work. However, not all organisations have such a function in place, which further complicates the conditions for comprehensive national public health work, making it more difficult to navigate contact channels for coordinated public health work.

Both the advantages and disadvantages of public health work were described based on the size of the municipalities. Smaller municipalities had the advantage of shorter decision-making processes, more straightforward collaboration between administrative divisions, and better contacts with other organisations. Smaller municipalities' disadvantages included fewer resources, and with that challenges in finding staff for implementing measures. In one smaller municipality, the same official had several monitoring and coordination tasks.

Limited resources for long-term strategic public health work

Some regional authorities and several municipalities express that they lacked the resources for working with public health in a strategic manner, where interventions are based on identified health needs. Instead, they focused on initiatives in specific areas. Sometimes this work is governed by laws or targeted funding, as well as government assignments and subsidies.

Many of those who participated in the discussions stated a need for long-term funding in order to be able to work strategically with public health matters. Short-term initiatives could complicate public health work and reduce the chance of creating sustainable structures. As municipalities experience tougher financial times, cutbacks risk being made to preventive work and early interventions, hereby favouring work with strong governing requirements such as laws or targeted funding.

Public health is not always included in strategic governing documents

All regional authorities and the majority of municipalities (88 per cent) stated that public health work was represented in a governing document. Regional authorities often included public health work in governing documents on targets and budgeting for the entire organisation, while 13 regional authorities stated they had a standalone public health governing document.

Only half of the municipalities stated that public health work was included in target and budgeting governing documents for the entire organisation, and 114 reported having a standalone public health governing document (policy, strategy or plan). Municipalities did not always include general public health matters in their overall strategic planning. No differences emerged in the results based on population size in municipalities or regional authorities.

Sharing overarching targets for health and health equity across municipalities and regions was generally viewed as a strength. Further, when public health was included as a topic in governing documents, this increased the likelihood that follow-ups would be conducted.

All county administrative boards included public health in the organisations' management objectives, including follow-ups. Most commonly, public health was included as an area or perspective within other ongoing activities (this was reported by 18 county administrative boards). About 10 of the 21 county administrative boards had one or more governing document guiding their public health work. Five county administrative boards stated that they did not have any governing documents, however they included public health in their organisational budget (which is a main governing document).

Less than half of municipalities say that they prioritise health equity

Less than half of the municipalities (44 per cent) stated that 'health equity' was a prioritised area in public health work. Municipalities were asked to list and prioritise a number of different areas. Those given highest priority were 'conditions in early life' (50 per cent) and 'health-promoting, preventive measures and early interventions within regular work and organisations' (47 per cent).

Eighty per cent of the country's regional authorities stated that 'equitable health' was a prioritised area, and around half stated 'equitable health care that promotes good health' (57 per cent). However, working conditions and the work environment, income and livelihood all placed low on the priority list for both municipalities and regional authorities.

Local and regional collaboration on specific matters is most common

Municipalities, regional authorities and county administrative boards often initiated local and regional collaborations on various public health matters. Organisations from civil society, industry and public authorities were also viewed as being important partners, although they were not always involved in local and regional

public health work. Universities, municipal associations and dental care services were also identified as being active in local public health work. Contact and collaboration arenas at local and regional levels were not always available, causing difficulties with collaboration as the way public health is organised differs between regions and municipalities.

The survey shows that seven out of ten municipalities had a special network for public health work, and the same number of municipalities had networks for specific public health work matters. Among the regional authorities, it was most common for there to be a network for specific public health work matters (90 per cent), and 14 out of 21 regional authorities had special networks for public health work. Fifty-four per cent of the municipalities (247 municipalities responded to the question) had advisory boards, committees or networks for public health work matters for politicians, and 62 per cent of the regional authorities.

From the discussion emerged a picture of how a long tradition of public health work and successful collaboration structures could provide strength to the overall public health work. Discussions also expressed a desire for more collaborative spaces and for sharing insights about successful methods and interventions for health promotion.

Support for strategic public health work is needed

The survey results pointed to an array of support needs, primarily in the form of knowledge and training on cross-sectoral public health work, and on the conditions necessary for health and health inequalities. Understanding public health work must increase and the need for good and equitable public health must be highlighted.

In general, municipalities and regional authorities wanted help in enabling more structured and coordinated public health work based on national public health policy. For example, municipalities need support for including public health perspectives in governing and management processes, to analyse public health data ahead of making prioritisations, planning and follow-ups, and for selecting what interventions to use. Some municipalities require access to better public health statistics at local level, and also when it comes to analysing and compiling data.

There was additional mention of support with implementation and prioritisation within public health work, including aspects of health economics. Furthermore, suggestions for specific forms of support were provided, for example knowledge banks offering methodological support and training, and tools for prioritisation and process support. The support must be based on the knowledge basis of general public health work that is produced nationally and regionally.

Bakgrund

Riksdagen beslutade 2018 om ett omformulerat övergripande folkhälsopolitiskt mål och en reviderad målstruktur. Utgångspunkten var förslag från Kommissionen för jämlik hälsa, som fått i uppdrag att föreslå sätt att minska hälsoklyftorna i Sverige. Folkhälsomyndigheten fick 2019 uppdrag att utveckla en stödstruktur för det nationella folkhälsoarbetet som möjliggör systematiska och samordnade insatser (bilaga 1). I det arbetet tydliggjordes vilka andra sektorer och aktörer på statlig nivå som har uppdrag av betydelse för folkhälsans utveckling, samt indikatorer för att följa upp det övergripande folkhälsopolitiska målet.

Myndigheten har sedan 2021 i uppdrag att samla och stödja befintliga aktörer samt följa upp folkhälsan och genomförandet av den nationella folkhälsopolitiken i syfte att driva på utvecklingen mot en god och jämlik hälsa. Dessutom fick Folkhälsomyndigheten och länsstyrelserna under 2022–2023 varsitt uppdrag att stärka det regionala genomförandet av den nationella folkhälsopolitiken (1–2).

Syfte och målgrupp

Syftet med rapporten är att ge en nationell bild av folkhälsoarbetet på lokal och regional nivå:

- vilka organisatoriska förutsättningar som finns för folkhälsoarbete
- hur folkhälsoarbetet styrs
- vilka aktörer som kan vara relevanta inom folkhälsoarbete
- hur samverkan om folkhälsofrågor går till
- vilka behov som finns och stöd som önskas inom det generella folkhälsoarbetet.

Målgruppen är beslutsfattare på nationell nivå, men rapporten är också användbar för de lokala och regionala aktörer som verkar inom aktuella ansvarsområden till exempel beslutsfattare och tjänstepersoner med samordningsansvar.

Data och metod för att kartlägga folkhälsoarbetet

Kartläggningen omfattar data som har lämnats från kommuner, regioner och länsstyrelser och har samlats in på tre olika sätt mellan hösten 2022 och hösten 2023. Resultaten speglar därmed förutsättningar och behov av stöd som fanns lokalt och regionalt under denna tid. Nedan följer en kort beskrivning av datakällor och metod. För mer information se bilaga 2.

Datakällorna är följande:

- ”Medlemsenkät folkhälsa”, Sveriges Kommuner och Regioner (SKR). Deras återkommande webbenkät till kommuner och regioner, som genomfördes hösten 2022.

- ”Länsstyrelseenkät”, Folkhälsomyndigheten och länsstyrelserna. Webbenkät till länsstyrelserna genomfördes av ett statistik- och analysföretag, på uppdrag av Folkhälsomyndigheten, hösten 2022.
- ”Dialoger i länen”, Folkhälsomyndigheten och länsstyrelserna. Dialoger med relevanta aktörer för folkhälsoarbetet i länen genomfördes av länsstyrelserna under maj-oktober 2023. Länsstyrelserna sammanfattade resultaten från dialogerna och rapporterade in via en standardiserad webbaserad rapportmall till Folkhälsomyndigheten.

Efter samrådsprocess med SKR (förordning 1982:668) beslutades att data om kommuner och regioner skulle användas från ”Medlemsenkät folkhälsa”. Därför saknas ibland viss information från kommuner och regioner. Exempelvis frågor om finansiering av folkhälsoarbetet, om folkhälsopolitiken som stöd i det generella folkhälsoarbetet och användning av indikatorer (bilaga 2).

Statistik- och analysföretaget bearbetade, analyserade och sammanställde svaren från SKR:s medlemsenkät och länsstyrelseenkäten. Resultaten redovisas grupperat (det vill säga på aggregerad nivå) genom kartdiagram, stapeldiagram och tabeller.

Underlagen från dialoger i länen sammanställdes av länsstyrelserna och rapporterades in till Folkhälsomyndigheten som gjorde en kvalitativ analys och sammanfattade resultaten. Dessa redovisas i rapporten i summerande textavsnitt och några ordagrant citerade beskrivningar. En kondenserad och sammanfattad text av alla dialoger i länen finns i bilaga 3.

Ibland finns det resultat från både SKR:s medlemsenkät och länsstyrelseenkäten och ibland bara från den ena, beroende på vilka frågor som ställts i respektive enkät. Varje avsnitt i rapporten avslutas med en sammanfattning av dialogerna i länen med anknytning till området.

Kommun- och regionenkät

SKR:s medlemsenkät riktades till Sveriges samtliga 290 kommuner och 21 regioner. Det var 247 kommuner och 21 regioner som svarade, vilket gav en svarsfrekvens på 85 respektive 100 procent.

I kommunerna besvarades SKR:s medlemsenkät oftast av en ”strateg på förvaltningsövergripande nivå” (63 procent) eller av en chef (25 procent), (tabell 1). Totalt 4 procent besvarades av en ”utvecklare inom specifik förvaltning, område eller målgrupp”.

Tabell 1. Svarspersonens funktion eller titel. Kommuner (n = 234).

Svarsalternativ	Kommuner Antal (procent)
Chef	58 (25)
Strateg på förvaltningsövergripande nivå	147 (63)
Utvecklare inom specifik förvaltning, område, målgrupp	10 (4)
Annan funktion eller titel (a)	19 (8)

(a) I "annan funktion eller titel" ingick till exempel biträdande kommundirektör, folkhälso- och klimatplanerare, folkhälsosamordnare, hälsokonsulent, utredare, samordnare och verksamhetscontroller.

I regionerna var det vanligast att en "strateg" (38 procent), "folkhälsochef" (33 procent) eller "chef för social hållbarhet" (14 procent) besvarade medlemsenkäten (tabell 2).

Tabell 2. Svarspersonens funktion eller titel. Regioner (n = 21).

Svarsalternativ	Regioner Antal (procent)
Folkhälsochef	7 (33)
Chef för socialhållbarhet	3 (14)
Strateg	8 (38)
Annan funktion eller titel (a)	3 (14)

(a) I "annan funktion eller titel" ingick till exempel chef för hälsoutveckling, verksamhetschef för folkhälso- och statistikenheter, basenhetschef för hållbar samhällsplanering och avdelningschef folkhälsa och hållbarhet.

Länsstyrelseenkät

Länsstyrelseenkäten riktades till Sveriges samtliga 21 länsstyrelser. Alla länsstyrelser svarade, det vill säga en svarsfrekvens på 100 procent.

Enkäten till länsstyrelserna besvarades i det flesta fall (95 procent) av en chef och/eller en person med ansvar för det strategiska och generella folkhälsoarbetet. I övrigt kunde det vara en ANDTS-samordnare (arbete som rör alkohol, narkotika, dopning, tobaks- och nikotinprodukter och spel om pengar) eller en samordnare för social hållbarhet.

Dialoger i länen

Länsstyrelserna organiserade dialogerna i länen utifrån lokala förutsättningar och behov, och i de flesta län (16 av 21) var regionen delaktig i planeringen och genomförandet. I alla 21 dialoger deltog kommuner i varierande utsträckning. De flesta aktörer som deltog var tjänstepersoner (strateger, samordnare och utvecklare), chefer och politiker inom kommuner och regioner. Även andra aktörer deltog i 12 av 21 länsdialoger, exempelvis representanter från civilsamhälle och näringsliv. Den vanligaste organisationen som deltog var RF-SISU distrikt (Riksidrottsförbundet och SISU Idrottsutbildarna).

”Det generella folkhälsoarbetet tar vidare en mindre plats i dialogen, än olika sakfrågor som snabbare kommer på tal. Å andra sidan lyfter många att summan av olika sakfrågor är en stor del av folkhälsoarbetet lokalt.”
(Beskrivning från dialoger i ett län)

Vad är folkhälsoarbete

Folkhälsoarbete

Folkhälsoarbete är ett målinriktat och organiserat arbete för att främja hälsa och förebygga ohälsa. Arbetet är tvärsektorielt och inbegriper aktörer på statlig, regional och lokal nivå. Det kan vara specifikt inriktat på ett eller flera områden, exempelvis suicidprevention, narkotikaförebyggande arbete, föräldraskapsstöd eller samhällsplanering. Det kan också handla om ett generellt folkhälsoarbete som har den nationella folkhälsopolitiken som central utgångspunkt, och som brett och samlat fokuserar på alla de samhälleliga förutsättningar som bidrar till en god och jämlik hälsa i befolkningen.

De folkhälsopolitiska målområdena som riksdagen har beslutat beskriver de samhälleliga förutsättningar som är viktiga att verka inom för att uppnå det övergripande folkhälsopolitiska målet om god och jämlik hälsa i hela befolkningen och sluta de påverkbara hälsoklyftorna inom en generation (figur 1 och detaljerad information i bilaga 1). Det övergripande folkhälsopolitiska målet och de åtta målområdena brukar beskrivas som det folkhälsopolitiska ramverket.

Figur 1. Det nationella folkhälsomålet och de åtta målområdena som tillsammans utgör det nationella ramverket för folkhälsopolitiken (bilaga 1).



Folkhälsopolitiken lägger fokus vid ett hälsofrämjande och förebyggande folkhälsoarbete där de livsvillkor och livsmiljöer eller arenor där människor föds, växer upp, har sin fritid, studerar och arbetar samt åldras är centrala. En viktig del i

folkhälsoarbetet är att beakta hur olika verksamheter och beslut påverkar olika grupper i befolkningen.

Arbetet för en god och jämlik hälsa är därmed sektorsövergripande eftersom det fokuserar på förutsättningar för hälsan, så som livsvillkor, miljöer, produkter och levnadsvanor som påverkar befolkningens hälsa. Folkhälsoperspektivet bör ingå i verksamhetens beslut och insatser, för att arbetets bidrag till en god och jämlik hälsa ska synliggöras, stärkas och bli mer effektivt. Det kan exempelvis gälla arbete inom skola, omsorg, hälso- och sjukvård och socialtjänst. Då stärks förutsättningarna för att verksamheten ska nå sina egna mål men också det folkhälsopolitiska målet. Att skapa synergier mellan olika uppdrag ger kraft och mervärde i arbetet och bidrar till en hållbar samhällsutveckling.

Strategiskt folkhälsoarbete

Strategiskt folkhälsoarbete handlar om att arbeta systematiskt och kunskapsbaserat: att regelbundet följa och analysera utvecklingen, identifiera och prioritera behov, driva och leda folkhälsoarbetet genom samverkan med relevanta aktörer, samt initiera och följa upp insatser. Det kan också handla om att föra in folkhälsofrågorna i organisationens styrning, ledning och uppföljning.

Utöver det generella strategiska folkhälsoarbetet kan en organisation arbeta med sakspecifika områden såsom ANDTS och fysisk aktivitet. De sakspecifika uppdragen är viktiga och självklara delar i folkhälsoarbetet, för att nå det folkhälsopolitiska målet.

Folkhälsoarbete med utgångspunkt i folkhälsopolitiken

Arbetet för att skapa samhälleliga förutsättningar för en god och jämlik hälsa måste bedrivas uthålligt och långsiktigt av många aktörer i Sverige, statliga, regionala och lokala. I Sverige utförs en stor del av det nationella folkhälsoarbetet i kommuner och regioner genom deras ansvarsområden. För kommuner och regioner är det övergripande nationella målet för folkhälsopolitiken och målområdena vägledande och bör fungera som stöd och inspiration i arbetet på lokal och regional nivå, till exempel i arbetet med att utarbeta anpassade strategier och system för uppföljning (3). Inom ramen för det lokala självstyret har kommuner och regioner möjlighet att forma sitt arbete för god och jämlik hälsa utifrån de lokala förutsättningarna. Folkhälsopolitiken ger därmed en viktig vägledning och riktning för det folkhälsopolitiska arbetet på alla samhällsnivåer i Sverige.

Implementering och uppföljning av folkhälsopolitiken

Folkhälsomyndigheten hade år 2020 i uppdrag att ta fram en stödstruktur för det statliga folkhälsoarbetet (4). Den består av fyra centrala delar; uppföljning, samordning, fördjupad analys och kunskapsspridning. Den förutsätter samverkan mellan aktörer och nivåer för ett samlat arbete i olika sektorer utifrån roller och mandat. Det är en arbetsmodell för det statliga folkhälsoarbetet i samverkan mellan olika sektorer och samhällsnivåer.

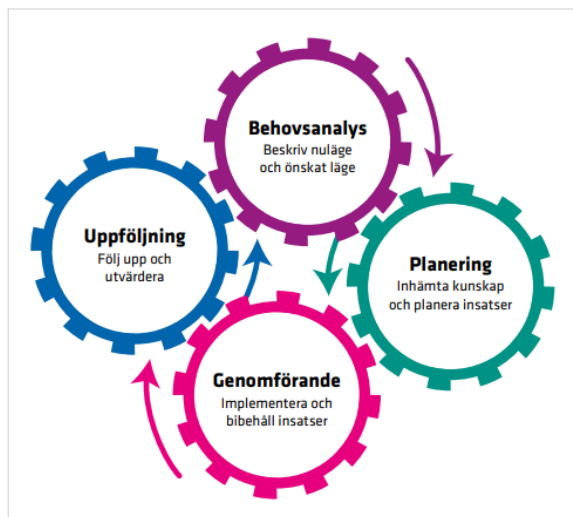
Stödstrukturen består även av ett förtydligt innehåll för respektive målområde, där en riktning pekats ut med en rad fokusområden samt vilka andra sektorer och myndigheter som är särskilt betydelsefulla för genomförandet. Även indikatorer för att följa upp det övergripande folkhälsopolitiska målet och målområdena togs fram.

Arbetsmodell för folkhälsoarbete

För att utveckla ett systematiskt och kunskapsbaserat arbetssätt kan en organisation använda sig av fyra centrala steg: behovsanalys, planering, genomförande och uppföljning. Arbetet handlar om att kartlägga behoven och göra prioriteringar, därefter identifiera vilka insatser som skulle kunna möta behoven, genomföra insatserna och till sist följa upp och utvärdera dem. Uppföljning handlar också om att följa utvecklingen av hälsoläget och förutsättningarna för hälsa i olika grupper och i befolkningen i stort. Möjligheterna att genomföra en insats kan kräva politiska beslut och finansiering. I genomförandefasen ingår att både implementera och bibehålla de valda åtgärderna.

Att implementera insatser inom folkhälsoområdet behöver utgå från den specifika kontexten. Det finns flera exempel på arbetsmodeller för utvecklingsarbete generellt och för folkhälsoarbete specifikt (5). Den så kallade snurrans är en enkel modell för folkhälsoarbete med de fyra centrala stegen (figur 2) (6). Illustrationen ger en förenklad och teoretisk bild av en sammansatt process där varje enskilt kugghjul består i praktiken av flera steg eller faser. Dessa kan i sig ställa krav på vissa förutsättningar och vara beroende av andra processer, exempelvis för prioritering.

Figur 2. Snurrans – centrala steg i modeller för ett systematiskt folkhälsoarbete (5).



Disposition och läshänvisning

Resultaten av kartläggningen presenteras utifrån centrala förutsättningar för ett systematiskt och strategiskt folkhälsoarbete. Rubrikerna är följande:

Folkhälsa och folkhälsopolitik. Inom detta område hanterar vi aspekter såsom: benämning och begrepp för folkhälsa, folkhälsopolitiken som grund för strategiskt folkhälsoarbete.

Organisatoriska förutsättningar. Inom detta område hanterar vi aspekter såsom: organisering, agendasättare, möjliggörare och resurser.

Styrning och uppföljning. Inom detta område hanterar vi aspekter såsom: målstyrning, styrdokument, prioriteringar och vägledning samt integrering och uppföljning.

Samverkan och aktörer. Inom detta område hanterar vi aspekter såsom: förekomst av samverkan, samverkansformer, aktörer i samverkan och aktiva och berörda aktörer i folkhälsoarbetet.

Behov och stöd. Inom detta område hanterar vi aspekter såsom: interna och externa behov och det stöd som önskas.

Resultat från kartläggningen

Folkhälsa och strategiskt folkhälsoarbete

Olika benämning på folkhälsa

I de länsvisa dialogerna mellan länsstyrelser, regioner, kommuner och andra lokala aktörer framkom att begreppen folkhälsa och folkhälsoarbete inte alltid används på lokal nivå. Istället används exempelvis ”social hållbarhet, jämlikhet, trygghet eller goda livsvillkor”. Det framgick att det behövs en förståelse för folkhälsoperspektivet och att alla aktörer behöver ha en gemensam bild kring vad folkhälsa är. Det påtalades också att det behövs ett helhetsperspektiv på folkhälsa så att man inte bara arbetar i stuprör med specifika sakfrågor.

Grunden för ett strategiskt folkhälsoarbete är olika

I enkäten till landets länsstyrelser svarade 20 av 21 att de arbetade med folkhälsa, och de återstående som svarade nej på frågan angav att de arbetade på annat sätt med frågor som rör folkhälsoområdet, exempelvis nämndes ANDTS-samordning och tillsyn, brottsförebyggande samordning, barn- eller funktionsrätt, mänskliga rättigheter, miljö och klimat. I SKR:s medlemsenkät ställdes ingen specifik fråga om eller i vilken utsträckning regioner och kommuner arbetar med folkhälsa. Men alla aktörer som deltog i dialogerna angav att de på något sätt arbetar med folkhälsa i sina organisationer, men saknar på vissa håll en samordnande aktör för det generella folkhälsoarbetet.

Vissa menade att strategiskt generellt folkhälsoarbete inte alltid utgör grunden för det folkhälsoarbete som länets aktörer gör på lokal och regional nivå. Några uppfattade att regionen framför allt arbetar i specifika sakområden, men att det inte fanns ett tydligt övergripande strategiskt arbete utifrån folkhälsopolitiken. Även vissa regioner uppgav sig ha begränsade resurser för ett generellt folkhälsoarbete. Vissa kommuner såg regionen som en viktig aktör i vissa sakspecifika områden, men inte alltid för det generella folkhälsoarbetet. Regionen sågs också som en viktig aktör för folkhälsodata, bland annat eftersom den gör folkhälsoenkäter för både vuxna och barn- och unga.

Några uppgav att länsstyrelserna hade, under tiden som deras folkhälsoupdrag pågått, påbörjat arbetet med att skapa samsyn och föra samman aktörer i folkhälsoarbetet i länen.

Organisatoriska förutsättningar

Folkhälsoarbetet organiseras olika i kommuner och regioner

Sveriges kommuner, regioner och länsstyrelser har olika förutsättningar för ett strategiskt generellt folkhälsoarbete och olika sätt att organisera det på. Nedan redogör vi för hur de beskrivit sin organisation.

De flesta kommuner organiserar folkhälsoarbetet på tjänstepersonsnivå, i form av en strategisk funktion eller person (tabell 3). Få kommuner har en egen avdelning eller enhet för folkhälsoarbetet, medan drygt hälften av regionerna har det. Folkhälsoarbetet i regionerna organiseras ibland under regional utveckling och ibland inom hälso- och sjukvården.

Tabell 3. Hur kommunernas och regionernas folkhälsoarbete organiseras på tjänstepersonsnivå. Kommuner (n = 247) och regioner (n = 21).

Svarsalternativ	Kommuner Antal (procent)	Regioner Antal (procent)
En egen avdelning/enhet för folkhälsoarbetet	11 (5)	11 (52)
En strategisk funktion/person för folkhälsoarbetet	145 (61)	3 (14)
Annan lösning (a)	83 (35)	7 (33)

(a) Annan lösning: I kommunerna kan folkhälsoarbetet exempelvis organiseras inom en avdelning för social hållbarhet eller regional utveckling, i en förvaltningsövergripande samverkansgrupp för folkhälsa eller i tidsbegränsade uppdrag, eller så finns ingen funktion som uttalat arbetar med folkhälsa. I regionen kan folkhälsoarbetet exempelvis organiseras under en hållbarhetsavdelning eller inom regional utveckling, en enhet för miljö och hälsa, men också med resurser inom hälso- och sjukvård.

Kommentarer från dialoger i länen kopplat organisatoriska förutsättningar

I flera av dialogerna i länen lyftes vikten av en god infrastruktur för folkhälsoarbetet, från den politiska nivån till den operativa, med ett systematiskt arbetssätt för folkhälsofrågorna. Vissa lyfte att arbetet behöver vara tvärsektoriellt och att fokus ligger på livsvillkor och samhälleliga förutsättningar för hälsa. Ett exempel är att man inom regional utveckling arbetar med generella folkhälsofrågor utifrån regional utvecklingsstrategi (RUS), i samverkan med externa aktörer. En styrka med det generella folkhälsoarbetet kan vara att det finns en politisk beredning och struktur där frågorna landar och att det finns en samordnare i kommunen som kan bidra med kunskap och innehåll till aktuella frågor om folkhälsa.

Det beskrevs att kommunstorleken kan innebära både fördelar och nackdelar. I små kommuner är det ofta korta beslutsvägar, lätt att arbeta mellan förvaltningar och lätt att få kontakt med olika verksamheter. Samtidigt har de ofta mindre resurser och svårt att få personer att genomföra insatser. Det är också vanligt att samma tjänsteperson har flera uppdrag att bevaka och samordna.

En del kommuner beskrev att många som arbetar med folkhälsa lokalt är ensamma i sin roll eller har en delad tjänst, vilket upplevdes göra det extra svårt att ha ett helhetsperspektiv i det lokala folkhälsoarbetet.

En styrka i arbetet som lyftes av regioner och framförallt av kommuner är när tjänstepersoner, exempelvis samordnare eller strateger med koppling till folkhälsoarbetet, är centralt placerade i organisationen eller ledningen så att de kan driva folkhälsofrågor både internt i kommunorganisationen och externt med lokala aktörer.

I dialogerna lyftes att en stor del av det strategiskt främjande och förebyggande arbetet i kommunerna sker ute i verksamheterna, men ingår inte alltid i de kommunala styr- och ledningsstrukturerna. Detta gör att folkhälsofrågor många gånger inte blir en naturlig del av den kommunalt övergripande strategiska planeringen. Det beskrevs att det kan vara svårt att bygga en långsiktig hållbar struktur för folkhälsoarbete i kommunen på grund av bland annat brist på tid.

Ett utvecklingsområde som beskrevs är att få ihop hälso- och sjukvården med regional utveckling så att kärnverksamheterna berikar varandra, i syfte att nå en hållbar samhällsutveckling. Generellt upplevde man att civilsamhällets organisationer är mycket viktiga inom sakområdena, men att de inte fanns med i det generella folkhälsoarbetet.

Funktioner inom folkhälsoarbetet

Enkätfrågor om specifika funktioner för folkhälsoarbetet ställdes enbart till länsstyrelserna. Någon liknande fråga fanns inte med i SKR:s medlemsenkät men diskuterades i de länsvisa dialogerna.

Samtliga länsstyrelser utom en uppgav att det 2022 fanns en eller flera utsedda chefer med ett uttalat ansvar för att driva och leda folkhälsoarbetet i organisationen. Alla uppgav att de arbetade med folkhälsa på något sätt men flera länsstyrelser visste inte om de hade specifika funktioner och tjänster för det generella folkhälsoarbetet, eftersom det var oklart vad folkhälsoarbete innebär. Sju länsstyrelser uppgav att de använde uttryck såsom ”social hållbarhet”, ”friluftsförhållanden”, ”krisberedskap” och ”miljömålsuppföljning” snarare än folkhälsa. En länsstyrelse uppgav att flera verksamheter bidrar till folkhälsa. Det är oklart hur länsstyrelserna kommer arbeta med folkhälsofrågorna när deras regeringsuppdrag avslutades i mars 2024.

Kommentarer från dialoger i länen kopplat till funktioner i folkhälsoarbetet

Utifrån Folkhälsomyndighetens sammanställning av resultaten som rapporterats in från dialogerna i länen tyder dock på att flera kommuner har en uttalad folkhälsosamordnare. Kommuner med folkhälsosamordnare lyfte att det möjliggör ett övergripande och långsiktigt folkhälsoarbete, där man kan hålla en linje i arbetet och inte bara agera kortsiktigt. Det nämndes att kommuner med samordnare oftare använder folkhälsopolitiken som ett ramverk. Vissa samordnare inom både kommunerna och regionen framförde att deras organisationer till vissa del saknar engagemang för, och kunskap om, folkhälsopolitiken. De lyfte också att verksamhetschefer och politiker behöver resurssätta och följa upp det generella folkhälsoarbetet. Andra beskrev att folkhälsosamordnarna kan ha flera uppdrag i sin tjänst såsom brottsförebyggande arbete, ANDTS, social hållbarhet och föreningssamordning. Därför kan nätverk för folkhälsosamordnare vara en styrka när det gäller att sprida kunskap, inspirera andra och ge stöd. Även kommunförbunden kan ha folkhälsosamordnare som deltar i nätverken.

Kommuner som saknar en samordnare, strateg eller kontaktperson för folkhälsa kan ändå finnas med i sammanhang kring perspektiv med koppling till folkhälsofrågor. I ett län beskrevs att det tidigare funnits en aktiv folkhälsosamordnare i en av kommunerna men sedan anställningen upphört hade ingen liknande funktion tillsatts, alternativt hade ansvarsområdet minskats, plockats bort eller fördelats ut till andra. Några av kommunerna som inte hade någon folkhälsosamordnare, såg ett behov av att tillsätta en sådan. Några civila aktörer efterfrågade också en kontaktperson eller samordnare i varje kommun för att underlätta samverkan.

”Mindre kommuner upplever ökande krav samtidigt som resurserna är små. Trots att kunskap, ambitioner och folkhälsosamordnare finns inom kommunen är det svårt att prioritera arbetsområde inom folkhälsouppdraget. Kommunernas strategier anser att det finns omfattande stöd från länsstyrelsen och regionen att ta del av, men att kommunernas egna resurser inte räcker till för att motta detta.” (Beskrivning från dialoger i ett län)

Olika finansiering av folkhälsoarbetet

Frågor om finansiering av folkhälsoarbetet ställdes enbart till länsstyrelserna och diskuterades även i de länsvisa dialogerna.

Det strategiska och generella folkhälsoarbetet på länsstyrelserna under 2022 finansierades primärt under 2022 med medel som var kopplade till olika regeringsuppdrag, enligt 19 av 21 länsstyrelser. Totalt 7 av länsstyrelserna finansierade arbetet med medel från ordinarie budget. Vidare svarade 15 länsstyrelser att organisationens finansiering av det generella folkhälsoarbetet under 2022 även täckte medel för folkhälsoinsatser, exempelvis konferenser, utbildningsinsatser och utvecklingsarbeten.

Kommentarer från dialoger i länen kopplat till finansiering av folkhälsoarbetet

Flera kommuner lyfte att de behöver mer finansiella resurser för folkhälsoarbete. Det handlade dels om behov av personal som har tid och kompetens att arbeta övergripande med folkhälsa, och dels om möjlighet att genomföra olika aktiviteter.

Det poängterades att finansieringen av det generella folkhälsoarbetet behöver vara långsiktig, men förebyggande arbete och tidiga insatser riskerar att sparas in på när kommuner har det tuffare ekonomiskt. När ekonomin är ansträngd prioriteras lagstadgade uppgifter och riktade medel.

Vidare angavs att statliga finansieringsmodellerna behöver vara mer långsiktiga. Man ansåg att statsbidrag ofta har för korta ledtider när det gäller att både ansöka om medel och använda beviljade medel. Dessutom förknippas bidragen ofta med många och höga krav på kommunen, vilket kan ”stjälpas i stället för hjälpa”. Bidragen kan därför vara en utmaning, speciellt för en liten kommun. Ett förslag som lyftes var att statsbidrag i högre grad borde fördelas för att utjämna skillnader i hälsa och därmed åtminstone delvis baseras på ojämlikheter i hälsa istället för på befolkningens storlek. Andra utmaningar med tillfälliga och kortvariga finansiella

stöd, exempelvis styrda statsbidrag, är att det är svårt att få till samverkan och strukturer för samverkan mellan olika aktörer. Medlen räcker ofta inte till insatser som är långsiktiga eller hållbara. Samtidigt lyftes att ekonomiska resurser till kommunernas och regionens arbete med folkhälsa, exempelvis riktade statsbidrag, skulle ge kraft i det generella folkhälsoarbetet på lokal nivå. I någon region poängterades att även EU-politiken är viktig, inte minst ekonomiskt.

Styrning och uppföljning

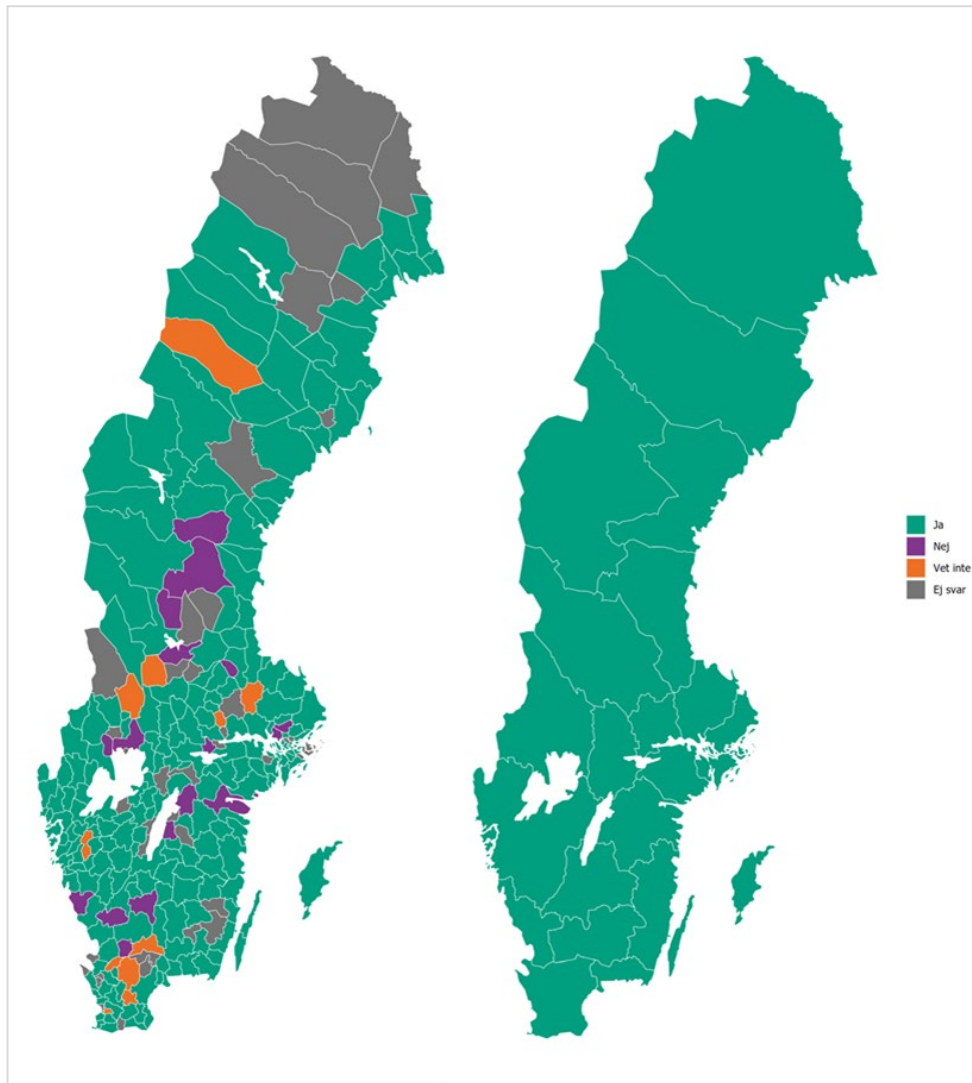
Styrning och uppföljning är viktiga delar för att utveckla och driva folkhälsoarbetet framåt. För att sådana tvärssektoriella frågor ska få genomslag behövs en styrning och ledning som prioriterar frågorna och ger en tydlig riktning och sätter tydliga mål för folkhälsoarbetet (7). Detta förutsätter i sin tur att det finns ett generellt folkhälsoperspektiv i alla organisationens verksamheter, ansvarsområden, arbetsområden eller liknande. Det tydliggörs om det finns ett styrande dokument där folkhälsofrågorna och folkhälsoarbetet ingår, samt tillhörande mål och prioriteringar. Vidare behövs uppföljningar av folkhälsan och utvärderingar av folkhälsoarbetet för att göra fortsatta prioriteringar och utveckla folkhälsoarbetet.

Folkhälsa i olika slags styrdokument

Aktörer i folkhälsoarbetet använder olika styrdokument som ofta är beslutade på olika nivåer. Folkhälsa har ibland egna styrdokument, men återfinns ofta i andra styrdokument.

I SKR:s medlemsenkät uppgav 88 procent av kommunerna att organisationens folkhälsoarbete ingick i något styrdokument (diagram 1) och av dem hade cirka hälften ett separat styrdokument för folkhälsa (tabell 4). Det var 7 procent som svarade nej och 4 procent som inte visste. Alla regioner svarade att folkhälsoarbete ingick i något styrdokument (diagram 1) och 13 regioner uppgav att de hade ett separat styrdokument för folkhälsa (tabell 4). Resultaten visar inga direkta skillnader utifrån storlek på befolkningsmängd.

Diagram 1. Kommuner respektive regioner där organisationens folkhälsoarbete ingår i ett styrdokument. Kommuner (n = 247) till vänster och regioner (n = 21) till höger.



Bland kommuner som svarat att deras folkhälsoarbete ingick i något styrdokument uppgav 53 procent att det ingick i ett styrdokument med mål och budget för hela organisationen (tabell 4), sjutton av regionerna uppgav detsamma (81 procent). Andra styrdokument där folkhälsa vanligtvis ingick var särskilt för kommunerna i separat styrdokument och översiktsplan respektive särskilt för regionerna i regional utvecklingsstrategi och styrdokument för hälso- och sjukvård (tabell 4).

Tabell 4. Styrdokument som ingår i organisationens folkhälsoarbete. Flera svarsalternativ kunde väljas. Frågan ställdes till organisationer som svarat att organisationens folkhälsoarbete ingår i något styrdokument. Kommuner (n = 215) och regioner (n = 21).

Svarsalternativ	Kommuner Antal (procent)	Regioner Antal (procent)
Styrdokument med mål och budget för hela organisationen	115 (53)	17 (81)
Regional utvecklingsstrategi (RUS)	67 (31)	17 (81)
Översiktsplan (ÖP)	76 (35)	0 (0)
Styrdokument för hållbar utveckling (t.ex. Agenda 2030)	66 (31)	11 (52)
Styrdokument för social hållbarhet	53 (25)	5 (24)
Styrdokument för jämlikhet	27 (13)	2 (10)
Styrdokument för hälso- och sjukvård	41 (19)	16 (76)
Separat styrdokument för folkhälsoarbetet (policy, strategi, plan)	114 (53)	13 (62)
Annat styrdokument (a)	42 (20)	2 (10)

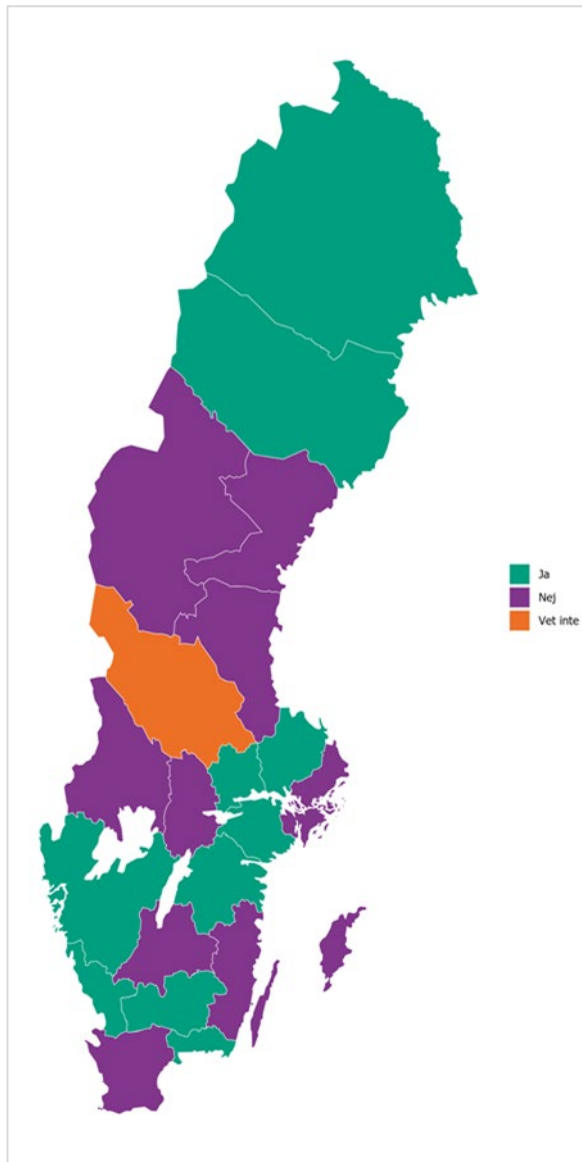
(a) Andra styrdokument som nämndes bland kommunerna var kopplade till specifika sakfrågor såsom ANDTS, psykisk hälsa och suicidprevention, barn- och ungdomsfrågor eller miljö- och klimatprogram.

I kommuner med en liten folkmängd var det vanligare med separata styrdokument för folkhälsoarbetet (policy, strategi eller plan) medan andra hade översiktsplaner eller styrdokument för hållbar utveckling (exempel Agenda 2030). Däremot hade befolkningsmässigt små regioner oftare styrdokument inom hälso- och sjukvård och de med större folkmängd hade styrdokument med mål och budget för hela organisationen.

Vid samtliga länsstyrelser ingår folkhälsa på något sätt i organisationens beslutade målstyrning inklusive dess uppföljning. Vanligast är att folkhälsa ingår som ett perspektiv som ska beaktas (18 länsstyrelser) eller att det ingår som en del av uppföljningen eller återrapporteringen (14 länsstyrelser).

Knappt hälften, tio länsstyrelser, har ett eller flera styrdokument för folkhälsoarbetet (diagram 2). Fem länsstyrelser svarade att de inte har något styrdokument, men att folkhälsa ingår i organisationens budget, vilket är deras högsta styrdokument. Folkhälsofrågorna ingår även i andra styrande dokument eller egna styrande dokument för olika sakområden inom folkhälsoarbetet.

Diagram 2. Länsstyrelser som har ett eller flera styrdokument för folkhälsoarbetet.
Länsstyrelser (n = 21).



Politiskt antagna styrdokument

Styrdokument för mål och budget för hela organisationen, RUS och ÖP är lagstadgade politiska styrdokument, därför finns inte dessa med i SKR:s följdfråga om vilket organ som beslutat styrdokumentet där folkhälsa ingår. En övervägande del av de andra icke-lagstadgade styrdokumenterna i kommuner och regioner var politiskt antagna av styrelse eller fullmäktige (tabell 5 och 6).

Tabell 5. Politiskt antagna styrdokument och antagna av vilket organ. Kommuner (n = 189).

Svarsalternativ	Av styrelse/ fullmäktige Antal (procent)	Av nämnd Antal (procent)	Av förvaltning Antal (procent)	Nej Antal (procent)	Vet inte Antal (procent)
Styrdokument för hållbar utveckling	57 (92)	0 (0)	0 (0)	2 (3)	3 (5)
Styrdokument för social hållbarhet	37 (79)	5 (11)	2 (4)	1 (2)	2 (4)
Styrdokument för jämlikhet	19 (79)	2 (8)	0 (0)	0 (0)	3 (13)
Styrdokument för hälso- och sjukvård	14 (37)	13 (34)	1 (3)	1 (3)	9 (24)
Separat styrdokument för folkhälsoarbetet	82 (77)	16 (15)	6 (6)	0 (0)	2 (2)
Annat styrdokument	12 (48)	6 (24)	0 (0)	2 (8)	5 (20)

Anm. Som svarande (n) avses här kommuner som besvarat minst en av delfrågorna om var styrdokumenterna är antagna.

Tabell 6. Politiskt antagna styrdokument och antagna av vilket organ. Regioner (n = 19).

	Av styrelse/ fullmäktige Antal (procent)	Av nämnd Antal (procent)	Av förvaltning Antal (procent)	Nej Antal (procent)	Vet inte Antal (procent)
Styrdokument för hållbar utveckling	10 (100)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	0 (0)
Styrdokument för social hållbarhet	3 (75)	0 (0)	1 (25)	0 (0)	0 (0)
Styrdokument för jämlikhet	1 (100)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	0 (0)
Styrdokument för hälso- och sjukvård	12 (75)	3 (19)	1 (6)	0 (0)	0 (0)
Separat styrdokument för folkhälsoarbetet	12 (92)	1 (8)	0 (0)	0 (0)	0 (0)
Annat styrdokument	0 (0)	0 (0)	0 (0)	1 (100)	0 (0)

Anm. Som svarande (n) avses här regioner som besvarat minst en av delfrågorna om var styrdokumenterna är antagna.

Kommentarer från dialoger i länen kopplat till styrdokument

Flera kommuner uppgav att en styrka i folkhälsoarbetet är att folkhälsoperspektivet finns i styrande dokument såsom visioner, strategier och policyer. Den regionala utvecklingsstrategin lyftes som ett starkt styrande dokument där många delar av det generella folkhälsoarbetet kan beaktas. Det beskrevs bland annat att i vissa regionala utvecklingsstrategier prioriterades jämlik hälsa, och att folkhälsa också ingår som ett tvärperspektiv i övriga prioriteringar.

Man nämnde att områden som rör folkhälsa bör nämnas och ingå i kommunernas olika styrdokument eftersom det ökar förutsättningarna för att dessa områden ska följas upp. Vidare nämndes att strategin beslutas av en nämnd i kommunen, där alla kommunordföranden sitter, vilket kan underlätta implementeringen.

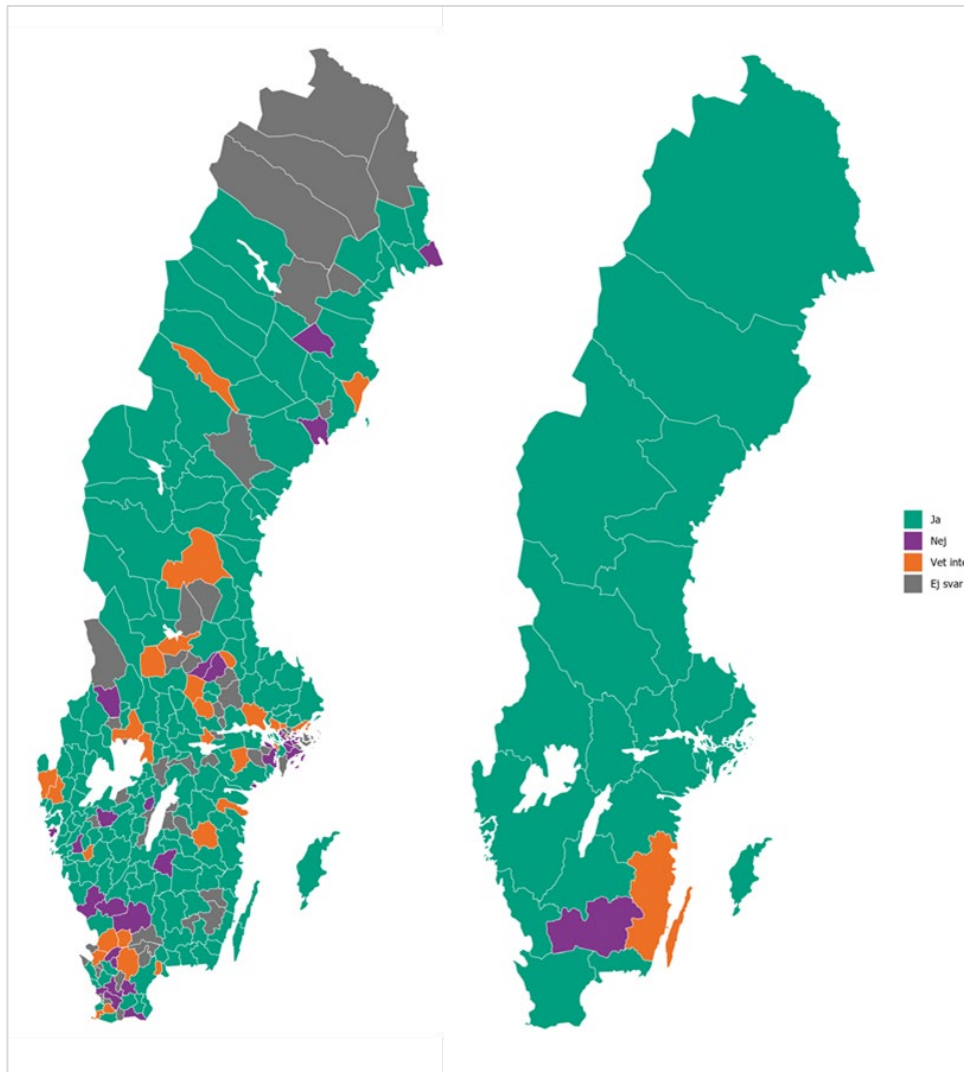
”Det viktiga är att kommunerna är med vid framtagandet av en regional handlingsplan, aktivitetsplan eller kraftsamling som har tydliga kopplingar till den regionala utvecklingsstrategin, samt en struktur för genomförandet.”
(Beskrivning från dialoger i ett län)

Förutsättningar för statistik och uppföljning inom folkhälsa

I ett kunskapsbaserat arbetssätt för god och jämlik hälsa behövs statistik om hur hälsan ser ut i befolkningen lokalt och regionalt, detta för att kunna prioritera insatser och insatsområden samt för uppföljning av folkhälsoarbetet.

I SKR:s medlemsenkät uppgav många kommuner (75 procent) att de samverkade med regionen eller med andra kommuner om statistik inom folkhälsa (diagram 3). Även regionerna uppgav detta i hög utsträckning (90 procent). Regioner med stor folkmängd (>395 000 invånare) samverkar i högre utsträckning om statistik inom folkhälsa, än regioner med liten folkmängd (<249 000 invånare). Oavsett kommunstorlek samverkar kommunerna i hög utsträckning med regionen eller kommunerna om statistik inom folkhälsa.

Diagram 3. Samverkan med regionen eller andra kommuner om statistik inom folkhälsa. Kommuner (n = 247) till vänster och regioner (n = 21) till höger.



Bland kommuner var det vanligast att använda kompetens från en extern aktör för att analysera och tolka folkhälsostatistik (66 procent), (tabell 7).

Bland regionerna var det vanligast att huvudansvaret för analysen låg på en avdelning eller enhet inom den egna organisationen (57 procent). Därefter var det lika vanligt att använda ”statistisk kompetens från annan extern aktör” som att ”en tvärsektoriell grupp med flera olika verksamheter och kompetenser” inom organisationen analyserar och tolkar folkhälsostatistik (48 procent vardera).

Tabell 7. Ansvar för att analysera och tolka folkhälsostatistik inom organisationen. Flera svarsalternativ kunde väljas. Kommuner (n = 227) och regioner (n = 21).

Svarsalternativ	Kommuner Antal (procent)	Regioner Antal (procent)
En organisationsövergripande grupp som ansvarar för all statistisk	13 (6)	1 (5)
En tvärssektoriell grupp med flera olika verksamheter och kompetenser	50 (22)	10 (48)
En särskild statistikenhet ansvarar för analyserna	18 (8)	6 (29)
Huvudansvar för analys på avdelning/ enhet för folkhälsa/ social hållbarhet	49 (22)	12 (57)
Enskild handläggare tar bearbetar och analyserar folkhälsostatistik	44 (19)	0 (0)
Statistisk kompetens från annan extern aktör	150 (66)	10 (48)
Annat sätt	27 (12)	5 (24)

De flesta av landets länsstyrelser (16 stycken) uppgav att de inte alls, eller i ganska liten utsträckning, använder indikatorer för att regelbundet följa utvecklingen inom folkhälsoområdet. Några (5 stycken) använder indikatorer i ganska eller mycket stor utsträckning.

Kommentarer från dialoger i länen kopplat till statistik och uppföljning

I dialogerna nämnde flera att statistik om hälsa och förutsättningar för hälsa behöver analyseras och användas strategiskt för prioriteringar, för att underlätta för tjänstepersoner och den politiska nivån ska få upp folkhälsofrågorna på agendan lokalt. Man menade dock att förutsättningarna för detta saknas. En del kommuner önskade att den regionala nivån tydligare vägleder arbetet utifrån analys och kunskap om befolkningen och länets behov, exempelvis i form av regionala prioriteringar.

I dialogerna lyftes även att arbetet med lägesbilder och analyser behöver förbättras, vilket kräver resurser, stöd och samverkan mellan olika organisationer. Arbetet behöver utgå från de olika organisationernas styrning, ledning och prioriteringar. Vidare efterfrågar man uppföljning och analys av arbete och insatser inom folkhälsoområdet samt stöd i analysarbetet.

”Ytterst är den statistik som belyser de lokala och regionala behoven som har utmynnat i de målområden och prioriteringar som gjorts. Dock skiljer sig inte de lokala och regionala behoven avsevärt från de nationella. Vissa prioriteringar har emellertid gjorts utifrån vad aktörer anser är särskilt angeläget att verka för lokalt.” (Beskrivning från dialoger i ett län)

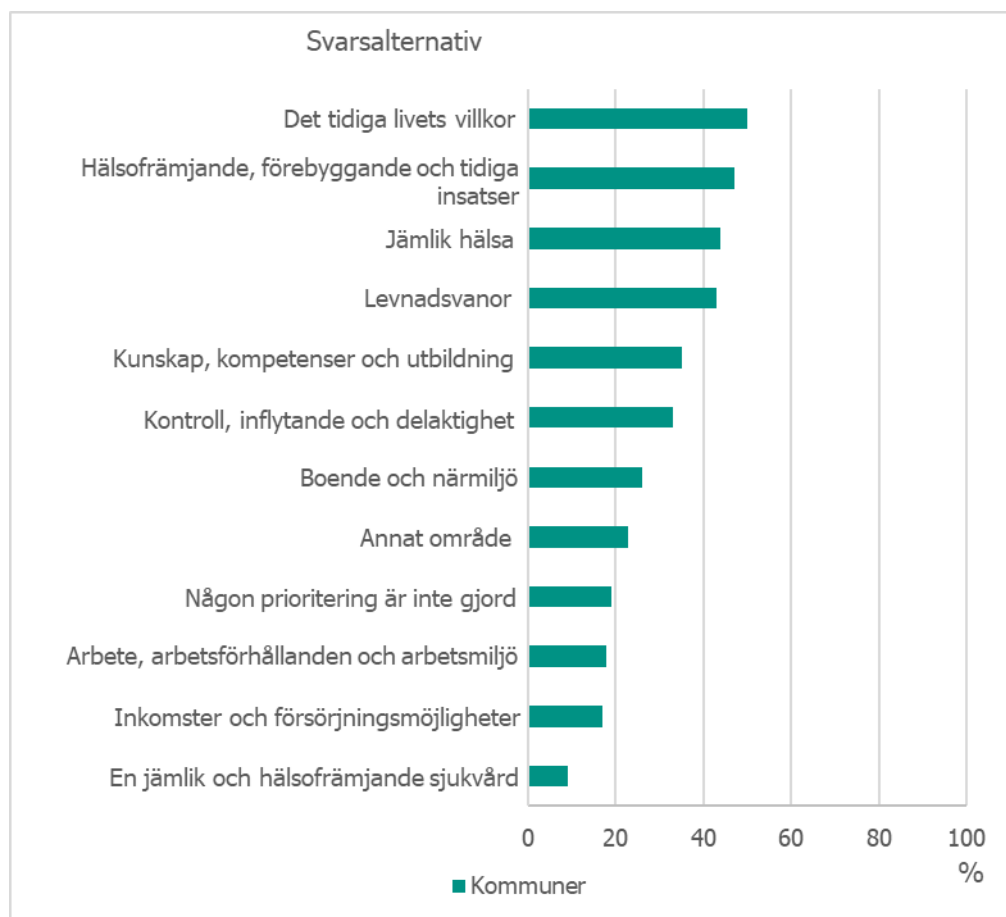
Olika prioriteringar för kommuner och regioner

En del i ett kunskapsbaserat arbete är att använda statistiken och uppföljningen som vägledning för prioriteringar. I våra resultat framgår inte i vilken omfattning detta görs, men landets kommuner och regioner svarade i SKR:s medlemsenkät vilka områden som var mest prioriterade under året. Svarsalternativen baserades på

folkhälsopolitikens mål och målområden samt på organisationens förvaltningsuppdrag (diagram 4 och 5).

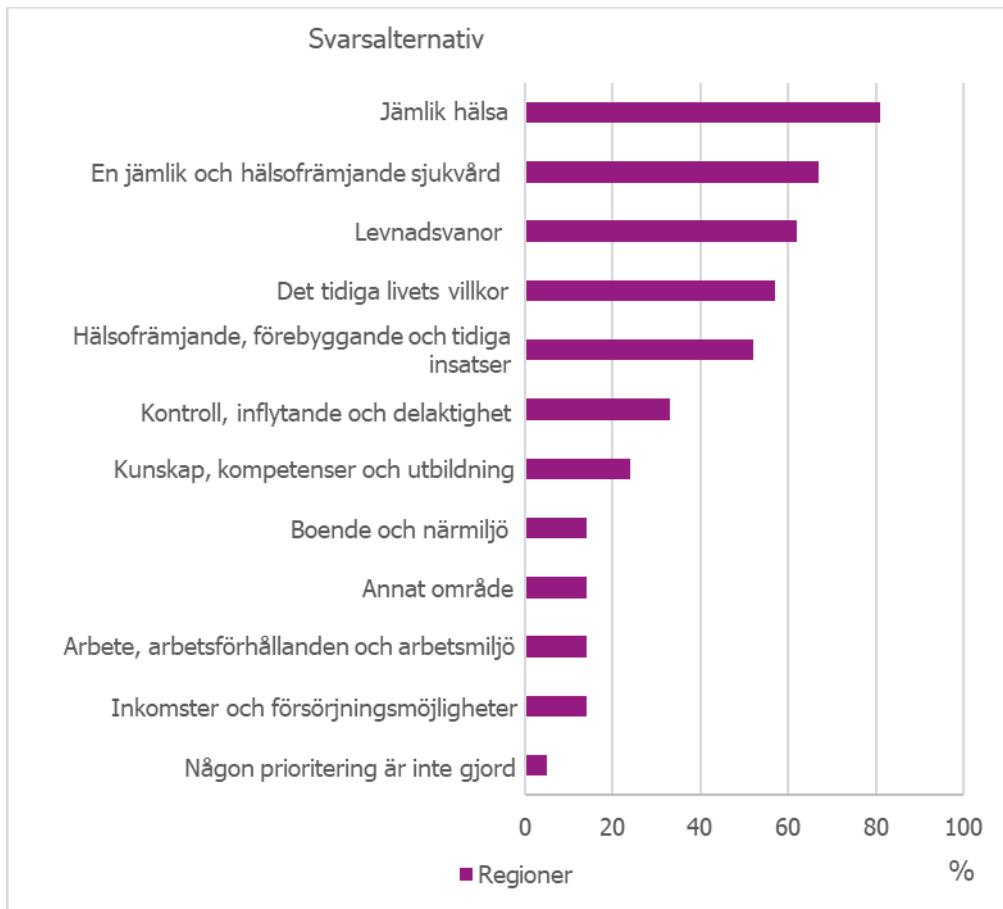
Många kommuner prioriterade att arbeta inom målområdet ”det tidiga livets villkor” (50 procent) och förvaltningsuppdraget ”hälsofrämjande, förebyggande och tidiga insatser inom ordinarie arbete och verksamheter” (47 procent), (diagram 4). Mindre än 50 procent (44 procent) av kommunerna uppgav att ”jämlig hälsa” var ett prioriterat område (diagram 4). Regioner hade prioriterat målområdena ”jämlig hälsa” och ”en jämlig och hälsofrämjande sjukvård” (81 procent respektive 57 procent), (diagram 5). Områden kring ”arbete, arbetsförhållanden och arbetsmiljö” samt ”inkomster och försörjningsmöjligheter” hamnar långt ner bland prioriteringarna för både kommuner och regioner.

Diagram 4. Kommunernas mest prioriterade områden för folkhälsoarbetet under 2022 (utifrån den nationella folkhälsopolitikens mål och målområden samt organisationens förvaltningsuppdrag). Flera svarsalternativ kunde väljas. Kommuner (n = 247).



Anm. Ett av svarsalternativen har av utrymmesskäl förkortats i diagrammet: Hälsofrämjande, förebyggande och tidiga insatser inom ordinarie arbete och verksamheter.

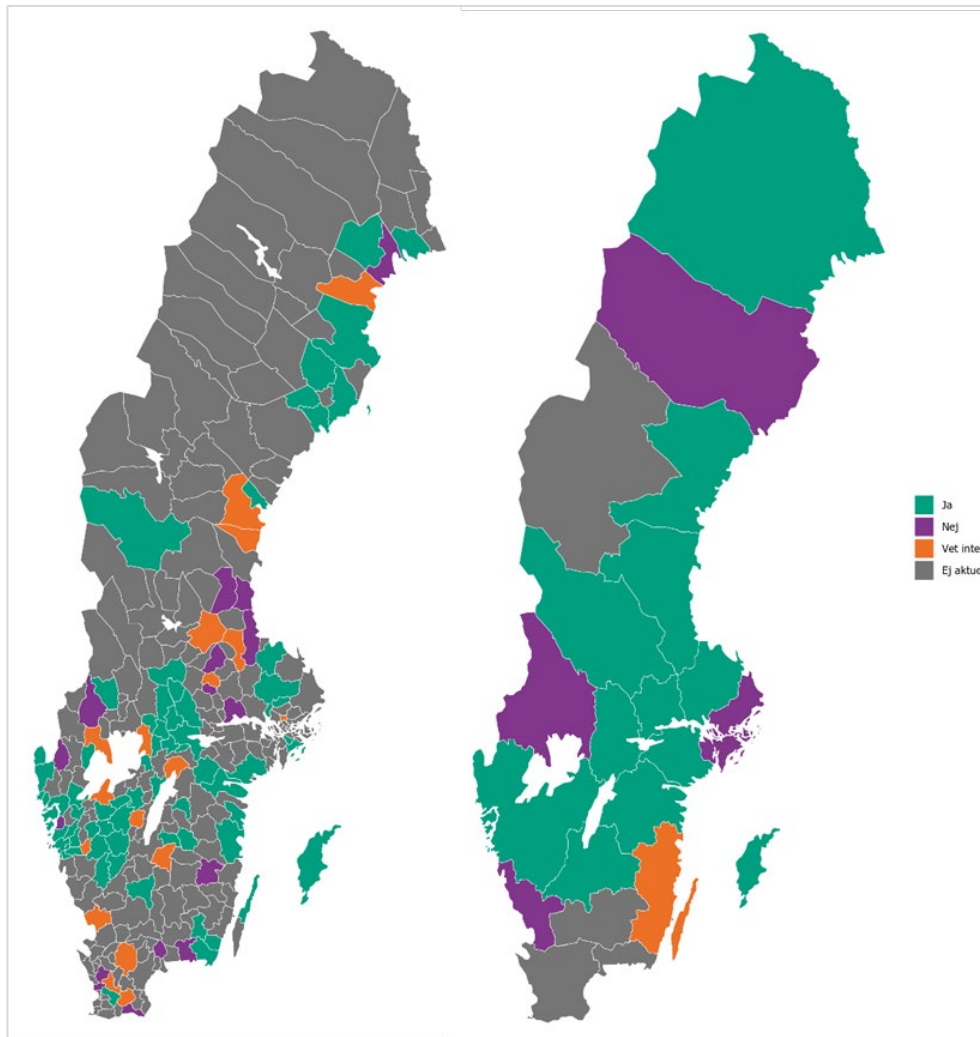
Diagram 5. Regionernas mest prioriterade områden för folkhälsoarbetet under 2022 (utifrån den nationella folkhälsopolitikens mål och målområden samt organisationens förvaltningsuppdrag). Flera svarsalternativ kunde väljas. Regioner (n = 21).



Anm. Ett av svarsalternativen har av utrymmesskäl förkortats i diagrammet: Hälsofrämjande, förebyggande och tidiga insatser inom ordinarie arbete och verksamheter.

Kommuner (105 svarande) och regioner (17 svarande) som svarat att ”jämlik hälsa” är ett prioriterat område, uppgav flera att de hade gemensamma mål och insatser för en god och jämlik hälsa. Diagram 6 visar spridningen av svaren mellan kommuner och regioner.

Diagram 6. Kommuner respektive regioner som prioriterat gemensamma mål och insatser för en god och jämlik hälsa under 2022. Kommuner (n = 105) till vänster och regioner (n = 17) till höger.



Frågan ställdes till organisationer som svarat att man prioriterat jämlik hälsa under 2022.

Alla länsstyrelser uppgav att de i någon utsträckning använde det nationella folkhälsopolitiska målet som struktur eller vägledning i deras folkhälsoarbete. Flera uppgav (16 stycken) att de använde det i hög utsträckning (diagram 7). På motsvarande sätt använde alla länsstyrelser i någon utsträckning de åtta nationella folkhälsopolitiska målområdena som struktur eller vägledning i folkhälsoarbetet, där 12 uppgav det i någon utsträckning (finns ej redovisat i något diagram).

Diagram 7. Struktur eller vägledning som länsstyrelserna i hög utsträckning använder i sitt folkhälsoarbete. Länsstyrelser (n = 21).



Anm. Med hög utsträckning avses svarsalternativen 5 och 6 på en sexgradig skala, se mer utförlig beskrivning i bilaga 2. Andra nationella politiska målområdena som lyfts var exempelvis jämställdhetspolitiska mål, mål för funktionshinderspolitiken och ANDTS-politiken.

Kommentarer från dialoger i länen kopplat till prioriterade områden

I dialogerna nämndes att ett lokalt folkhälsoarbete förutsätter att folkhälsopolitiken lyfter och prioriterar en god och jämlik hälsa och att folkhälsoarbetet omfattar hela kommunen och dess verksamheter, exempelvis samhällsplaneringsprocessen.

Man tog också upp att en god och jämlik hälsa i hela befolkningen är en förutsättning för regional utveckling och både kommuner och regioner ansåg att detta behöver bli tydligare. Exempelvis skulle förutsättningarna för folkhälsoarbetet förbättras om folkhälsoperspektivet framkom tydligare i regionala styrdokument, såsom den regionala utvecklingsstrategin, och konkretiserades i mål och prioriteringar. Man uppgav att folkhälsopolitiken och dess målområden används i vissa län som stöd för att ta fram styrdokument såsom målvisioner, planer, strategier och program för folkhälsa, samt kommunala kartläggningar.

Flera lyfte vikten av gemensamma målbilder och menade att lokala lägesbilder av folkhälsan och samhällseliga förutsättningar för hälsa används strategiskt för prioriteringar inom folkhälsoarbetet i länet. Flera nämnde att den statistik som finns tillgänglig även behöver analyseras lokalt, men att förutsättningar för det saknas. Många kommuner beskrev att de behöver kunskap och stöd i dataanalys, och vissa vill ha stöd i nästa steg när de ska göra prioriteringar i folkhälsoarbetet.

Det finns farhågor om att folkhälsoperspektivet tappas bort i den snabba samhällsomvandling som pågår och därför behöver man ta hänsyn till att samhällsomvandlingen påverkar både kommunerna och länets befolkning på olika sätt.

Vissa kommuner reflekterade över att mycket i deras målstyrning går att koppla till de folkhälsopolitiska målområdena. En stor del av kommunernas verksamhet är lagstyrd, exempelvis genom skollagen och socialtjänstlagen, vilkas innehåll har

stor betydelse för folkhälsoområdet. Dokument om målstyrning behöver adresseras till fler mottagare i kommunerna, det vill säga till olika delar av verksamheten. Agenda 2030 nämndes som en bra struktur för detta.

Flera folkhälsosamordnare uppgav att det folkhälsopolitiska målet och målområdena inte användes praktiskt i kommunens folkhälsoarbete. De var själva bekanta med målområdena, men menade att de i kommunens övriga folkhälsoarbete mer ses som ett komplement till Agenda 2030. I vissa kommuner är målområdena integrerade i styrdokument med kopplingar till folkhälsa och används i kommunikation med ledning och politik i syfte att utbilda, ge kunskap och öka förståelsen. Politiker och beslutsfattare i samma län gav en liknande bild av hur folkhälsopolitiken användes.

Både samordnare, kommunchefer och politiker upplevde att den nya brottsförebyggande lagen gett kraft, även till det generella folkhälsoarbetet och på det sättet blivit en styrka i länets folkhälsoarbete.

”Regionens och kommunernas folkhälsoarbete utgår från det övergripande målet om en jämlik hälsa och de åtta målområdena som återfinns i avtal, styrdokument och på hemsidor. Prioriteringar görs utifrån regionala och lokala behov.” (Beskrivning från dialoger i ett län)

Integrering av folkhälsoperspektiv

Folkhälsoarbetet kan vara ett eget och avgränsat område eller ett integrerat folkhälsoperspektiv i de olika organisationerna, och valet kan påverka hur arbetet bedrivs. Frågor om att integrera folkhälsoperspektivet ställdes enbart till länsstyrelserna, men har även diskuterats i dialogerna.

Totalt 19 av 21 länsstyrelser arbetar i någon utsträckning med att föra in folkhälsoperspektivet i andra pågående arbeten i organisationen. De vanligaste var:

- andra frågor som rör social hållbarhet
- friluftsförhållanden
- Agenda 2030-frågor
- samhällsplanering och boende.

Svarsalternativet ”landsbygdförhållanden” valdes av minst antal länsstyrelser.

”Länsstyrelsen ser att det finns utvecklingspotential för länets folkhälsoarbete när det kommer till att belysa fler aktörers arbete kopplat till folkhälsopolitiken. Både för att öka kunskapen i kommunerna kring hur arbete inom folkhälsoområdet kan gynnas av samverkan med övriga aktörer, och för att öka kunskapen om folkhälsopolitiken inom respektive organisation och kopplingen mellan folkhälsopolitiken och organisationers och aktörers verksamhet och uppdrag” (Beskrivning från dialoger i ett län)

Kommentarer från dialoger i länen om integrering av folkhälsoperspektiv

Ett område där folkhälsa beskrevs ha integrerats är inom RUS, där olika folkhälsoprojekt och folkhälsouppdrag startats upp. RUS:en uppgavs vara en viktig länk mellan folkhälsopolitik och aktörer på lokal och regional nivå.

En del kommuner uppgav att de vet för lite om folkhälsopolitiken och använder den i låg utsträckning i sin styrning av folkhälsoarbetet. Fokusområdena är också överlag mindre kända i kommunerna. Däremot nämndes att Agenda 2030 kunde ligga som grund för eller kompletterat arbetet med social hållbarhet och folkhälsoarbete, och i vissa fall fungerar Agenda 2030-samordnare också som bärare av folkhälsofrågorna. Det nämndes också att kunskapen om folkhälsopolitiken och målområden är mindre inom civilsamhället och näringslivet. Kommunförbunden bedömdes i vissa dialoger inte bedriva något generellt folkhälsoarbete, men de nämndes av kommunerna som en viktig aktör i vissa frågor, exempelvis psykisk hälsa och tidiga samordnade insatser.

Samverkan och berörda aktörer

Förutsättningar för samverkan

Samverkan mellan aktörer är viktigt för ett gemensamt arbete som kan behöva utföras mellan olika sektorer. I SKR:s medlemsenkät svarade en majoritet av kommunerna och regionerna att det finns olika övergripande nätverk där folkhälsofrågor ingår och där tjänstepersoner deltar (tabell 8). I 7 av 10 kommuner finns ett särskilt nätverk för folkhälsoarbetet och i lika många kommuner finns ett nätverk för någon särskild sakfråga inom folkhälsoarbetet. I regionerna var det vanligast med ett särskilt nätverk för någon särskild sakfråga inom folkhälsoarbetet (tabell 8).

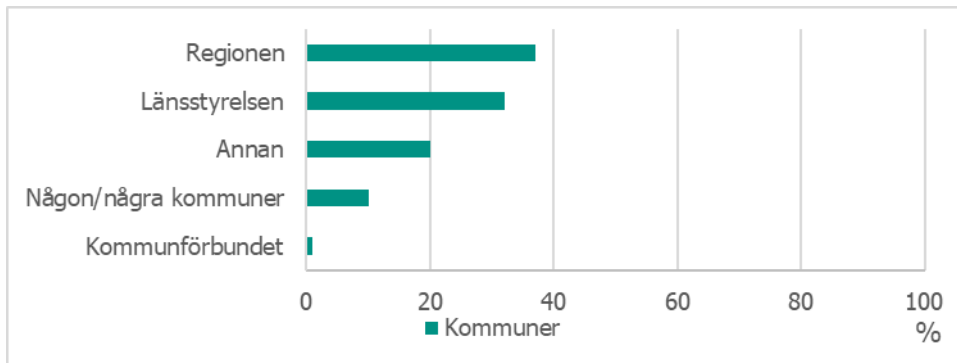
Tabell 8. Typer av övergripande nätverk för tjänstepersoner där folkhälsofrågor ingår. Flera svarsalternativ kunde väljas. Kommuner (n = 247) och regioner (n = 21).

Svarsalternativ	Kommuner Antal (procent)	Regioner Antal (procent)
Det finns ett särskilt nätverk för folkhälsoarbetet	167 (71)	14 (67)
Det finns ett särskilt nätverk för särskild sakfråga inom folkhälsoarbetet	168 (71)	19 (90)
Det ingår i nätverk med andra frågor (a)	54 (23)	8 (38)
Det finns inget nätverk där folkhälsofrågor ingår	7 (3)	0 (0)

(a) Nätverk med andra frågor, där folkhälsofrågor diskuterades var exempelvis hållbar utveckling, Agenda 2030 och regional utveckling. I regionerna fanns även regional samverkan och stödstruktur (RSS).

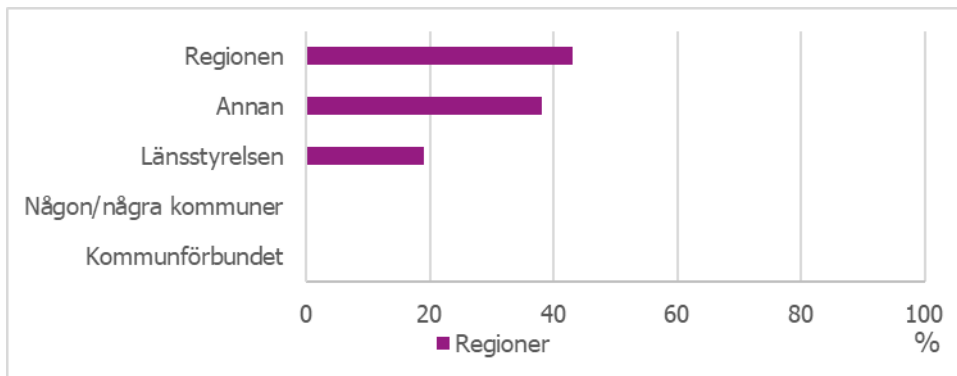
I nätverken för folkhälsoarbetet ingick kommuner, regioner och länsstyrelser, och ibland även andra organisationer såsom, Polisen, föreningslivet, civilsamhället, näringslivet, studieförbund, eller andra myndigheter och universitet. Det var vanligast att regioner eller länsstyrelser samordnade nätverken (diagram 8 och 9).

Diagram 8. Samordnare av nätverket. Frågan ställdes till organisationer som svarat att folkhälsofrågor ingår i något nätverk. Kommuner (n = 228).



Anm. Annan omfattade till exempel olika samordnare, kommunförbundet, högskolor och SKR.

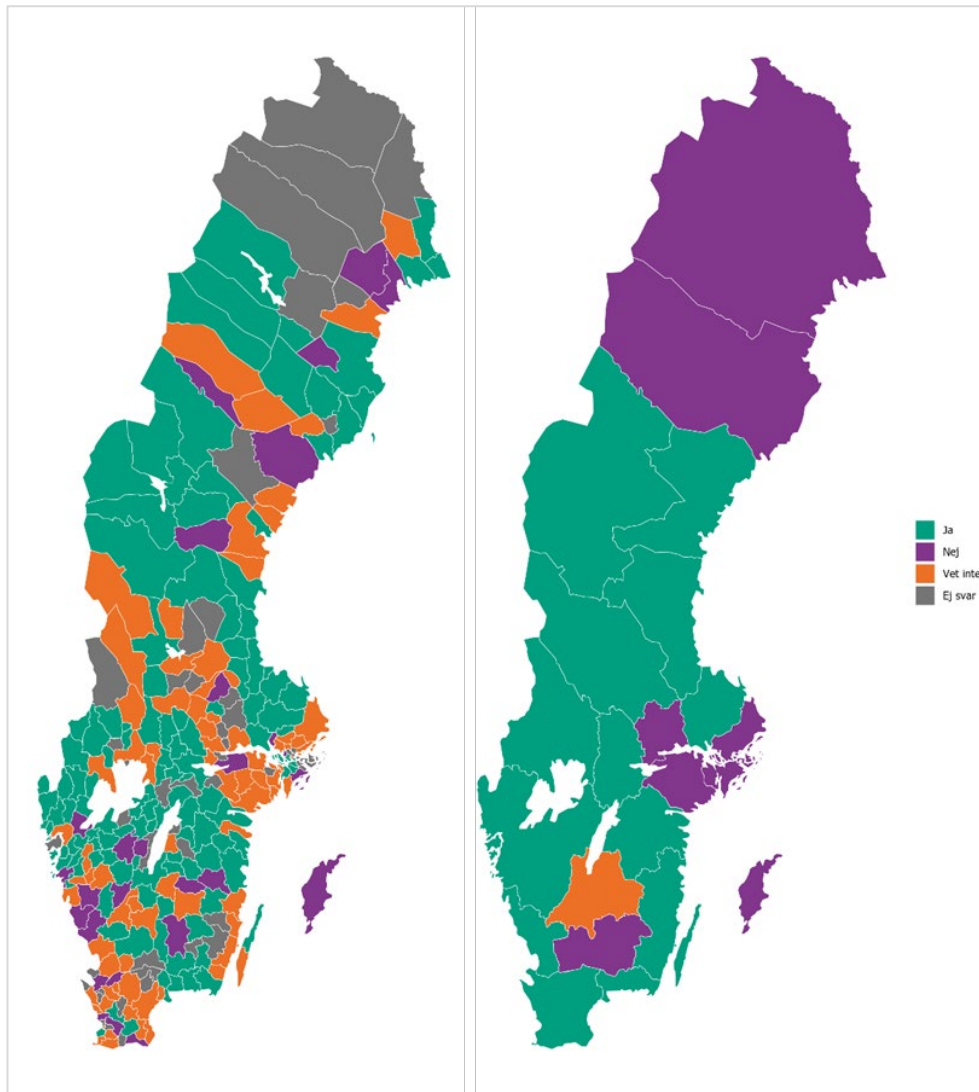
Diagram 9. Samordnare av nätverket. Frågan ställdes till organisationer som svarat att folkhälsofrågor ingår i något nätverk. Regioner (n = 21).



Anm. Annan omfattade till exempel kommunförbundet och RF-SISU.

I SKR:s medlemsenkät svarade drygt hälften (54 procent) av kommunerna att det finns någon form av råd, kommitté eller nätverk för politiker där folkhälsofrågor diskuteras (diagram 10). Motsvarande andel bland regionerna var 62 procent. Var tredje kommun (34 procent) svarade att de inte visste. Kommuner med liten folkmängd hade i högre utsträckning ett råd, en kommitté eller ett nätverk för politiker jämfört med större kommuner. I kommuner med större folkmängd var det fler som angav att det inte finns något sådant eller att de inte visste. Däremot är andelen densamma i regioner, oavsett storlek på folkmängd.

Diagram 10. Nätverk i länet för politiker där folkhälsofrågor diskuteras.
Kommuner (n = 247) till vänster och regioner (n = 21) till höger.



Kommentarer från dialoger i länen kopplat till samverkan

I dialogerna lyftes att struktur och samverkan är centralt för att lyckas i folkhälsoarbetet, både i regionerna och i kommunerna. Flera tog upp samverkan som en framgångsfaktor med det hälsofrämjande perspektivet i fokus, både internt och externt. Intern samverkan, exempelvis i form av styrgrupper eller råd, beskrivs som viktigt för att integrera folkhälsoperspektiven brett i organisationen.

När det gäller styrkor för det generella folkhälsoarbetet nämnde någon att kommunen har en lång tradition av folkhälsoarbete och att länet har en fungerande samverkansstruktur. En annan styrka som lyftes i ett län var att samtliga kommuner och regionen i länet har en ”överenskommelse om ett strategiskt samarbete”, exempelvis inom folkhälsonätverk för tjänstepersoner och även för ledningssamverkan.

Det beskrevs också att det saknades forum för diskussioner om vilka insatser och stöd som är viktiga för en positiv drivkraft i ett hälsofrämjande arbete.

Aktuella aktörer för samverkan

De flesta länsstyrelser svarade att de samverkar inom folkhälsoarbetet med myndigheter, regioner och kommuner (diagram 11). Utöver dessa förekom samverkan med ytterligare aktörer, men i lägre utsträckning.

Diagram 11. Aktörer för samverkan med funktioner på länsstyrelsen som ansvarar för det generella folkhälsoarbetet. Andel länsstyrelser (%) som svarade att man samverkar med respektive aktör. Länsstyrelser (n = 21).



Anm. Med samverkan avses både formaliserad och inte formaliserad sådan. Under svarsalternativ "Annat" nämndes exempelvis idrottsförbund, studieförbund, Rise Research Institutes of Sweden (RISE), Sveriges forskningsinstitut och innovationspartner samt nätverk för samisk kulturförståelse i världen.

Kommentarer från dialoger i länen kopplat till aktörer för samverkan

I dialogerna nämndes regioner, kommuner och civilsamhälle som viktiga aktörer när det gäller att genomföra det generella folkhälsoarbetet i länet, följt av länsstyrelser, andra myndigheter, kommunförbund, näringslivet samt högskolor och universitet.

Eftersom resurserna är begränsade var det vanligare med samarbete inom mer sakspecifikt folkhälsoarbete såsom psykisk hälsa, funktionsrätt och ANDTS-frågor. En fråga gällde om det saknas någon aktör i folkhälsoarbetet, och näringslivet var det vanligaste svaret följt av andra myndigheter, fackföreningar, civilsamhälle, högskolor och universitet samt kommuner och kommunförbund.

Deltagarna var intresserade av att samarbeta med näringslivet och civilsamhället, men behöver först identifiera dessa aktörer, på både lokal och regional nivå. Kommunförbundet nämndes av en del kommuner som en viktig aktör i vissa frågor, exempelvis psykisk hälsa och "tidiga samordnade insatser", men man tog också upp att förbundet inte alltid bedriver något generellt folkhälsoarbete.

Vidare lyftes att myndigheter är viktiga parter som dock saknas i det lokala och regionala arbetet eftersom de anses befinna sig långt från det lokala folkhälsoarbetet. Det ses dock som viktigt att myndigheter samordnar arbete med varandra, då myndigheter kan vara viktiga bärare av folkhälsoperspektivet i sina uppdrag. Man nämnde till exempel Polisen och privatägda bostadsbolag som viktiga aktörer när det gäller trygghet, tillit, boende och närmiljö. Vidare ville man gärna samverka med tandvården.

”Nationella myndigheters uppdrag inom de åtta målområdena samt SKR:s roll och uppdrag kring stöd för kommuner och regioner i sitt folkhälsoarbete behöver tydliggöras så att utväxlingen på regional och lokal nivå ökar.”
(Beskrivning från dialoger i ett län)

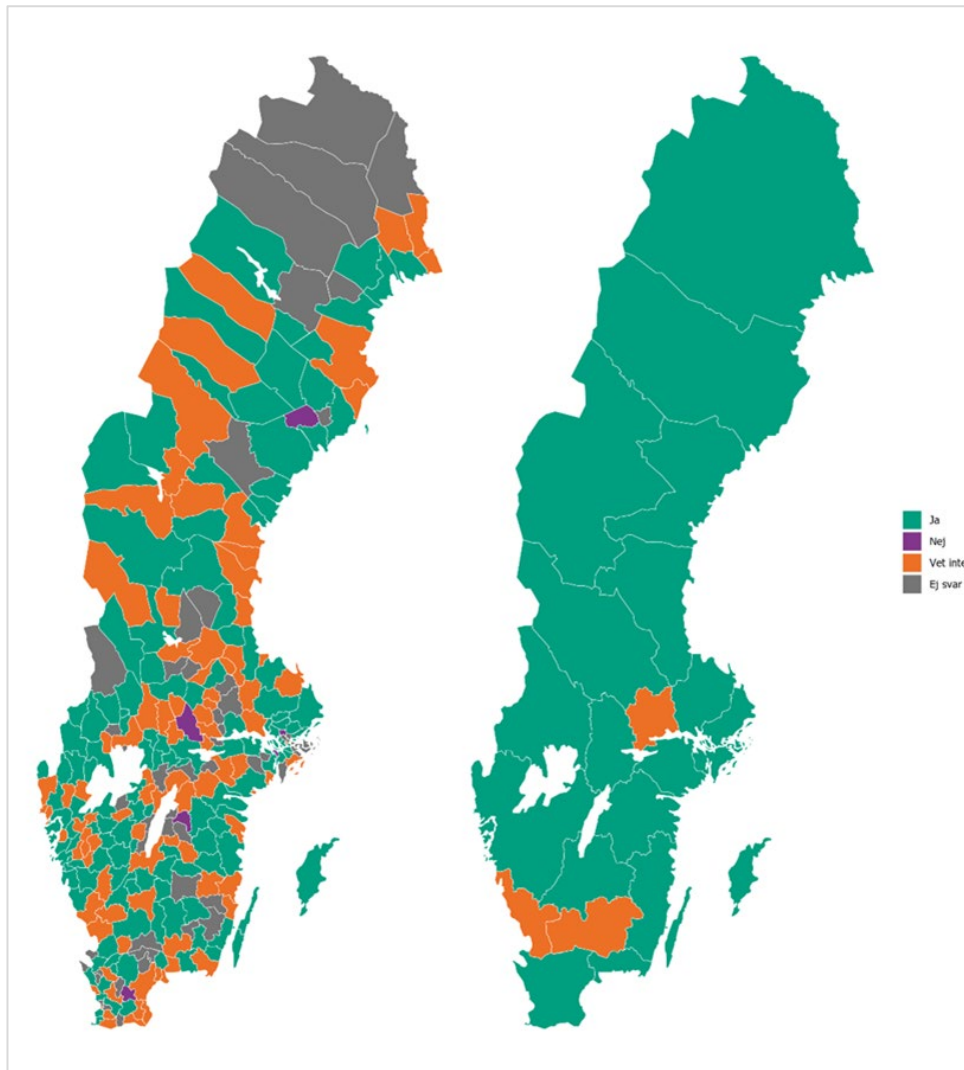
Behov av kunskap och stöd

Behov av kunskap och stöd samt förbättringsområden kommer från enkäerna till kommuner, regioner och länsstyrelser och de länsvisa dialogerna. Frågan i SKR:s medlemsenkät handlade om önskat stöd från SKR men det kan finnas andra aktörer som kan bistå med stöd, exempelvis regioner, myndigheter och länsstyrelser. I länsstyrelsens enkät och dialogerna i länen var frågan mer öppen och gällde alla olika typer av stöd.

Aktörer har olika behov av kunskap och stöd

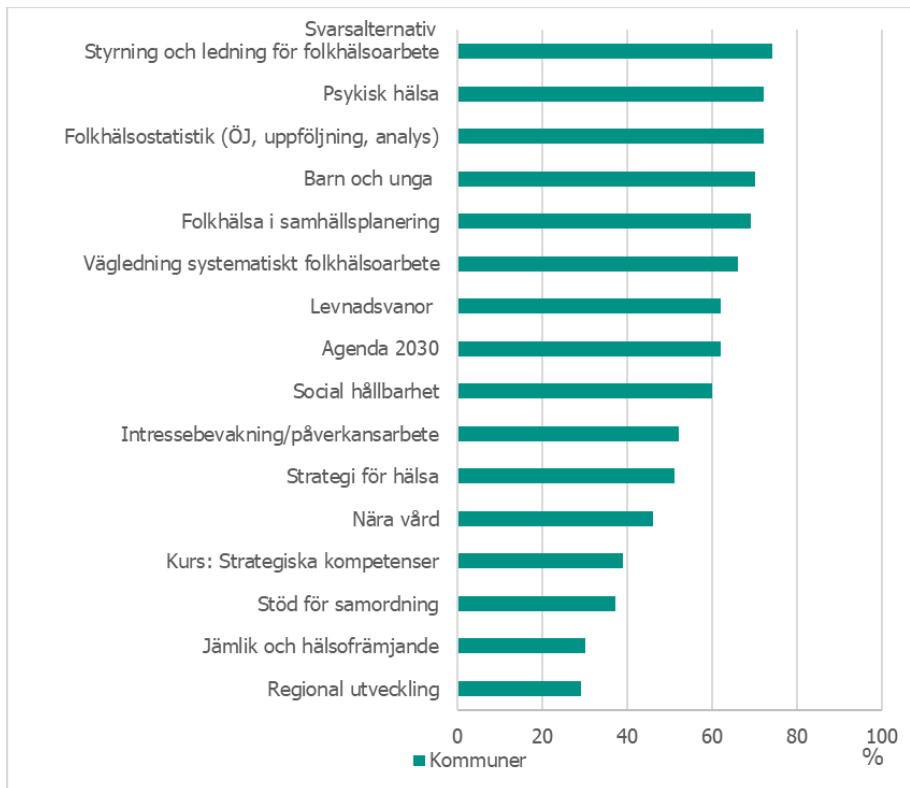
Närmare 60 procent av landets kommuner och 86 procent av regionerna angav att de behöver stöd i folkhälsoarbetet (diagram 12). En dryg tredjedel av kommunerna vet inte om de behöver stöd framöver.

Diagram 12. Behov av stöd från SKR. Kommuner (n = 247) till vänster och regioner (n = 21) till höger.



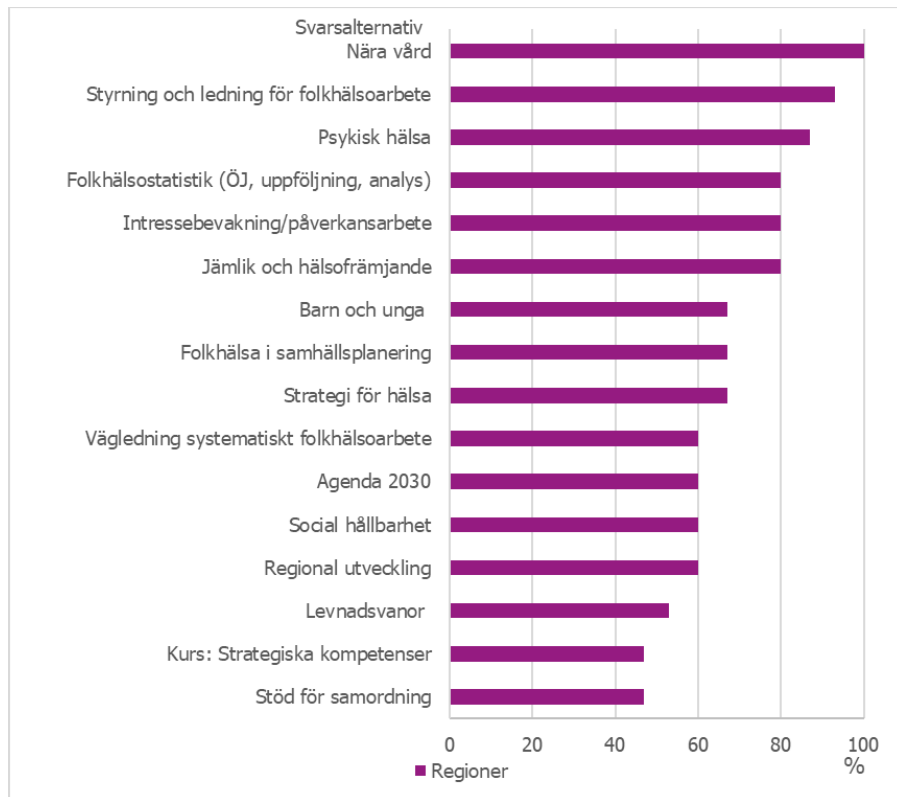
Framför allt önskade kommunerna stöd inom områdena styrning och ledning för folkhälsoarbete, psykisk hälsa samt folkhälsostatistik (diagram 13). Samtliga regioner uppgav att de behöver stöd inom området nära vård, men stöd inom styrning och ledning för folkhälsoarbete var också ett vanligt svar (diagram 14).

Diagram 13. Områden där kommunerna behöver SKR:s stöd. Frågan ställdes till organisationer som svarat att de behöver stöd av SKR framöver. Flera svarsalternativ kunde väljas. Kommuner (n = 138).



Anm. Flera texter har av utrymmesskäl förkortats: "Intressebevakning/påverkansarbete utifrån folkhälsopolitiken", "Stöd för samordning av horisontella sakområden – exempel Prisma, likhetsanalys, film", "Barn och unga (skola, psykisk hälsa, föräldraskapsstöd)", "Levnadsvanor (alkohol, narkotika, dopning, tobak, spel, fysisk aktivitet, matvanor)", "Jämlik och hälsofrämjande hälso- och sjukvård", "Kurs: Strategiska kompetenser för tvärsektorielt arbete – jämlik hälsa och social hållbarhet".

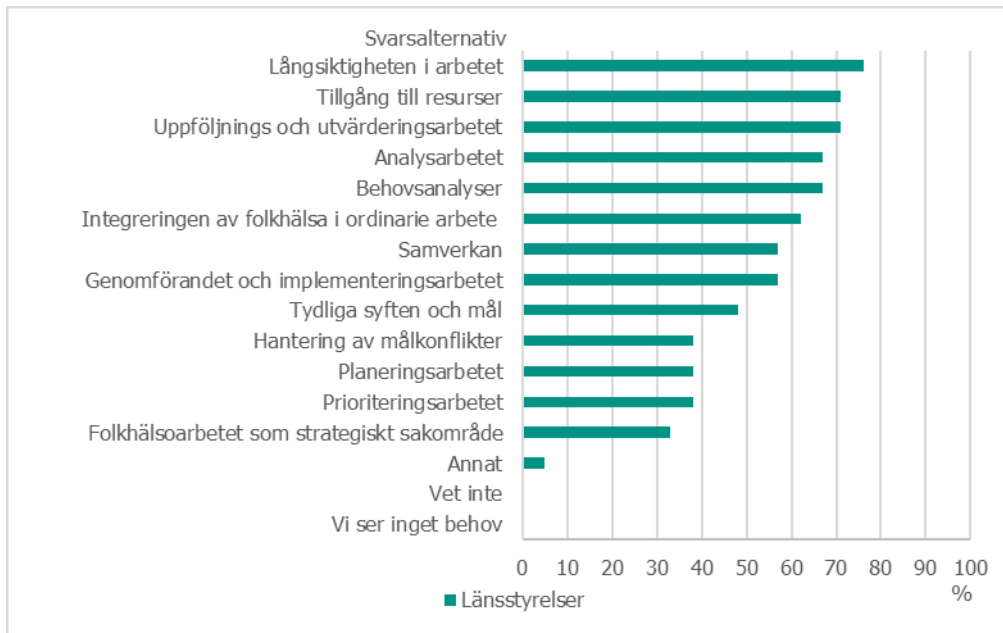
Diagram 14. Områden där regionerna behöver SKR:s stöd. Frågan ställdes till organisationer som svarat att de behöver stöd av SKR framöver. Flera svarsalternativ kunde väljas. Regioner (n = 18).



Anm. Flera texter har av utrymmesskäl förkortats: "Intressebevakning/påverkansarbete utifrån folkhälsopolitiken", "Stöd för samordning av horisontella sakområden – exempel Prisma, likhetsanalys, film", "Barn och unga (skola, psykisk hälsa, föräldraskapsstöd)", "Levnadsvanor (alkohol, narkotika, dopning, tobak, spel, fysisk aktivitet, matvanor)", "Jämlik och hälsofrämjande hälso- och sjukvård", "Kurs: Strategiska kompetenser för tvärsektorielt arbete – jämlik hälsa och social hållbarhet".

Samtliga länsstyrelser uttryckte att det finns behov av att utveckla det generella folkhälsoarbetet inom den egna organisationen. Områden som särskilt lyftes var långsiktighet i arbetet och tillgång till resurser (diagram 15).

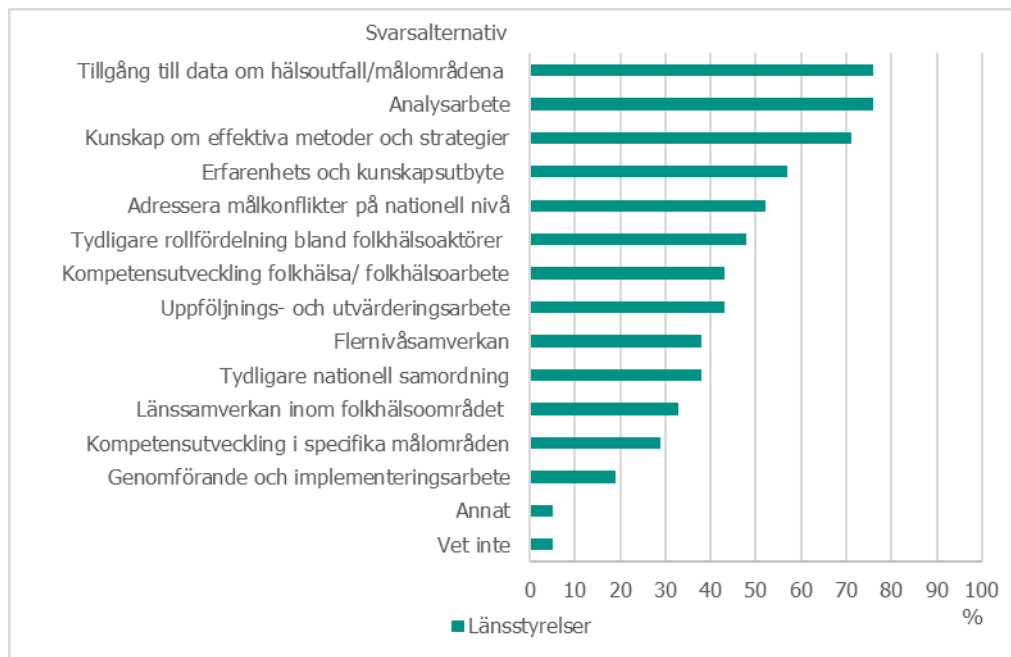
Diagram 15. Områden som behöver stärkas inom länsstyrelserna för att utveckla det generella folkhälsoarbetet. Länsstyrelser (n = 21).



Anm. Några texter har av utrymmesskäl förkortats i diagrammet: Genomförandet och implementeringsarbetet, Integreringen av folkhälsa i organisationens ordinarie arbete, Tillgång till resurser (ekonomi och personal), Vi ser inget behov av att stärka folkhälsoarbetet.

De flesta länsstyrelser uttryckte att det finns behov av stöd från andra aktörer. Områden som särskilt lyftes var tillgång till data om hälsoutfall och om målområdena, analysarbete och kunskap om effektiva metoder och strategier (diagram 16).

Diagram 16. Länsstyrelser behov av stöd från andra aktörer för att ytterligare utveckla det generella folkhälsoarbetet i sin organisation. Länsstyrelser (n = 21).



Anm. Några texter har av utrymmesskäl förkortats i diagrammet: "Analysarbete (behovsanalyser, hälsoekonomiska analyser etc.)", "Tillgång till data om hälsoutfall och om målområdena", "Kompetensutveckling om folkhälsa och folkhälsoarbete", "Kompetensutveckling i specifika målområden inom folkhälsopolitiken", och "Flernivåsamverkan (mellan lokal, regional och nationell nivå)".

Kommentarer från dialoger i länen kopplat till behov av kunskap och stöd

I dialogerna i länen framkom behov av stöd från aktörer på olika nivåer, både från lokalt, regionalt och nationellt håll. Beslutsfattare och politiker uttryckte bland annat behov av stöd på både strukturell och praktisk nivå. Många kommuner beskrev att de behöver kunskap och stöd i att analysera folkhälsodata, och vissa vill ha stöd i de påföljande prioriteringarna. Bland annat nämndes stöd för att prioritera folkhälsa i det strategiska kommunala ledningsarbetet och att prioritera arbetsområden inom folkhälsouppdraget, exempelvis att använda folkhälsopolitikens fokusområden som hjälp för att sortera och prioritera. Man nämnde att Folkhälsomyndighetens stödstruktur för genomförandet av folkhälsopolitiken skulle kunna vara en utgångspunkt för folkhälsoarbetet på regional nivå.

Vidare ville deltagarna ha mer kunskap om god och jämlik hälsa, samt stöd för att tydliggöra vilka målområden som har strategier och resurser. Ett annat behov var en regional kontext i arbetet med de folkhälsopolitiska målsättningarna, exempelvis en regional handlingsplan, aktivitetsplan eller kraftsamling som har tydliga kopplingar till RUS.

Många kommuner upplevde att en god och tydlig regional samordning och ledning är viktigt för att utveckla folkhälsoarbetet. Vissa av regionerna uttryckte att det räcker med behovsanpassat generellt stöd, medan vissa kommuner vill ha mer specifika stöd, exempelvis inom analys av trender och statistik. Flera kommuner

behöver stöd i form av folkhälsodata och hjälp med att analysera dessa data. Framför allt små kommuner har svårt att få data som gör det möjligt att följa utveckling över tid. Flera kommuner ville också se stöd inom processledning av folkhälsoarbetet på regional nivå.

Flera kommuner lyfte behov av evidensbaserad kunskap om vad som är effektivt folkhälsoarbete, exempelvis om jämlik hälsa och jämlikhetsfrågor inom olika områden och sektorer samt stöd och tips som rör samordning. Man ville ha stöd i form av exempelvis riktlinjer, verktyg, metoder och processtöd för det generella folkhälsoarbetet.

Vidare behövs stöd i form av utbildning om folkhälsopolitiken och folkhälsoarbete samt prioriteringar och uppföljningar, som riktar sig till hela kommunen, det vill säga både politiker och tjänstepersoner på flera förvaltningar. Stödet skulle också behöva fokusera på hur folkhälsa kan integreras i ordinarie styrnings- och ledningsprocesser. Flera lyfte att det finns ett mervärde i att någon extern part utbildar och skapar intresse för frågan. Många tog upp utmaningar med att hantera ett stort antal sakspecifika områden och kommunerna vill se ett mer samlat grepp och stöd för att undvika perspektivträngsel.

Ett tydligt budskap från flera kommuner är att de statliga myndigheterna måste sluta att arbeta i stuprör. Eftersom de har olika uppdrag, blir det svårt för kommunerna att omsätta de olika uppdragen i praktiken. Flera kommuner ser även behov av hälsoekonomiska beräkningar och konsekvensanalyser som kan användas som beslutsunderlag.

”Behov av att skapa infrastruktur på regional nivå för frågorna på flera nivåer, från systemledning för beslutsfattare till strategiska nätverk och erfarenhetsutbyte mellan verksamheter.” (Beskrivning från dialoger i ett län)

Konkreta exempel på olika typer av stöd

Här redogörs för olika konkreta stöd som önskas av kommuner, regioner och länsstyrelser, som nämndes i dialoger i länen.

- **Processtöd**, utifrån de kunskapsmaterial om generellt folkhälsoarbete som tas fram både nationellt och regionalt.
- **Nationella riktlinjer och rekommendationer**, för hur generellt folkhälsoarbete bör bedrivas i kommuner och regioner, samt medel till kommuner och regioner kopplat till detta.
- **Stödmaterial för prioriteringar**, för beslutsfattare på olika nivåer.
- **Utbildningsinsatser**, inom generellt folkhälsoarbete, folkhälsopolitiken, och hälsans bestämningsfaktorer. Framförallt för tjänstepersoner och politiker.
- **Gemensam kunskapsbank**, där metodstöd och utbildningar finns samlade.

Bilaga 1. Folkhälsopolitikens målområden och tillhörande fokusområden

Den nationella folkhälsopolitiken

Det folkhälsopolitiska ramverket består av ett övergripande mål (3) om att skapa samhälleliga förutsättningar för en god och jämlik hälsa i hela befolkningen och sluta de påverkbara hälsoklyftorna inom en generation. Till det övergripande målet finns åtta målområden som fångar de samhälleliga förutsättningarna som har stor betydelse för människors livsvillkor.

Det övergripande folkhälsopolitiska målet och de åtta målområdena utgör det folkhälsopolitiska ramverket. Det antogs av riksdagen i april 2018 och tydliggör hela samhällets ansvar för att genomföra folkhälsopolitiken. Målområdena inkluderar verksamheter och aktörer i de flesta samhällssektorer och över alla samhällsnivåer, statliga myndigheter, länsstyrelser, regioner och kommuner, civilsamhället och näringslivet kan alla bidra i arbetet för en god och jämlik hälsa.

De åtta målområdena som illustreras i figur B1 är:

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

Figur B3. Det nationella folkhälsomålet och de åtta målområdena som tillsammans utgör det nationella ramverket för folkhälsopolitiken.



Till varje målområde finns ett antal fokusområden som mer konkret synliggör målområdets innehåll och ger vägledning om inriktning för arbete och insatser. Fokusområdena bygger på det arbete som Kommissionen för jämlik hälsa gjorde i framtagandet av de åtta målområdena (8), och de benämndes då som ”inriktningar”.

Nedan visas målområdena och tillhörande fokusområden i den nationella folkhälsopolitiken.

Målområde 1

Det tidiga livets villkor

Fokusområden

1. En jämlik mödra- och barnhälsovård
2. En likvärdig förskola av hög kvalitet
3. Metoder och medel som sätter barnens främsta i fokus.

Målområde 2

Kunskaper, kompetenser och utbildning

Fokusområden

1. En god lärandemiljö i skolan
2. Ett likvärdigt utbildningssystem
3. Att motverka skolmisslyckanden genom tidig identifiering och insats.

Målområde 3

Arbete, arbetsförhållanden och arbetsmiljö

Fokusområden

1. Att ha ett arbete
2. Goda förutsättningar för ökad anställningsbarhet
3. Goda arbets- och anställningsförhållanden
4. En fysiskt och psykosocialt hållbar arbetsmiljö.

Målområde 4

Inkomster och försörjningsmöjligheter

Fokusområden

1. Fördelning av inkomster i befolkningen
2. Ekonomiska resurser för de med knappa ekonomiska marginaler och minskad långvarig ekonomisk utsatthet.

Målområde 5

Boende och närmiljö

Fokusområden

1. Tillgång till en fullgod och ekonomiskt överkomlig bostad
2. Bostadsområden som är socialt hållbara
3. Sunda boendemiljöer på jämlika villkor.

Målområde 6

Levnadsvanor

Fokusområden

1. Begränsad tillgänglighet till hälsoskadliga produkter
2. Ökad tillgänglighet till hälsofrämjande produkter, miljöer och aktiviteter
3. Att stärka det hälsofrämjande och förebyggande arbetet med levnadsvanor i välfärdens organisationer.

Målområde 7

Kontroll, inflytande och delaktighet

Fokusområden

1. Ett jämlikt deltagande i demokratin
2. Ett jämlikt deltagande i det civila samhället
3. Arbetet för de mänskliga rättigheterna
4. Sexuell och reproduktiv hälsa och rättigheter
5. Ökad kontroll, inflytande och delaktighet för vissa individer och grupper.

Målområde 8

En jämlik och hälsofrämjande hälso- och sjukvård

Fokusområden

1. Tillgänglighet för att möta olika behov
2. Vårdmöten som är hälsofrämjande och skapar förutsättningar för jämlika insatser och resultat
3. Hälso- och sjukvårdens hälsofrämjande och förebyggande arbete
4. En god, tillgänglig och jämlik tandvård
5. Att regioner leder, styr och organiserar sin verksamhet i syfte att ge förutsättningar för en jämlik vård.

Bilaga 2. Metodbeskrivning

Inledning

Här finns mer information om datakällor och metoder som använts i framtagande av resultaten i rapporten. Kartläggningen omfattar data från kommuner, regioner och länsstyrelser. Källorna var:

- data från kommuner och regioner, insamlade av SKR hösten 2022 via webbenkäten Medlemsenkät folkhälsa
- data från länsstyrelserna, insamlade av statistik- och analysföretaget Statisticon (på uppdrag av Folkhälsomyndigheten) hösten 2022 via en webbenkät
- data från dialoger med relevanta aktörer för folkhälsoarbetet i länen, insamlade av länsstyrelserna under maj–oktober 2023 och inrapporterade via en standardiserad webbaserad rapportmall till Folkhälsomyndigheten.

I rapportens alla diagram och tabeller redovisas (n) i rubriktexten, där (n) står för hur många kommuner, regioner eller länsstyrelser som fått frågan. Resultaten från enkätundersökningarna redovisas som totaler och procentandelar. Procentandelar har beräknats som procent av de kommuner, regioner respektive länsstyrelser som besvarat frågan (gruppen ”ej svar” har alltså exkluderats). Summan av procentandelarna blir inte alltid exakt 100, vilket beror på avrundning av talen.

I denna rapport redovisas endast beskrivande statistik, då vi inte har gjort några statistiska jämförelser mellan kommuner, regioner eller länsstyrelser. I SKR:s medlemsenkät har informationen samlats in från kommuner och regioner och då är det viktigt att veta att antalet kommuner i ett län kan variera. Dessutom skiftar andelen kommuner per län som besvarat enkäten. Mer information om detta finns i SKR:s rapport (9). I enkäten till kommunerna förekommer också en variation i partiellt bortfall (det vill säga när svar saknas för minst en fråga i enkäten, men inte alla frågor). I en del län har vissa kommuner besvarat samtliga frågor som de fått, medan det för andra kommuner saknas svar på många frågor. Resultatet ska därför tolkas med försiktighet.

Framtagande av enkätfrågor om folkhälsoarbete

Med start under 2022 utvecklade Folkhälsomyndigheten en enkät som riktades till landets länsstyrelser. Enkäten var även tänkt att besvaras av kommuner och regioner, men under samrådsprocessen med SKR, enligt förordning (1982:668), bedömde SKR att deras medlemsenkät i tillräcklig utsträckning täckte Folkhälsomyndighetens kartlägningsbehov. Myndigheten genomförde en GAP-analys för att jämföra frågorna i vår egen framtagna enkät och SKR:s medlemsenkät. Resultatet visade att det fanns frågor som överlappade, men också saknades. Beslut togs att Folkhälsomyndigheten och länsstyrelsen skulle avstå från vår egen framtagna enkät, riktad till kommuner och regioner, och i stället analysera SKRs medlemsenkät.

Inom ramen för kartläggningsuppdraget tog Folkhälsomyndigheten, i samråd med länsstyrelserna, även fram en rapportmall för länsstyrelsernas 21 kvalitativa länsdialoger, dels som ett sätt att fördjupa kartläggningen men också för att komplettera materialet med underlag som SKR:s medlemsenkät inte tillförde.

Metod medlemsenkät folkhälsa

Medlemsenkät folkhälsa skickades ut av SKR som en webbenkät under hösten 2022. Folkhälsomyndigheten fick ta del av ett urval av de insamlade frågorna (16 av 30-talet frågor). Enkäten var uppdelad i ett antal områden: styrning och ledning, prioriteringar, organisering, nätverk för folkhälsofrågor, SKR:s stöd till folkhälsoarbete och användning av statistik. För mer information hänvisas till SKR:s rapport (9).

Statisticon ansvarade för att genomföra analyser och skapa kartdiagram, stapeldiagram och tabeller för de utvalda frågorna (bilaga 4). De tog även fram korta beskrivande texter som ligger till grund för texterna i denna rapport.

Analys utifrån folkmängd

I analysen av data från SKR:s medlemsenkät genomfördes en stratifierad analys för ett urval av frågor utifrån folkmängd. I analysen redovisas endast beskrivande statistik. Vi har inte gjort några statistiska jämförelser mellan de olika redovisningsgrupperna, och därför ska resultatet tolkas med försiktighet. Nedan framgår hur indelningen av grupperna såg ut.

Folkmängd i regionerna

- Liten folkmängd (upp till och med 248 999 invånare)
- Stor folkmängd (395 000 eller fler invånare)

Folkmängd i kommunerna

- Liten folkmängd (upp till 15 000 invånare)
- Stor folkmängd (70 001 eller fler invånare)

Metod länsstyrelsedata

Enkäten till länsstyrelserna genomfördes av statistik- och analysföretaget Statisticon. Frågeformuläret togs fram av Folkhälsomyndigheten i samråd med länsstyrelserna och Statisticon. Även en region deltog i arbetsgruppen vid framtagande av frågorna. Enkätfrågorna testades i ett antal kommuner och länsstyrelser. Enkäten innehöll 15 huvudfrågor, och totalt 163 frågor när under-, fritext- och flervalsfrågor inkluderas (bilaga 4). Enkäten var uppdelad i fem frågeområden: organisatoriska förutsättningar, styrning och uppföljning, samverkan och aktörer, folkhälsopolitik samt behov och stöd.

Enkäten genomfördes i form av en webbenkät som Statisticon upprättade med unik inloggning till enkäten som gick ut till de 21 länsstyrelserna. Datainsamlingen pågick mellan 28 november och 21 december 2022. Alla länsstyrelser svarade på hela enkäten (svarsfrekvensen var därmed 100 procent) och enkäten saknade dessutom i det närmaste partiellt bortfall; endast i en fråga saknades svar från en länsstyrelse.

Statisticon ansvarade för att genomföra analyser och skapa kartdiagram, stapeldiagram och tabeller för alla frågor. De tog även fram korta beskrivande texter som ligger till grund för texterna i denna rapport.

Indelning av fråga om struktur och vägledning

I en av frågorna i länsstyrelsens enkät, som presenteras i diagram 7, ombads respondenterna att gradera svaret på en skala mellan 0 (inte alls) och 6 (i hög utsträckning) när det gäller vilka mål de använder som struktur eller vägledning i sitt folkhälsoarbete. Dessa svarsalternativ dikotomiserades enligt följande: Svarsalternativen 1–2 grupperades till kategorin ”låg utsträckning”, svaren 3 och 4 benämndes ”i viss utsträckning” och 5–6 som ”i hög utsträckning”. I diagram 7 presenteras endast svarsalternativ 5–6, ”i hög utsträckning”.

Metod dialoger i länen

Som en del av kartläggningen ansvarade länsstyrelserna för att genomföra dialoger med aktörer som på olika sätt arbetar med folkhälsa lokalt i respektive län. Syftet med dialogerna var att identifiera aktörer, förutsättningar och behov i det pågående och framtida folkhälsoarbetet i länet. Ett annat syfte var att bidra till god dialog, fördjupade relationer samt lärande och inspiration för de lokala och regionala aktörer som är centrala i folkhälsoarbetet. Syftet var också att aktörerna ska påbörja det strategiska folkhälsoarbetet i länet, eller ta ytterligare steg i redan pågående processer och samverkan.

Detta var de primära frågeställningarna i dialoger i länen:

1. Vilka lokala och regionala aktörer arbetar med att genomföra det generella folkhälsoarbetet idag (2023)?
2. Vilka behov har dessa aktörer (på tjänstepersonsnivå) för att kunna stärka genomförandet av folkhälsopolitiken och det kunskapsbaserade folkhälsoarbetet?

Målgrupper och genomförandet av dialogerna

Målgrupperna för dialogerna var i första hand strategiska funktioner i länets kommuner och regioner. Eftersom arbetet kommit olika långt i olika län och även såg olika ut, kan målgrupperna skilja sig åt något mellan dialogerna. Det var upp till varje länsstyrelse att ringa in vilka aktörer och funktioner som ansågs viktiga att föra en dialog med om det strategiska generella folkhälsoarbetet i respektive län.

Genomförandet av dialogerna anpassades efter förutsättningarna i respektive län. För vissa län blev dialogerna en vidareutveckling av en befintlig struktur och ett pågående arbete medan de för andra län var en start på något nytt. Det är en stor variation i antalet kommuner som finns i varje län. Det innebär att en del länsstyrelser genomförde dialoger med var och en av sina kommuner, medan andra länsstyrelser bjöd in kommunerna till en eller ett par samlade dialoger i länet.

Rapportering från dialogerna

Varje länsstyrelse ansvarade för att göra en summering av lokala och regionala aktörer och deras uttryckta förutsättningar och behov. Detta gjordes i enlighet med en rapportmall som var framtagen i samverkan mellan länsstyrelserna och Folkhälsomyndigheten (bilaga 4). Folkhälsomyndigheten gjorde efter avslutad datainsamling en kvalitativ analys och sammanfattade resultaten. Denna redovisas i sin helhet i bilaga 3, och i rapporten finns delar i form av sammanfattande textavsnitt eller med citerade beskrivningar.

I de flesta län (16 av 21) var regionen delaktig i planeringen och genomförandet. Dialogerna genomfördes gemensamt med flera aktörer samtidigt eller som dialoger med enskilda aktörer, och ibland kompletterades dialogerna med enkäter. Dialogerna genomfördes antingen i samband med andra befintliga möten eller som egna separata möten och dialoger.

I alla 21 länsdialoger deltog kommunerna på något sätt. Utöver regioner och kommuner deltog andra aktörer i 12 av 21 länsdialoger, exempelvis representanter för RF-SISU, näringsliv, politik, akademi, nationella myndigheter, civilsamhälle eller ideella organisationer. Aktörer som deltog i länsdialogerna var oftast olika typer av strateger eller samordnare, exempelvis kvalitets- och utvecklingsstrateger eller strateger inom folkhälsa, mänskliga rättigheter, social hållbarhet, Agenda 2030, miljö, ANDTS, jämställdhet, barnrätt, ungdom, RUS, god och nära vård eller trygghet. Övriga deltagare var politiker och chefer på olika nivåer inom kommunen och regionen, exempelvis chef för strategiska folkhälsofrågor, folkhälsochef, socialchef eller kultur- och fritidschef.

Analys av resultaten från dialogerna i länen

Analys av materialet från dialogerna i länen utfördes strukturerat genom en innehållsanalys och identifiering av gemensamma teman. Därefter diskuterades resultatet med ytterligare en utredare i projektet, utifrån originaltexter och tematiseringar. En sammanfattande kondenseringen av resultaten sammanställdes i text (bilaga 3) och delar av resultaten lyftes in under relevanta avsnitt i rapportens resultatdel. I rapporten har vi haft intentionen att bevara formuleringar så lika de som beskrivits i dialogerna och försökt återge resultaten så rättvist som möjligt. Vissa uttalanden från dialogerna har även lyfts in som citerade beskrivningar i rapporten.

Utmaningar med analys och tolkning av resultaten

Enkäterna

Vid analys av enkätdata är det viktigt att komma ihåg att enkäten inte alltid besvaras av den person som är bäst lämpad utifrån frågor och syfte med enkäten. I kommuner och regioner finns ofta funktioner med ansvar för folkhälsofrågor och de har därmed en god överblick över folkhälsoarbetet i sin organisation. Men där en sådan inte finns kan det vara mer utmanande att besvara enkäten. I foljebrevet till SKR:s medlemsenkät uppmanades respondenterna att besvara enkäten som representanter för den egna kommunen eller regionen, och att återkoppla sin kännedom om organisationen. Om enkäterna inte besvaras av "rätt" person kan enkätsvaren bli bristfälliga, liksom bilden av organisationen. I slutändan finns en risk för att resultaten visar en subjektiv bild av respondenternas kunskap om organisationens arbete, snarare än en rättvis bild av organisationen. Detta behöver man ha i åtanke när man läser resultaten i denna rapport.

Frågorna som ställdes i SKR:s medlemsenkät och länsstyrelseenkäten kan ha uppfattats på olika sätt av respondenterna, och i båda enkäterna lyftes utmaningar med vissa av frågorna. Respondenterna beskrev till exempel att det i medlemsenkäten kunde vara svårt att besvara frågorna för hela kommunens räkning och att de besvarade dem utifrån vad de själva kände till. Även i länsstyrelsens enkät beskrevs svårigheter med att förstå hur några av frågorna skulle tolkas och det kan påverka svaren. Generellt beskrevs att det kan vara svårt att besvara en omfattande och bred enkät, speciellt om man inte känner till allt som pågår i respektive organisation.

En utmaning vid analys och tolkning av resultat kan också vara bortfall i enkäterna. I SKR:s medlemsenkät till kommuner låg bortfallet på 15 procent. Det är ett relativt lågt bortfall, men bortfallet varierar utifrån länstillhörighet (0-43 procent); i vissa län besvarades enkäten av alla kommuner (100 procent) medan det i ett län var endast 57 procent av kommunerna som svarade. För ytterligare information om bortfallet i SKR:s medlemsenkät hänvisar vi till deras rapport (9). Bortfallet kan bero på flera saker, till exempel att vissa kommuner saknar en samordnare eller strateg för folkhälsoarbete eller en funktion med den överblick som behövs för att besvara enkäten. Andra arbetsuppgifter kanske prioriteras framför att besvara enkäten. I enkäten till regionerna och länsstyrelsen svarade alla på enkäten och därför finns inte problem med något bortfall.

Material från dialogerna i länen

En utmaning vid analys av materialet från dialogerna i länen var den stora mängd text som skulle analyseras i förhållande till tidsramen för genomförandet av kartläggningen. Därför var det inte möjligt att två oberoende utredare parallellt gjorde innehållsanalysen, utan de fick diskutera resultatet tillsammans när tematiseringen var gjord.

Vid tolkning av det gemensamma resultatet från dialogerna i länen behöver man ha i åtanke att respektive länsstyrelse först sammanställde vad som kom fram i dialogerna i sitt län, och därefter kondenserade de innehållet och lade in resultatet i Folkhälsomyndighetens rapportmall. Sedan kondenserade Folkhälsomyndigheten resultat från alla länsstyrelsernas dialoger till ett nationellt resultat. Rapportens resultat från dialogerna i länen ger därmed en övergripande bild av alla dialoger som tolkats i två led.

Bilaga 3. Sammanfattning av resultat från dialogerna i länen

I de länsvisa dialogerna mellan kommunerna, regionerna och andra lokala aktörer, som respektive länsstyrelse höll i under 2023, diskuterades bland annat förutsättningar för och styrkor i det generella folkhälsoarbetet i länen idag. Utifrån hur de olika dialogerna har genomförts i länen, och hur respektive länsstyrelse har sammanställt resultaten från dialogerna till Folkhälsomyndigheten, kan vi inte säga något om omfattningen och fördelningen av förutsättningar och styrkor i kommuner och regioner. Men vi kan belysa områden och aspekter som rapporterats in till myndigheten.

Förutsättningar

Förutsättningarna för att bedriva generellt strategiskt folkhälsoarbetet uppgavs se mycket olika ut i kommunerna i Sverige. Det kan exempelvis handla om geografiska och demografiska förutsättningar eller politiska och organisatoriska förutsättningar. Förbättringar som behövdes i länen rörde oftast följande fyra områden: Styrning och ledning, Organisation och struktur, Resurser och finansiering och Samverkan. Här beskrivs sammanfattade exempel på förutsättningar som behöver förbättras för att det generella folkhälsoarbetet i länet ska stärkas:

Styrning och ledning

- Det finns en tydlig politisk styrning där folkhälsa, främjande och förebyggande arbete prioriteras inom alla sektorer.
- Politiker och beslutsfattare har kunskap om folkhälsan i länet och om hälsans bestämningsfaktorer i förhållande till livsvillkor och länets samhälleliga förutsättningar för jämlik hälsa, och att detta utgör underlag för prioritering av insatser och åtgärder.
- Verksamheter beaktar hur beslut som tas kommer påverka folkhälsan och förutsättningar för hälsa.
- Man följer upp och utvärderar folkhälsan och aktörers insatser och initiativ.

Organisation och struktur

- Det finns en förståelse för folkhälsoperspektiv och en gemensam bild av vad folkhälsa är.
- Det finns tydliga strategiska roller med uttalat mandat inom kommunerna och regionen, och även en tydlig och samlande aktör för folkhälsoarbetet i länet.
- Det finns tydlighet, långsiktighet och kontinuitet i processer och arbetssätt.
- Alla aktörer har ett helhetsperspektiv på folkhälsoarbetet och arbetar inte i stuprör med specifika sakfrågor, det vill säga en organisation och struktur där

det breda generella folkhälsoperspektivet finns med i alla verksamheter, inom alla politikområden.

Resurser och finansiering

- Det finns långsiktig finansiering för tjänstepersoner som arbetar med folkhälsa i kommuner och regioner, liksom för behovsstyrda aktiviteter över tid.

Tydlig och fungerande samverkansstruktur

- Det finns samverkan över olika förvaltningar i kommuner och regioner, och mellan olika aktörer (till exempel kommuner, regionen, länsstyrelsen, civilsamhälle och näringsliv).
- Det finns en tydlig rollfördelning mellan aktörer på nationell, regional och lokal nivå, samt samverkan mellan statliga myndigheter och regional och lokal nivå.
- Statliga myndigheter samordnar sina arbeten för en god och jämlik hälsa, tillsammans med SKR, för att ge ett tydligare stöd till kommuner och regioner. Men den statliga styrningen får dock inte bli för detaljerad, det behövs utrymme för regionala och lokala lösningar.

Styrkor

I dialogerna i länen ställdes frågan vilka styrkor som finns i länet för det generella folkhälsoarbetet idag. Framför allt lyftes att folkhälsa finns med i olika styrande dokument och att det finns en strukturerad samordning och samverkan mellan olika aktörer på olika nivåer i länet och i landet. Här beskrivs sammanfattade på exempel på styrkor som lyftes. Dessa har sammanställts under rubrikerna: Organisation, Styrning och uppföljning, och Samverkan och aktörer.

Organisatoriska styrkor

Nedan ges några exempel på styrkor för det generellt folkhälsoarbetet kopplat till organisation:

- Flera kommuner i länet har en god organisation och struktur för folkhälsoarbetet, från den politiska nivån till den operativa.
- Det finns en politisk beredning och struktur där folkhälsofrågorna landar och tas omhand.
- Det finns en strategisk funktion och tjänstepersoner som arbetar systematiskt med folkhälsofrågor och som kan påverka agendan. Det kan exempelvis vara en folkhälsosamordnare, folkhälsostrateg, folkhälso- eller hållbarhetsråd.
- Tjänstepersoner, strateger eller samordnare är centralt placerade i kommunens organisation, eller i ledningen.

”Folkhälsoarbete är en del av det stora paraplyet Social hållbarhet och Agenda 2030. Detta är en styrka men samtidigt behöver det generella folkhälsoarbetet lyftas fram som ett eget område.” (Beskrivning från dialoger i ett län)

”Kommuner som har mer av ett generellt folkhälsoarbete förefaller ha en mer enig politisk vilja.” (Beskrivning från dialoger i ett län)

Styrning och uppföljning

Styrkor för genomförandet av det generella folkhälsoarbetet kopplades till en tydlig gemensam styrning i olika styrande dokument och i uppföljning. Nedan lyfts några exempel på styrkor i folkhälsoarbetet kopplat till styrning och uppföljning, som lyftes i dialogerna:

- Politiker och beslutsfattare i kommuner och regioner prioriterar folkhälsoperspektiv och folkhälsoarbete.
- Hälsa och folkhälsoperspektivet finns med, och uttryckligen benämns i olika styrande dokument, visioner, strategier, handlingsplaner och policyer inom olika verksamheter i kommunerna och regionen, exempelvis i regionala utvecklingsstrategin (RUS). Konkret att folkhälsomålen är med i ordinarie styrning och inte finns i separata spår.
- Regionens folkhälsostrategiska plan och kommuners strategiska planer inkluderar kopplingar till folkhälsopolitikens åtta målområden.
- Kommuner och regioner har god tillgång till och använder data kopplat till hälsoutfall samt indikatorer kopplat till folkhälsans målområden, samt att det finns tillgång till stöd kring statistik och analys.
- Att uppföljning av folkhälsan görs utifrån målen i de styrande dokumenten.
- Det sker ett kontinuerligt arbete för att hålla ihop olika strategier och deras genomförande.
- Folkhälsoarbetet bedrivs tvärssektoriellt och finns tydligt förankrat i respektive organisations politik.

”En regional folkhälsostrategi med samma målsättning som den nationella folkhälsopolitiken och som är tydligt kopplad till hållbar regional utveckling med syftet att förtydliga länets arbete med folkhälsofrågor.” (Beskrivning från dialoger i ett län)

”Det viktiga är att kommunerna är med vid framtagandet av en regional handlingsplan, aktivitetsplan eller kraftsamling som har tydliga kopplingar till den regionala utvecklingsstrategin, samt en struktur för genomförandet.” (Beskrivning från dialoger i ett län)

Samverkan med relevanta aktörer

Nedan ges exempel på styrkor som lyftes för ett generellt folkhälsoarbete kopplat till samverkan med relevanta aktörer, som lyftes i dialogerna:

- Det finns en strukturerad och överenskommen samverkan mellan aktörer inom olika verksamheter i kommuner och region. Exempelvis mellan kommunerna i länet, mellan regionen och kommunerna samt med andra aktörer i samhället.
- Det finns nätverk för exempelvis kommunens och regionens folkhälsosamordnare, strateger, utvecklingsledare, samordnare inom folkhälsa och social hållbarhet och även för beslutsfattare och politiker.
- Man kan nyttja befintlig samverkansstrukturer, exempelvis för Agenda 2030 eller social hållbarhet. Man kan även nyttja befintliga nätverk för olika tjänstepersoner, såsom strateger eller samordnare.
- Det finns en tydlig samordning mellan kommuner och region som sluter upp kring en gemensam folkhälsoplan med gemensamma satsningar, vilket gör att externa regionala och lokala aktörer möter ett samordnat folkhälsoarbete i länet.
- Kommunerna vittnar om styrkan som finns inom civilsamhälle och föreningsliv och en god samverkan med dem är en styrka i folkhälsoarbetet.
- Det finns externa nätverk eller samverkansytor där andra samhällsaktörer såsom Polisen, tull, näringsliv och civilsamhälle deltar.

”Genom att utveckla ökad samsyn och samordna processer kan folkhälsoarbetet utvecklas ytterligare samt möjligheter att involvera ytterligare aktörer i folkhälsoarbetet.” (Beskrivning från dialoger i ett län)

Två exempel på beskrivning av generellt folkhälsoarbete från dialogerna i länen:

Ett mindre län:

”En stor styrka i det generella folkhälsoarbetet i länet är att samtliga kommuner och region har överenskommelse om strategiskt samarbete i regionalt folkhälsonätverk med tjänstepersoner, utöver ledningssamverkan. Detta motiverar kommun och region till gemensamma satsningar och till att varje aktör sluter upp om gemensam folkhälsoplan. Övriga externa regionala aktörer möter ett samordnat folkhälsoarbete i länet. En ytterligare styrka är att samtliga kommuner har goda och tydliga strukturer som stödjer det generella folkhälsoarbetet. Varje kommun har minst en heltidstjänst för folkhälsa eller socialt hållbarhetsarbete. Samtliga kommuner har även placerat dessa tjänster centralt i kommunledning som kan driva folkhälsofrågor både internt i kommunorganisationen och externt. Regionen har goda förutsättningar för att arbeta och samordna generella folkhälsoarbetet i länet. Regional Utvecklingsstrategi är nyligen framtagen med bland annat fokusområde folkhälsa. Organisationen har minst fem heltidstjänster för folkhälsostrategiskt arbete. Både region och kommuner har lång och etablerad erfarenhet av att arbeta med folkhälsofrågor och arbetet är tydligt förankrat i respektive organisations politik. Vissa kommuner har folkhälsoarbetet direkt kopplat till strategiska mål i sin styrmodell.”

Ett storstads-län:

”Det finns en etablerad och långsiktig struktur för arbetet som styrs av folkhälsoavtal mellan kommun och region. Det innebär att alla kommuner har en folkhälsostrategi, ett folkhälsoråd, hållbarhetsråd eller motsvarande samt att det finns verksamhetsmedel för folkhälsoinsatser. De flesta kommunerna har en folkhälsostrategi eller folkhälsoplan för arbetet och cirka hälften av kommunerna har en Agenda 2030 eller hållbarhetsstrategi där folkhälsa ingår. Det finns en bred folkhälsokompetens i länet till följd av att region och kommuner arbetat strukturerat och prioriterat med folkhälsa under en lång tid. Det finns en god samverkan mellan kommuner i delregionerna där folkhälsostrategierna träffas regelbundet för kunskap- och erfarenhetsutbyte. Det finns även ett regionalt folkhälsonätverk som varit aktivt under en lång tid och sammankallas av regionen. Folkhälsoarbetet utgår från regional och lokal data kopplat till hälsoutfall samt indikatorer kopplat till folkhälsans målområden. Regionen ger stöd kring statistik, analys och prioritering inom folkhälsoarbetet, i sina avtal. Dock efterfrågar kommunerna stöd kring vilka indikatorer som ska gälla inom livsvillkor för hälsa, och att omsätta de nationella indikatorerna till lokal nivå samt hur kommunerna kan komplettera med lokalkännedom.”

”Det är svårt att dra en definitiv gräns mellan kommuner som arbetar med respektive inte arbetar med att genomföra det generella folkhälsoarbetet idag. Detta kan också snabbt ändras beroende på förändringar i politiska prioriteringar, aktuella tjänster samt vilken eller vilka personer som innehar tjänsterna.” (Beskrivning från dialoger i ett län)

”Regionen arbetar i specifika sakområden men det finns inte ett tydligt övergripande strategiskt arbete utifrån folkhälsopolitiken. Kommunerna ser regionen som en viktig aktör i vissa sakspecifika områden, men oftast inte för det generella folkhälsoarbetet, men de nämns av kommunerna som en viktig aktör i vissa frågor.” (Beskrivning från dialoger i ett län)

”Vi ser i vidare analyser att skillnaderna i hur kommunerna arbetar med folkhälsa inte beror på skillnader i folkhälsa utan att olika kommuner prioriterar frågan i olika stor utsträckning.” (Beskrivning från dialoger i ett län)

Behov av stöd

I dialogerna i länen ställdes frågan vilka behov av stöd man såg för att utveckla det generella folkhälsoarbetet i länet, med fokus på kommunala och regionala perspektivet. Nedan är behoven av stöd som framkom i dialogerna sammanfattade i punktform. Det efterfrågades stöd för att:

- framgångsrikt bedriva långsiktigt, strategiskt och samordnat sektorsövergripande folkhälsoarbete, samt stöd för implementering.
- välja effektiva evidensbaserade insatser för att främja hälsa och minska ojämlikhet i hälsa.
- omsätta och implementera teoretiska kunskapsrapporter till praktisk verksamhet.
- integrera folkhälsa i styrnings- och ledningsdokument och processer, och öka prioriteringen av folkhälsoarbete hos beslutsfattare.
- använda folkhälsopolitikens fokusområden och folkhälsodata som hjälp för att sortera och prioritera i arbetet.
- analysera data och utvecklingen av systematisk uppföljning av lokalt främjande och förebyggande arbete.
- analysera förutsättningar för hälsa och hälsoutfall lokalt och regionalt.
- ta fram gemensamma indikatorer för länet och bestämma hur man ska sortera mellan olika datakällor.
- samordna olika perspektiv och politikområden för att få ett helhetsperspektiv på folkhälsoarbetet, inte sakområdesperspektiv.
- lokalt bolla och få svar på frågor som berör folkhälsa, psykisk hälsa, prevention; lokala kunskapsbaserade insatser och ekonomiska analyser av insatser.
- kunna använda evidensbaserade metoder och den forskning som finns kopplat till skydds faktorer, i syfte att förebygga ojämlikheter i hälsa.

”Det finns behov av mer kunskap om folkhälsoarbete brett i kommunen och ett strategiskt och samordnat folkhälsoarbete. Behov av utbildning och kompetenshöjning om folkhälsa.” (Beskrivning från dialoger i ett län)

”Öka förståelsen för att det strategiska folkhälsoarbetet bygger på tvärspektoriell samverkan, och att det behöver ske på flera nivåer samtidigt. Stöd från nationell nivå för hur det generella folkhälsoarbetet kan utvecklas i ett län.” (Beskrivning från dialoger i ett län)

”Stöd för att omsätta teori och kunskapsrapporter till praktisk verksamhet.”
(Beskrivning från dialoger i ett län)

”Behovet av analysstöd innefattar en process om sortering och prioritering både vad gäller hälsans bestämningsfaktorer och hälsoutfall. Analysen behövs för att definiera behov av åtgärder men även för att stärka de verksamheter som i sina uppdrag genomför fotarbetet i det generella folkhälsoarbetet och stöd i att föreslå åtgärder utifrån behov.” (Beskrivning från dialoger i ett län)

Bilaga 4. Frågeunderlag

Enkätfrågor från SKR:s medlemsenkät

- Ingår organisationens folkhälsoarbete i något styrdokument?
- I vilket eller vilka styrdokument ingår organisationens folkhälsoarbete? Flera svarsalternativ kan väljas. Frågan ställs till organisationer som svarat att organisationens folkhälsoarbete ingår i något styrdokument.
- Är organisationens styrdokument politiskt antagna och i så fall av vilket organ? Svar från organisationer som besvarat minst en av delfrågorna om var styrdokumentet är antagna.
- Vilka områden är mest prioriterade i folkhälsoarbetet under 2022 (baserat på den nationella folkhälsopolitikens mål och målområden)? Flera svarsalternativ kan väljas.
- Har kommuner i länet och regionen prioriterat gemensamma mål och insatser för en god och jämlik hälsa under 2022? Frågan ställs till organisationer som svarat att man prioriterat jämlik hälsa under 2022.
- Hur har ni organiserat folkhälsoarbetet på tjänstepersonsnivå?
- Var är folkhälsoarbetet organiserat? Frågan ställs endast till regioner.
- Finns det i ditt län ett övergripande nätverk där folkhälsofrågor ingår för tjänstepersoner? Flera svarsalternativ kan väljas.
- Vilka andra frågor ingår i nätverket där folkhälsa diskuteras? Flera svarsalternativ kan väljas. Frågan ställs till organisationer som svarat att folkhälsofrågor ingår i nätverk med andra frågor.
- Vilka organisationer ingår? Flera svarsalternativ kan väljas. Frågan ställs till organisationer som svarat att folkhälsofrågor ingår i något nätverk.
- Vem samordnar nätverket? Frågan ställs till organisationer som svarat att folkhälsofrågor ingår i något nätverk.
- Finns det i ditt län ett råd, en kommitté eller ett nätverk för politiker i kommuner och region där folkhälsofrågor diskuteras?
- Behöver organisationen något stöd av SKR framöver?
- Inom vilka områden behöver organisationen SKR:s stöd framöver? Frågan ställs till organisationer som svarat att de behöver stöd av SKR framöver. Flera svarsalternativ kan väljas.
- Samverkar organisationen med regionen eller med andra kommuner om statistik inom folkhälsa?
- Funktion eller titel på den som besvarat enkäten?

Enkätfrågor från länsstyrelsen

- Arbetar er organisation med folkhälsa?
- Arbetar er organisation på annat sätt med frågor som har bäring på folkhälsoområdet? Frågan ställs till organisationer som svarat att de inte arbetar med folkhälsa.
- Fanns det under 2022 en eller flera utsedda chefer i er organisation som hade ett särskilt uttalat ansvar att driva och leda folkhälsoarbetet?
- Hur finansieras det strategiska och generella folkhälsoarbetet i er organisation under 2022?
- Täcker er organisations finansiering av det generella folkhälsoarbetet under 2022 även medel för att genomföra insatser?
- Fanns det under 2022 en eller flera funktioner i er organisation som arbetade uteslutande med generellt folkhälsoarbete?
- Fanns det under 2022 en eller flera funktioner i er organisation som arbetade delvis med generellt folkhälsoarbete (tjänsten kan även omfatta andra frågor än folkhälsa)?
- Fanns det under 2022 en eller flera funktioner i er organisation som arbetade uteslutande med ett eller flera avgränsade sakområden inom folkhälsoarbetet som t.ex. ANDTS, fysisk aktivitet, psykisk hälsa etc.?
- Fanns det under 2022 en eller flera funktioner i er organisation som arbetade delvis med ett eller flera avgränsade sakområden inom folkhälsa som t.ex. ANDTS, fysisk aktivitet, psykisk hälsa etc. (tjänsten kan även omfatta andra frågor än det sakspecifika folkhälsoarbetet)?
- Fanns det under 2022 en eller flera funktioner i er organisation som var utsedd att helt eller delvis arbeta med folkhälsoarbete enligt något av följande? Antal tjänster där man kallar det något annat än folkhälsoarbete.
- Fanns det under 2022 en eller flera funktioner i er organisation som var utsedd att helt eller delvis arbeta med folkhälsoarbete enligt något av följande?
- Arbetar den utsedda funktionen eller funktionerna för det strategiska och generella folkhälsoarbetet med att föra in folkhälsoperspektivet i något av följande områden i er organisation?
- Ingår folkhälsa i organisationens beslutade målstyrning inklusive dess uppföljning? Flera svarsalternativ kan väljas.
- Har er organisation i nuläget ett eller flera styrdokument för folkhälsoarbetet?
- Har ni nedanstående styrdokument i er organisation och är de i så fall antagna?
- I vilken utsträckning använder er organisation indikatorer för att regelbundet följa utvecklingen inom folkhälsoområdet?
- Med vilka aktörer samverkar den eller de funktioner som i er organisation har ansvar för det generella folkhälsoarbetet?

- I vilken utsträckning använder er organisation idag något av följande som struktur eller vägledning i ert folkhälsoarbete?
- Vad behöver stärkas i er organisation för att ytterligare utveckla det generella folkhälsoarbetet?
- Vad behöver ni för stöd från andra för att ytterligare utveckla det generella folkhälsoarbetet i er organisation?
- Ange vilka funktioner eller titlar i er organisation som deltog i att besvara enkäten?

Rapportmall för dialogerna i länen

Bakgrundsinformation

Följande innehåller frågor som är en del av bakgrundsinformation för att till exempel göra metodbeskrivningen.

- Län
- Har regionen varit delaktig i planering av en eller flera dialoger?
- Har regionen varit delaktig i genomförandet av en eller flera dialoger? (T.ex. som medarrangör etc.)
- Hur många dialoger har genomförts i länet?
- Antal enskilda samtal/dialoger
- Antal gruppsamtal/dialoger
- Hur många kommuner deltog i samtal/dialoger eller gruppsamtal (ange antal av totalt antal kommuner i länet)?
- Vilka andra aktörer deltog (ange vilka)?
- Vilka roller/funktioner hade de som deltog i dialogerna?
- Har deltagarna i dialogerna fått möjlighet att kommentera underlaget efter att dialogerna sammanfattats av er (t.ex. genom att få ta del av svaren i denna rapportmall innan ni skickar in svaren)?
- Fanns det någon organisation i länet som bjöds in men som inte hade möjlighet att delta, ange i så fall vilken/vilka?
- Beskriv formen för dialogen/dialogerna? (Här avser vi framför allt om dialogerna genomfördes inom ramen för en befintlig möteskontext, såsom befintligt folkhälsonätverk, forum för social hållbarhet eller liknande, eller om dialogen genomfördes som ett särskilt och separat möte/träff. Ange gärna vad det ordinarie syftet med möteskontexten är, vem som står som ansvarig och vilka funktioner som är kallade.)
- Något mer ni vill tillägga om genomförandet?

Aktörer i länet

Länsstyrelserna skulle utgå från den information som framkom i dialogerna när de svarade på frågorna.

Vilka aktörer arbetar med att genomföra det generella folkhälsoarbetet i länet idag? Utgå från den information som framkom i dialogerna. Flera svarsalternativ kan väljas:

- Kommuner [Om ja, ange antal av totalt antal kommuner i länet:]
- Regionen
- Länsstyrelsen

- Andra myndigheter
- Kommunförbund eller liknande
- Näringslivet
- Fackföreningar
- Civilsamhällets aktörer inkl. ideella organisationer
- Annan/andra, nämligen:
- Kommentera gärna svaret utifrån din länsstyrelses perspektiv:

Saknas någon aktör i folkhälsoarbetet i länet idag? Utgå från den information som framkom i dialogerna. Flera svarsalternativ kan väljas:

- Kommuner [Om ja, ange antal av totalt antal kommuner i länet:]
- Regionen
- Länsstyrelsen
- Andra myndigheter
- Kommunförbund eller liknande
- Näringslivet
- Fackföreningar
- Civilsamhällets aktörer inkl. ideella organisationer
- Annan/andra, nämligen:
- Kommentera svaret utifrån länsstyrelses perspektiv:

Behoven i länet

- **Vilka styrkor finns i länets generella folkhälsoarbete idag?** Skriv en sammanfattning för länet och lyft gärna det kommunala och regionala perspektivet.
- **Vilka förutsättningar behöver främst förbättras för att det generella folkhälsoarbetet i länet idag ska stärkas?** Skriv en sammanfattning för länet och lyft gärna det kommunala och regionala perspektivet.
- **Framkom det i dialogen behov av stöd för att utveckla det generella folkhälsoarbetet?** Skriv en sammanfattning för länet och lyft gärna det kommunala och regionala perspektivet.
- **Används den nationella folkhälsopolitiken som ett stöd i det generella folkhälsoarbetet i länet idag?** Beskriv hur den används och i vilken utsträckning i en sammanfattning för länet och lyft gärna det kommunala och regionala perspektivet.
- **Är det något övrigt som länsstyrelsen vill förmedla till Folkhälsomyndigheten utifrån dialoger och samtal som förts under 2023, med koppling till aktörer eller behov i det generella folkhälsoarbetet?**

Referenser

1. Regeringen. Regeringsuppdrag till Folkhälsomyndigheten, Uppdrag att stödja länsstyrelserna i deras implementering av den nationella folkhälsopolitiken, S2022/01942 (delvis), 2022.
2. Regeringen. Regeringsuppdrag till länsstyrelserna, Uppdrag att stödja den regionala implementeringen av den nationella folkhälsopolitiken, S2022/01941 (delvis), 2022.
3. Regeringen. God och jämlik hälsa – en utvecklad folkhälsopolitik (Prop. 2017/18:249). Stockholm: Socialdepartementet. 2018. Hämtad från: [God och jämlik hälsa - en utvecklad folkhälsopolitik \(Proposition 2017/18:249\) | Sveriges riksdag \(riksdagen.se\)](#)
4. Folkhälsomyndigheten. På väg mot en god och jämlik hälsa – Stödstruktur för det statliga folkhälsoarbetet. 2020. Solna: Folkhälsomyndigheten. 2020. Hämtad från: [På väg mot en god och jämlik hälsa – Stödstruktur för det statliga folkhälsoarbetet — Folkhälsomyndigheten \(folkhalsomyndigheten.se\)](#)
5. Folkhälsomyndigheten. Modeller, verktyg, tips och råd för folkhälsoarbete. Solna: Folkhälsomyndigheten. 2022. Hämtad från: [Modeller, verktyg, tips och råd för folkhälsoarbete — Folkhälsomyndigheten \(folkhalsomyndigheten.se\)](#)
6. Folkhälsomyndigheten. Från nyhet till vardagsnytta – om implementeringens mödosamma konst. 2023. Solna: Folkhälsomyndigheten. 2023. Hämtad från: [Från nyhet till vardagsnytta – om implementeringens mödosamma konst – En rapport om implementering av metoder inom folkhälsoområdet — Folkhälsomyndigheten \(folkhalsomyndigheten.se\)](#)
7. Statskontoret. Regeringens styrning i tvärssektoriella frågor. En studie om erfarenheter och utvecklingsmöjligheter. 2022. Stockholm: Statskontoret. 2022. Hämtad från: [Regeringens styrning i tvärssektoriella frågor - en studie om erfarenheter och utvecklingsmöjligheter \(statskontoret.se\)](#)
8. Kommissionen för jämlik hälsa. Nästa steg på vägen mot en mer jämlik hälsa. Förslag för ett långsiktigt arbete för en god och jämlik hälsa. Slutbetänkande av kommissionen för jämlik hälsa, SOU 2017:47. 2017. Stockholm: Kommissionen för jämlik hälsa. 2017. Hämtad från: [Nästa steg på vägen mot en mer jämlik hälsa - slutbetänkande av Kommissionen för jämlik hälsa - Regeringen.se](#)
9. Sveriges Kommuner och Regioner. Medlemsenkät folkhälsa 2022. Folkhälsoarbete i kommuner och regioner och behov av stöd. 2023. Stockholm: Sveriges Kommuner och Regioner. 2023. Hämtad från: [Medlemsenkät folkhälsa 2022](#)

Denna publikation är en kartläggning av hur kommuner, regioner och länsstyrelser arbetar med folkhälsoarbete i Sverige. Syftet med rapporten är att ge en samlad bild av hur folkhälsoarbetet ser ut i Sverige på lokal och regional nivå. Det handlar om organisatoriska förutsättningar, hur folkhälsoarbetet styrs, relevanta aktörer och hur de samverkar om folkhälsofrågor, samt vilka behov av stöd som önskas.

Rapporten bidrar med viktig kunskap om förutsättningar för lokalt och regionalt folkhälsoarbete vilket behövs bland annat i myndighetens arbete med att samordna och stödja det nationella folkhälsoarbetet. Ett samordnat och effektivt arbete är viktigt för att uppnå det övergripande folkhälsopolitiska målet om att skapa samhälleliga förutsättningar för en god hälsa på lika villkor, för hela befolkningen och sluta de påverkbara hälsoklyftorna inom en generation.

Folkhälsomyndigheten är en nationell kunskapsmyndighet som arbetar för en bättre folkhälsa. Det gör myndigheten genom att utveckla och stödja samhällets arbete med att främja hälsa, förebygga ohälsa och skydda mot hälsohot. Vår vision är en folkhälsa som stärker samhällets utveckling



Folkhälsomyndigheten

Solna Nobels väg 18, 171 82 Solna. Östersund Campusvägen 20. Box 505, 831 26 Östersund.

www.folkhalsomyndigheten.se