

GÖTEBORGS UNIVERSITET
Sociologiska institutionen



GÖTEBORGS
UNIVERSITET

Folkhälsosamordnarens yrkesroll ur ett professionsteoretiskt perspektiv

Examensarbete för kandidat i sociologi 15 hp

Namn Josefine Hollsten

Namn Anna Morgan

Handledare Ylva Ulfsdotter Eriksson

Juni, 2011

Abstrakt

Titel : Folkhälsosamordnarens yrkesroll ur ett professionsteoretiskt perspektiv

Författare : Josefine Hollsten & Anna Morgan

Handledare : Ylva Ulfsson Eriksson

Examinator : Sofia Persson

Typ av arbete : Examensarbete för kandidat i Sociologi 15 hp,

Tidpunkt : Juni 2011

Antal tecken inkl. blanksteg: 62587

Syfte och frågeställningar : Syftet med denna uppsats är att studera folkhälsosamordnarens syn på sin yrkesroll och belysa den i ett professionsteoretiskt perspektiv för att öka förståelsen för deras arbete.

Frågeställningarna lyder:

1. Vilken utbildnings- och kunskapsbakgrund har folkhälsosamordnarna och vilken betydelse uppfattar de att den har för deras yrkesroll?
2. Vilken legitimitet och status uppfattar folkhälsosamordnarna att de har som yrkesgrupp i den kontext där de verkar?
3. Vilka organisatoriska förutsättningar anser folkhälsosamordnarna att det finns för deras yrkesgrupp och hur påverkar det uppfattningen om självständighet?

Metod och material : Kvalitativa intervjuer. Urval: fyra folkhälsosamordnare från Västra Götalandsregionen. Samtliga intervjuer spelades in. Det empiriska materialet bearbetades med hjälp av kodning och analyserades utifrån professionsteori.

Huvudresultat : Resultatet visar att folkhälsosamordnarens yrkesroll präglas av en otydlighet. Den främsta orsaken till det tycks vara de diffusa arbetsuppgifterna i det konkreta hälsofrämjande arbetet samt den otydliga yrkesidentiteten.

Nyckelord : Folkhälsosamordnare, profession, kunskap, autonomi, förtroende

Innehållsförteckning

Abstrakt	1
Innehållsförteckning	2
1. Inledning	3
1.1 Syfte	4
1.2 Bakgrund för folkhälsoarbetet på nationell och regional nivå	5
<i>Nationell nivå</i>	5
<i>Regional nivå</i>	5
2. Tidigare forskning	7
3. Teori	9
3.1 Professionsteori - bakgrund	9
3.2 Aspekter av begreppet profession	10
4. Metod	15
4.1 Metodval	15
4.2 Urval	15
4.3 Datainsamling	15
4.4 Bearbetning av empiriskt datamaterial	16
4.5 Analysmetod	16
4.6 Etiska överväganden	19
4.7 Metodologiska reflektioner	19
5. Resultat och analys	21
<i>Utbildnings- och kunskapsbakgrund</i>	21
<i>Osäkerhet, förtroende och utbytbarhet</i>	25
<i>Autonomi och organisation</i>	26
6. Slutdiskussion	28
7. Referenslista	32
Elektroniska källor	33
Intervjuguide Bilaga 1	35
Populärvetenskaplig framställning	36

1. Inledning

Folkhälsa är ett stort och komplext område då hälsa inte endast är avsaknad av sjukdom utan inbegriper en rad faktorer som t.ex. bostadsförhållanden och arbetslöshet som påverkar människors hälsa. Under arbete och praktik inom folkhälsoområdet upplevde vi att folkhälsosamordnarnas yrkesroll kändes vag samt att arbetsuppgifter och ansvarsområden skiljde sig åt t.ex. beroende på vilken kommun man arbetade i. I en översikt av hur folkhälsoarbetet är organiserat i olika delar av landet visar även Folkhälsoinstitutet att aktörerna som arbetar hälsofrämjande upplever sig ha otydliga ansvarsområden (FHI 2010). Peter Korps avhandling (2003) berör en otydlighet och vaghet i det konkreta hälsofrämjande arbetet. Detta har fått oss att fundera över en folkhälsosamordnarens yrkesroll och vad den innebär. Vi har valt att avgränsa uppsatsen till Västra Götalandsregionen och de personer som arbetar hälsofrämjande där.

Socialstyrelsen (2009) definierar ordet folkhälsa som det allmänna hälsotillståndet i en befolkning. Folkhälsa handlar alltså om att främja hälsa genom samhällets organiserade insatser för befolkningsgrupper snarare än att främja hälsa på individnivå (Socialstyrelsen 2009). Ett annat sätt att förklara skillnaden mellan hälsa och folkhälsa är ”hälsa är en resurs för individen medan folkhälsa är ett mål för samhället” (Folkhälsoguiden 2011).

I policydokumentet Ottawa Charter definierade världshälsoorganisationen 1986 det hälsofrämjande arbetet som en verksamhet inriktad på att stärka människors förmåga att ta kontroll över sin egen hälsa (WHO 1986). Detta inbegriper en rad handlingsstrategier, så som att stärka grupper i befolkningen, utveckla stödjande miljöer och förmedla information om hälsofrågor (WHO 1986). Det finns markanta skillnader mellan olika socioekonomiska grupperns hälsa i Sverige. Personer med låg utbildning och låg inkomst tenderar att ha en sämre hälsa än den övriga befolkningen (Socialstyrelsen 2009). De som arbetar med hälsofrämjande insatser ställs inför stora utmaningar till följd av de olika förutsättningar och skillnader som man finner hos befolkningen (Naidoo & Wills 2007). I den folkhälsopolitiska rapporten utgiven av Statens Folkhälsoinstitut har det uppmärksammats att det behövs en ökad samordning mellan de aktörer som arbetar med hälsorelaterade frågor och att de behöver få tydligare roller (FHI 2010).

Trots att det sedan 1980-talet har funnits både specialister och specialenheter för hälsofrämjande arbete kan yrkesutövarna inte betecknas som en profession med tydlig kunskapsgrund (jfr. Naidoo & Wills 2007). Under senare år har en idé vuxit sig stark om en specifik yrkesgrupp inom folkhälsoområdet och det har skett en utbildningsexpansion inom detta område (Korp 2003). En sökning på ordet "folkhälsovetenskap" på Högskoleverkets portal Studera.nu ger 31 träffar. Utbildningar som *Folkhälsovetenskap*, *Hälsopromotion*, *Sjukgymnast och Sjuksköterska* kommer upp som förslag på sökningen. Det finns även utbildningar inom folkhälsa på yrkeshögskolor och diverse folkhögskolor där man kan få titlar som *Hälsoterapeut*, *Hälsocoach* och *Personlig tränare* (Studera.nu 2011). I en sökning på yrken inom folkhälsa i SSK 96 (Standard för svensk yrkesklassificering) ger "folkhälsa, folkhälsovetenskap" noll träffar. Använder man däremot sökord som "hälsostateg" kommer en rad hälsorelaterade yrken upp som till exempel hälsoupplysare, hälsopedagog och hälsocoach (scb.se 2011). Det finns alltså en växande mängd hälsoexperter inom ett brett fält som ur ett professionsperspektiv förefaller vagt och otydligt. Oklarheten i yrkesrollen kan ge folkhälsosamordnaren friheten att själv definiera sin uppgift men samtidigt kan det innebära svårigheter att klargöra vad som är folkhälsosamordnarens egentliga existensberättigande (Korp 2003).

1.1 Syfte

Syftet med denna uppsats är att studera folkhälsosamordnarens egen syn på sin yrkesroll och belysa detta i ett professionsteoretiskt perspektiv för att öka förståelsen för deras arbete.

Frågeställningarna lyder:

1. Vilken utbildnings- och kunskapsbakgrund har folkhälsosamordnarna och vilken betydelse uppfattar de att den har för deras yrkesroll?
2. Vilken legitimitet och status uppfattar folkhälsosamordnarna att de har som yrkesgrupp i den kontext där de verkar?
3. Vilka organisatoriska förutsättningar anser folkhälsosamordnarna att det finns för deras yrkesgrupp och hur påverkar det uppfattningen om självständighet?

1.2 Bakgrund för folkhälsoarbetet på nationell och regional nivå

Nationell nivå

Propositionen *Mål för folkhälsan*, som beslutades av riksdagen 2003, ger Sverige en vägledning för folkhälsoarbetet. Här framgår att det övergripande målet för arbetet med folkhälsa är att skapa samhällsliga förutsättningar för en god hälsa på lika villkor för hela befolkningen (Prop. 2002/03:35). I mars 2008 presenterade regeringen propositionen *En förnyad folkhälsopolitik* i vilken jämlikhetsaspekten betonades då man tydligare uppmärksammade människors utanförskap som ett hot mot folkhälsan. I propositionen (Prop. 2007/08:110) framkommer att individers goda hälsoutveckling skall uppmärksammas genom stöd till kloka egna hälsoval. Ansvaret för åtgärder på nationell nivå det vill säga för politiska beslut är fördelat mellan regeringsdepartementen. Den större delen av det praktiska folkhälsoarbetet genomförs dock på regional och lokal nivå av bland annat länsstyrelser, landsting och regioner, kommuner, ideella organisationer och näringslivet (FHI 2010).

Regional nivå

Det övergripande målet för folkhälsoarbetet i Västra Götalandsregionen är att skapa jämlika förutsättningar för en god hälsa för hela befolkningen och huvudansvaret för folkhälsoarbetet ligger på kommunerna. Kommunerna bör ha en folkhälsoplan som beskriver hur det hälsofrämjande och förebyggande arbetet ska fungera utifrån lokalt hälsoläge och lokala förutsättningar (Svensson & Svensson 2010).

I rapporten *Kartläggning; folkhälsoarbetets organisering i Västra Götaland*, beskrivs några centrala aspekter av folkhälsoarbetet i regionen (Svensson & Svensson 2010). Rapportens syfte är att bidra till ökad kunskap om folkhälsoarbetets organisering i Västra Götaland. Områden som studerats är folkhälsoplanerare-/samordnartjänsten, tvärsektorieellt råd, styrdokument och ekonomi. För att besvara rapportens syfte gjordes en enkätundersökning bland Västra Götalands folkhälsoplanerare/samordnare och avtal mellan hälso- och sjukvårdsnämnderna och kommunerna gällande det lokala folkhälsoarbetet analyserades.

I rapporten framkommer det att personer som arbetar lokalt med folkhälsoarbetet i Västra Götalandsregionen oftast kallas för folkhälsosamordnare eller folkhälsoplanerare.

Den övergripande arbetsuppgiften är att ha en samordnande roll för det lokala hälsofrämjande arbetet samt ansvara för uppföljning och redovisning. Kartläggningen visar att kommunerna i regionen strävar efter att personer som innehar folkhälsosamordnartjänsten bör ha en folkhälsovetenskaplig utbildning eller liknande. Vidare beskriver Svensson och Svensson (2010) att det som anses som avgörande gällande förankringen av folkhälsoarbetets framgång i kommunens ordinarie verksamheter beror till största delen på hur väl integrerat folkhälsoarbetet är i budgetprocessen.

2. Tidigare forskning

Tidigare studier av folkhälsoarbetare visar att yrkesgruppen omgärdats av otydlighet avseende hälsofrämjande kunskaper, arbetsuppgifter och kompetenser.

Nettleton och Burrows (1997) studie, *If Health Promotion is Everybody's Business What is the Faith of the Health Promotion Specialist?*, från England och bygger på intervjuer med vad som i England kallas Health Promotion Specialists (Folkhälsoarbetare). Studiens syfte var att få en bild av och en uppfattning om det hälsofrämjande arbetets karaktär och hur det påverkats av att man införde en "intern marknad" inom hälso- och sjukvården i England. Slutsatserna av Nettleton och Burrows studie visar stora organisatoriska oklarheter i det hälsofrämjande arbetet, något som uppfattats som ineffektivt och vagt. De menar att dessa folkhälsoarbetare och det arbete de bedriver har försummats av beslutsfattare. Detta kan vara förvånande då det hälsofrämjande arbetet har fått en hög framtoning och man kan förvänta sig att de skulle känna sig självsäkra i sin roll, arbetsuppgifter och känna en trygg framtid i det brittiska National Health Service. Studien visar emellertid att många av de som arbetar hälsofrämjande känner sig osäkra och sårbara och finner det svårt att etablera sin nisch. Författarna hävdar att det är svårt att tydliggöra vad som är hälsofrämjande kunskaper, uppgifter och kompetenser och det hälsofrämjande arbetet saknar klara gränser. De specifika personer som ska arbeta professionellt med hälsofrämjande insatser saknar konkreta och klart avgränsade uppgifter och ett tydligt ansvarsområde (Nettleton & Burrows 1997).

Peter Korp (2003) belyser i sin avhandling, *Hälsopromotion – en sociologisk studie av hälsofrämjandets institutionalisering*, institutionaliseringen av hälsopromotion som kunskaps- och verksamhetsområde. Begreppet hälsopromotion, att "promote" (främja) hälsa, används idag i stället för eller samtidigt med hälsofrämjande arbete. Korp menar att på den mest grundläggande nivån så handlar hans forskning om social förändring – en ny syn på hälsa och ett nytt sätt att tänka om och arbeta med hälsa i samhället. Korp ser en påtaglig otydlighet och vaghet i det konkreta hälsopromotiva arbetet samt i dess diskurs. Det saknas en genomarbetad analys som problematiserar hälsobegreppet som därmed skulle kunna ge riktlinjer för vad hälsopromotion är och vad det hälsofrämjande arbetet på en konkret nivå bör handla om. Korps studie visar vidare att det inte finns en hälsopromotiv profession med tillräcklig legitimitet och autonomi för att kunna fungera som ett auktoritetssystem. Yrkesrollens

otydlighet, vem man är och vad man egentligen sysslar med är frågor som respondenterna återkommer till och är för många av dem ett problem. Ur ett professionsetiskt perspektiv anser Korp att det är ohållbart med en profession som inte har ett tydligt definierat kunskapsområde och vad man är till för (Korp 2003). Korp har inte i de analyser han gjort kunnat urskilja någon gemensam kamp för att ge form åt den egna yrkesgruppen och förvärva professionell status. Han anser att det idag förefaller att saknas en gemensam och tillräckligt stark yrkesidentitet för att en sådan kamp ska utvecklas, något som kan kopplas till det faktum att det inte finns några entydiga utbildningskrav för ett arbete inom det hälsopromotiva området (Korp 2003).

Den otydlighet avseende yrkesgruppen och dess primära verksamhetsområde som dessa två studier identifierat förekommer även i andra semiprofessionella yrkesgrupper. De befinner sig någonstans mellan de redan etablerade professionerna och de icke etablerade. En semiprofession kännetecknas ofta av att de ofta saknar kontroll över sitt eget arbete eller sin egen kunskapsbas (Johnsson & Lindgren 1999). Ett annat exempel på en otydlig yrkesroll beskrivs i Johan Berglunds (2002) avhandling *De otillräckliga* som är en studie av personalvetarnas otydliga yrkesroll och kamp för erkännande och status. Berglund menar att personalvetarnas yrkesidentitet utmärks av en känsla av otillräcklighet och visar sig genom att det finns en inneboende självkritik där yrkesgruppen ifrågasätter sig själv och sin yrkesroll. Berglund beskriver att personalvetarna tycks ha svårt att övertyga andra yrkesgrupper att den kunskap man besitter är självklart viktig och legitim och att de därför borde ha en mer framskjuten och strategisk position i organisationer. Denna otydlighet menar han skulle kunna vara en tänkbar förklaring till att yrkesgruppen har en så relativt låg status i organisationer, trots att personalvetarna borde ha en hög status i ett så kallat kunskapssamhälle (Berglund 2002).

Den osäkerhet och känsla av otillräcklighet hos en yrkesgrupp som Berglunds studie påvisar stämmer överens med det Nettleton och Burrows och Peter Korp belyser i sina studier kring hälsofrämjande arbete och dess otydliga yrkesroll.

3. Teori

I nedanstående kapitel har i relation till syfte och frågeställningar relevant teori valts ut för att stärka analys och resultatkapitlet. Inledningsvis presenteras professionsteorin. Därefter tar vi avstamp i Thomas Brantes (2009) definition av professionsbegreppet och utvecklar det med andra teorier kring profession.

3.1 Professionsteori - bakgrund

Begreppet profession kommer från latinets *professio* och betyder erkännande, uppgift eller yrke med högre akademisk utbildning (Selander 1989). Inga Hellberg (1978) beskriver att professionsteorin uppstod för att förstå och förklara koppling mellan den högre utbildning och arbetsmarknad som kommer till uttryck i akademiska yrkesgruppers monopolsträvande. Många forskare inom området menar att det inte finns någon entydig definition av profession, däremot innefattar professionsbegreppet många liknande egenskaper. Historiskt kännetecknas en profession av att den har en systematisk teori, auktoritet, samhällig sanktion, etiska regler och en egen kultur (Hellberg 1978, Selander 1989, Brante 2009).

Staffan Selander (1989) anser att det finns tre utmärkande perspektiv på begreppet profession. I det första räknas ett antal kriterier och egenskaper upp som en profession bör inneha. Det andra perspektivet ligger fokus på själva processen för att bli en profession. I det tredje perspektivet står professioners ställning i samhället i centrum genom att de karakteriseras av klass- och könsskillnader och en ojämlig kontroll över produktionen.

Professionella kommer in i den samhälleliga verkligheten på många sätt, de blir examinerade på ett legitimerande sätt från högre utbildningsinstitutioner. Dessa institutioner är ofta inrättade av staten och staten auktoriserar därmed ofta deras examina och efterfrågar också mycket av den arbetskraft som examineras (Torstendahl 1989).

Semiprofessioner är underordnande andra grupper och har kan ha en bristande självständighet i sitt arbete. De byggs upp inom universitet genom längre utbildning och är ofta tvärvetenskapliga vilket innebär att de är omgärdade av flera ämnen som förser dem med en teoretisk bas. Semiprofessioner är byråkratiskt skapande och inplacerade i större organisationer. Semiprofessionerna har lägre autonomi i förhållande till både politik och andra professioner, de är betydligt mer styrda (Brante 2009).

3.2 Aspekter av begreppet profession

Thomas Brante (2009) menar att professioner består av yrken som baserar sin verksamhet på vetenskaplig forskning och för många samhällsvetare utgör professioner de viktigaste funktionerna i samhället såsom teknik, hälsa, organisation, ekonomi och vetenskap. Vi använder oss av Brantes åtta aspekter av en profession och kompletterar dessa med andra teoretikers syn av begreppet. De åtta aspekterna är; universitetsutbildning, abstrakt kunskap, osäkerhet, autonomi, förtroende, organisation, utbytbarhet och förmedlare av kunskapssystem.

Brantes åtta aspekter som han anser att en profession bör inneha mynnar ut i hans definition av en profession som lyder: ”Professionella yrken är i något avseende organiserade, relativt autonoma bärare och förmedlare av samhälliga sanktionerande, abstrakta kunskapssystem som ger dem förmågan att utföra handlingar som uppfattas som svåra, skicklighet och värdefulla av allmänheten/klienten” (Brante 2009, s. 28).

Den högre utbildningen

Den första aspekten som Brante lyfter fram som central för en profession är betydelsen av universitetsutbildning. Historiskt sett tar de flesta professionsdefinitionerna avstamp i att professioner är starkt förankrade i universitetsutbildningar. Den betydelsen har dock minskat under senare tid till följd av att yrkesutbildningar i högre grad har införlivats i universiteten. Även Julia Evetts (2003) framhåller en skillnad mellan yrkesgrupper och menar att just en universitetsutbildning inte längre är exklusiv för en profession. Evetts beskriver att det inte verkar lika viktigt att skilja på ett yrke från ett annat och att fokus numera ligger på att betrakta professioners liknande sociala former, som ofta berör gemensamma egenskaper. Detta leder i sin tur till att den tidigare relationen mellan universitetsutbildning och de ”sanna” eller ”etablerade” professionerna blir mindre entydiga (Brante 2009).

Kunskapssystem

Den andra aspekten som Brante lyfter fram är relationen mellan profession och dess abstrakta kunskapssystem som de grundar sin yrkesutövning i. Professioner utmärks av att de innehar ett eget och unikt kunskapssystem som de vill föra vidare i samhället. De professionella kan i kunskapssystemet fånga och införliva nya problem inom kompetensområdet. Brante menar att en professions kunskapssystem bör befinna sig på en relevant abstraktionsnivå rent praktiskt, där den är som mest gynnsam. Genom att befinna sig där öppnas möjligheten att utvidga

kompetensgränserna och integrera nya och gamla problem på ett förtroendefullt sätt. T.ex. en forskare inom medicin (läkare) kan genom tidigare upptäckter och forskning samt genom praktisk tillämpning skapa och monopolisera nya problemområden t.ex. nytt botemedel mot en specifik sjukdom. Kunskapssystemet värderas av individer och det råder stora skillnader mellan professioners status och prestige då det är starkt förankrat i det samhället som råder och dess maktförhållanden under en viss period (Brante 2009).

Osäkerhet och ökat behov av expertkunskap

Den tredje aspekten Brante lyfter handlar om profession och osäkerhet och kopplingen till samhällets ökade behov av experter. Brante hävdar att de professionellas status är starkt förknippad med samhällets uppfattning av dem, den är i sin tur kopplad till graden av osäkerhet som en profession behandlar. Dagens moderna samhälle benämns inte bara som ett kunskapssamhälle utan allt oftare som ett risksamhälle. Risksamhället speglas av den osäkerhet som utmärker det moderna livet, det finns en uppsjö av krav och föreställningar hur man som individ bör leva, vare sig det handlar om hälsa, ekonomi eller nära relationer (jfr. Giddens 1990). För att minska känslan av osäkerhet blir det mer vanligt att anlita professionella som anses inneha en expertkunskap och de kan framstå som hjältar som förväntas ha en lösning på problemen. I media visas t.ex. en mängd olika tv-program (Lyxfällan, Du är vad du äter, Arga Snickaren) där så kallade ”experter” går in och tar över individers ”problem” och förväntas att fixa dem. Giddens (1990) talar om moderniteten och belyser att globaliseringen av samhällena och aspekten där ingen helt kan avstå från de abstrakta systemen som är förknippade med det moderna samhället. Stora områden av det dagliga livet för större delen av befolkningen speglas av individers beroende av expertkunskap.

Autonomi och självständighet

Den fjärde aspekten som Brante lyfter fram är autonomi kopplat till profession. Professioners autonomi karakteriseras av utrymme för att fatta självständiga beslut i en rad frågor och kan därmed innebära flera saker. Brante (2009) nämner tre faktorer som ligger till grund för vilken typ av autonomi som speglar professionen. Den första handlar om vilka förutsättningar som finns för professionens verksamhet t.ex. i ekonomiskt eller politiskt avseende. Den andra belyser hur professionens arbete är organiserat. Dessa villkor och styrningsformer bestämmer graden av autonomi i förhållande till externa intressen och maktavare. Den tredje faktorn

benämns som intern autonomi och berör innehållet i den professionella praktiken. T.ex. skulle inte en hälso- eller socialminister försöka styra en hjärnkirurgs arbete vid operationsbordet, medan det för en skolminister kan anses som legitimt att styra skolans inre arbete såsom lärarnas didaktik och kunskapsinnehåll.

Hellberg (1991) menar att en professions autonomi hänger ihop med diskretion som hon anser är kärnan i begreppet. Diskretion handlar om egenmakt där de professionella kan fatta rätta beslut utifrån en situation med sin kunskapsbas i ryggen. I det moderna arbetslivet innebär diskretion att professionen omfattas av arbetsuppgifter som inte kan automatiseras. De professionella har diskretionen och därmed en position som tillåter att beslut och ansvar helt vilar på deras omdöme. Kravet på diskretion för de professionella innebär således frihet och rätt att fatta beslut och handla utan någon annan kontroll än det egna omdömet. Basen för diskretion är att den vilar både på vetenskapliga och erfarenhetsmässiga kunskaper som de professionella har (Hellberg 1991). Andrew Abbotts (1988) huvudtes är att professioner består av ett specifikt, förhållandevis autonomt socialt system. Hans huvudbegrepp jurisdiktion liknar Hellbergs (1991) resonemang kring diskretion. Abbotts betonar att en viss profession kan ha full jurisdiktion som innebär att den både har monopol och bestämmanderätt medan andra professioner är villkorad av en högre uppsatt profession.

Förtroende

Brantes femte aspekt handlar om förtroende av och i en profession. Brante (2009) anser att förtroendet för en profession är starkt förknippat med den allmänna uppfattningen om verksamhetens betydelse och grundar sig i en strikt yrkesintegritet. Förtroendet hänger ihop med aspekter såsom diskretion, kåranda och altruism. Endast professionella inom samma kår anses kapabla att korrekt bedöma den enskilde utövarens kompetens, därav anses förtroende för kåren som en viktig del för en profession. Kritik av en professionell inom kåren vid exempelvis enskilda skandaler besvaras med behårt försvar eller uteslutning av professionen.

Lennart G Svensson (2002) beskriver att allmänhetens förtroende för experter eller professionella som ett väsentlig professionssociologiskt problem likaväl som ett politiskt problem. Men i hög grad menar Svensson att förtroendet är något som intresserar yrkesgrupperna själva i deras strävan att skapa och upprätthålla förtroendet i samhället. Förtroendet bland allmänheten för enskilda yrken och institutioner är avgörande för de

professionellas arbete, strategier och anspråk. De professionellas bild av sig själva är också en grundläggande faktor när det handlar om förtroendet för professionen (Svensson 2002).

Organisation och yrkeskår

Den sjätte aspekten handlar om organisation och yrkeskår. Hur professioner är organiserade kan skifta. Genom enskilda initiativ kan professioner uppstå och vidareutvecklas men oftast uppstår och skapas de utifrån statens, kommunernas eller landstingens initiativ och på sätt förpassas de in i en större byråkrati. Organisatoriskt sett kan man behöva inte en profession utgöra en organisation för sig. Profession och organisation kan även kopplas samman med yrkeskår där upprättandet av kåren kan ses som en strategi för att kontrollera, reglera och bevaka de professionellas inträde i professionen. Yrkeskåren kännetecknas av att en formell etikkod utarbetas som fastslår yrkesutövarens plikter och krav (Hellberg 1991). Kåren genomsyras av en samhörighet som ger de professionella en känsla av yrkesidentitet och gemensamma värderingar för professionen. Den speglas av en intern kontroll som garanterar att normerna efterlevs och där de professionella upprättar ett system av självstyrelse som begränsar rekrytering genom kontroll av utbildning, träning och kvalificering (Brante 2009).

Utbytbart

Sjunde aspekten behandlar profession och utbytbart som betonar att färdigheter och kompetens inom en profession inte kan skiljas mellan enskilda utövare. Brante (2009) menar att i princip är vilken utövare som helst inom kompetensområdet kapabel att utföra arbetet. Därav är professionens arbetsdelning och specialisering för kåren baserad på utbytbart och sammanhållning mellan kollegor.

Förmedlare av kunskap

Brantes åttonde aspekt tar upp professioner som kunskapsförmedlare. Som påpekats har förtroendet en avgörande roll för professioner, eftersom det är förtroendet som i hög grad binder samman den professionella med klienterna och samhället. Brante menar att de professionella ses som förmedlare av de abstrakta kunskapssystemen till klienter och det övriga samhället. Förtroendet för professioner är enligt Giddens (1990) ett av modernitetens viktigaste karakteristiska drag. Vidare menar han att förtroendet för traditioner ersatts med förtroende för abstrakta kunskapssystem, som representeras av de professionella. Exempelvis, prästen som har tillgång till Guds tankar, läkaren har tillgång till det medicinska

kunskapssystemet och därmed får klienten indirekt tillgång. Som nämndes tidigare beskriver Svensson (2002) att förtroendet är något som intresserar yrkesgrupperna själva i deras strävan att skapa och upprätthålla förtroendet i samhället. Förtroendet bland allmänheten för enskilda yrken och institutioner är avgörande för de professionellas arbete, strategier och anspråk.

Valet av professionsteorin i relation till studiens empiri

Professionsteorin beskriver vilka typiska egenskaper som kännetecknar en profession. Valet att använda oss av denna teori gav oss en möjlighet att analysera och öka förståelsen för folkhälsosamordnarnas komplexa yrkesroll som ofta präglas av otydlighet. Brantes åtta aspekter speglar olika synvinklar av vad en profession bör innehålla, samtliga aspekter fann vi mer eller mindre relevant för vår studie. Även tidigare forskning inom området där bland annat Peter Korp (2003) påvisar att utbildning, kunskapssystem och autonomi kan ses som avgörande faktorer för att folkhälsosamordnarnas yrkesroll skall bli tydligare och även dess strävan mot att bli profession.

4. Metod

4.1 Metodval

Uppsatsen baserades på kvalitativ metod och en intervjustudie genomfördes för att belysa hur respondenterna upplevde sitt yrke. Den kvalitativa intervjun möjliggör en ökad förståelse av intervjupersonens livsvärld och hjälper forskaren att förstå och tolka meningen bakom de beskrivna fenomenen. Genom denna metod erhåller forskaren nyanserade beskrivningar av hur intervjupersonen upplever och handlar i specifika situationer och undersökningssituationen liknar en vardaglig situation och ett vanligt samtal (Kvale & Brinkmann 2009). Kvale och Brinkmann menar att det som skiljer en intervju från ett vanligt samtal är att den har en struktur och ett syfte och i detta fall utformades en intervjuguide (se bilaga 1) för att få fram respondentens beskrivning av dess verklighet i syfte att tolka innebörden av de fenomen som undersöktes (Kvale & Brinkmann 2009).

4.2 Urval

Valet att begränsa vårt geografiska område för studien till Västra Götalandregionen gjordes då båda författarna bor där. Urvalskriteriet till att få delta i studien var att respondenterna skulle inneha en folkhälsosamordnartjänst. Inledningsvis gjordes ett strategiskt urval för att få en stor bredd i undersökningen samt möjliggöra variation i datamaterialet (Kvale & Brinkmann 2009). Trots ett fåtal intervjuer kunde vi säkerställa att få intervjupersoner som representerade olika områden av regionen och på sätt belysa olikheter och likheter i yrkesgruppen. Via mail sändes en förfrågan ut till folkhälsosamordnare i regionen om att delta i undersökningen. Relativt snabbt fick vi positiv respons från fyra personer som gärna deltog i vår studie.

4.3 Datainsamling

En intervju bör pågå tills forskaren anser att den fått fram det som den behöver veta för att besvara sitt syfte (Kvale & Brinkmann 2009). I vårt fall varierade längden av intervjuerna mellan 45-60 minuter. Intervjuerna utfördes efter en intervjuguide (se bilaga 1) som fokuserade på vissa teman som utgick från studiens syfte med stor yta för respondenten att tala fritt utan styrning av intervjuaren. Under intervjuerna ändrades ibland ordningen på

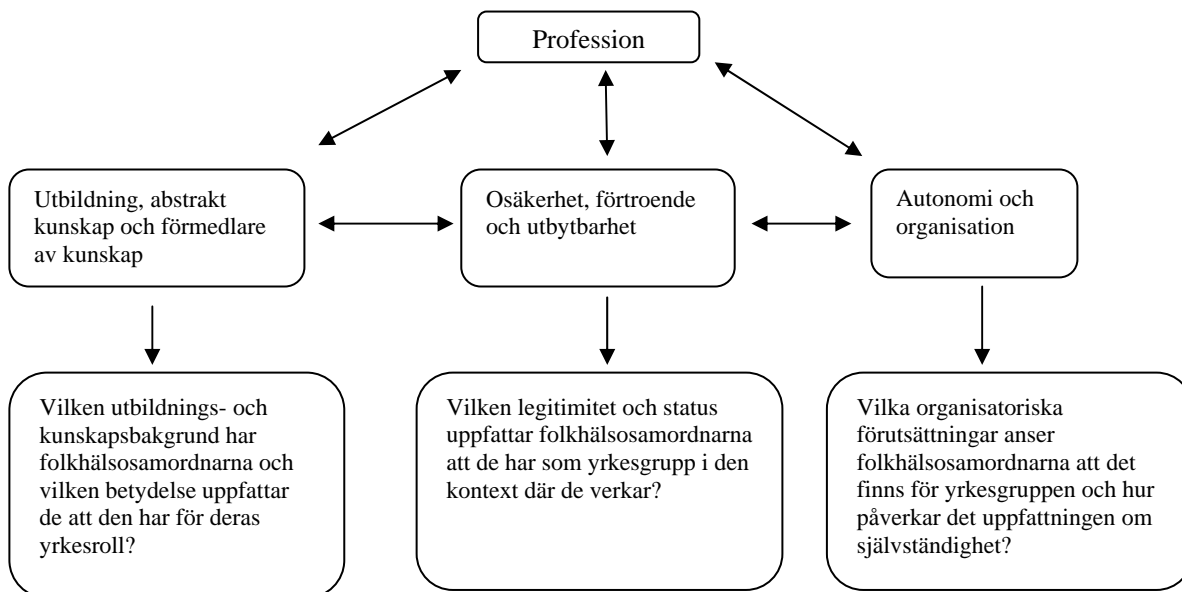
frågorna då respondentens idéer eller uppfattningar gjorde att vi fördes in på ett annat spår. Det fanns skillnader i respondenternas sätt att ta sig an frågorna, några berättade fritt med långa och ingående spontana svar men i några av fallen fick vi styra intervjuerna och fick lite kortare mer koncisa svar. Under intervjuerna var vi objektiva på så sätt att vi inte ställde ledande frågor. Samtliga intervjuer tog plats på respondenternas arbetsplatser vilket bidrog till att de kände sig avslappnade och säkra i sin egen miljö. Samtliga respondenter gav sitt tillstånd till att intervjuerna spelades in, och vi upplevde aldrig att diktafonen störde eller påverkade svaren.

4.4 Bearbetning av empiriskt datamaterial

I uppsatsen utgick vi ifrån en abduktiv ansats, som har drag både från det induktiva och deduktiva. Alvesson och Sköldberg (2008) beskriver att abduktionen ofta utgår ifrån empirin liksom induktionen, men att den för den delen inte avvisar den teoretiska förförståelsen vilket ligger närmare deduktionen. Med fördel tar en abduktiv analys sig an empirisk fakta med teorin som en inspirationskälla för att upptäcka mönster som ger en ökad förståelse för forskningsområdet. Det vanligaste förhållningssättet en forskare intar vid en tematisering är att utgå från en induktiv ansats. Forskaren läser igenom det insamlade materialet ett flertal gånger, för att urskönja genomgående kategorier i materialet (Kvale & Brinkmann 2009). Vi utgick ifrån professionsteori för att belysa vårt empiriska material och tog fram ett antal kategorier som skulle förklara hur folkhälsosamordnarens yrkesroll kunde förstås.

4.5 Analysmetod

Miles och Huberman (1994) beskriver kodning av det empiriska materialet som en analysmetod som används för att utskilja det som anses som meningsfull data. Koder kan existera i olika former såsom ord, uttryck eller längre meningar från respondenterna, och det är sedan dessa koder som ligger till grund för de kategorier som framkommer (Miles & Huberman 1994). Detta liknar den induktiva kodning som Kvale och Brinkmann (2009) beskriver. I uppsatsen har vi utformat kategorierna utifrån den teoretiska förståelsen av profession. För att besvara uppsatsens syfte och frågeställningar valde vi att utforma analysmetoden på följande sätt; vi utgick ifrån vår förförståelse av uppsatsämnet och det empiriska materialet samt från Brantes (2009) professionsteoretiska definition och utformade följande kategorimatrix. Modellen visar också hur de olika kategorierna i analysen svarar mot studiens frågeställningar.



Utifrån kategoriseringsmatrisen kodades de transkriberade intervjuerna. Vi grupperade in ord och meningar som vi ansåg särskilt centrala in i respektive kategorier. Att kategorierna utformades från teorin istället för empirin ökade chansen för att teorin skulle kunna förklara det studerade området. Risker med ett sådant förhållningssätt var dock att vi som författare skulle stirra oss blinda på redan förutbestämda kategorier och att relevant data skulle förbises. Detta var något som vi övervägde, eftersom vi studerat materialet under en längre tid och kommit fram till hur vi skulle belysa materialet på bästa sätt anser vi att den risken är relativt liten.

Efter kodningen av ord och meningar sorterades de in i respektive kategori och vi kunde urskilja mönster i materialet om vad som var mer eller mindre framträdande. Därmed representerade kategorierna relevanta aspekter av det empiriska materialet. Kategorierna analyserades sedan genom att vi belyste dem utifrån ett professionsteoretiskt perspektiv. Genom att använda dessa angreppssätt anser vi att vi kunde säkerställa en genomarbetad analysmetod.

4.6 Etiska överväganden

Forskaren bör ta etiska frågor under övervägande redan från början i forskningsprocessen menar Kvale och Brinkmann (2009). I uppsatsen tog vi hänsyn till Vetenskapsrådets (2002) forskningsetiska principer och särskilt till de områden som främst brukar framhållas när det kommer till etiska överväganden kring samhällsvetenskaplig forskning.

Informerat samtycke - för att tillgodose detta krav informerades respondenterna om vad uppsatsen skulle användas till, frivilligt deltagande, rätten att dra sig ur och dess allmänna syfte. Samtliga godkände att vi spelade in intervjun.

Konfidentialitetskravet - privat och identifierande data om respondenterna avslöjas inte. Detta var vi noga med att informera respondenterna om. Därmed ändrades deras riktiga namn mot ett fiktivt och platser doldes.

Forskarens roll - det ställs stora krav på forskarens moral och kunskap om etiska riktlinjer för att upprätthålla och fatta rättfärdiga, etiska beslut. Det är inte enkelt då vetenskapliga intressen står i förhållande till etiska intressen. Det tillgodosågs genom att vi informerade oss om de vetenskapliga etiska aspekter och hur vi skulle förhålla oss till dessa.

Nyttjandekravet och konsekvenser – innebär att studiens resultat endast kommer att användas till utnämnd forskning samt att forskaren bör överväga eventuell skada som respondenterna kan åsamka sig genom sitt deltagande. Problemet vi stod inför var huruvida respondenterna skulle kunna identifieras av personer som var insatta i folkhälsoarbetet, trots att vi använt oss av fiktiva namn. Vi informerade intervjupersonerna om den risken men ingen av dem upplevde det som något problem.

4.7 Metodologiska reflektioner

Det initiala syftet för studien var att undersöka hur folkhälsosamordnarnas arbete bedrivs för att främja en god och jämlik hälsa för invånarna i respektive område. Vi hade även ett induktivt förhållningssätt där vi samlade in empiriskt material för att sedan finna en relevant teori som kunde förklara och öka förståelsen för empirin. När vi studerat vårt material insåg vi att det snarare belyste folkhälsosamordnarens yrkesroll och villkor för folkhälsoarbetet än deras arbete med ojämlikhetsproblematik, som var vår ursprungliga avsikt att studera. Därav

omformulerads syfte och frågeställningar och vi sökte en relevant teori som kunde belysa vårt material på ett nytt sätt.

Enligt Kvale och Brinkmann (2009) innebär validitet att granska om en studie undersöker det den utger sig undersöka. Att mäta hur valid en studie är görs genom att man studerar i vilken utsträckning forskaren kontrollerar, ifrågasätter och tolkar resultatet i förhållande till studiens tillförlitliga och teoretiska källor. Vi har funderat över hur vi skulle kunna hävda studiens validitet då det som kom att studeras var något annat än ursprungssyftet. Det som vi ansåg intressant och av vikt att framhålla var att vi som författare gick ut med en initial idé om att studera folkhälsosamordnarnas arbete för en mer jämlik hälsa. Resultatet av intervjuerna påvisar däremot att respondenterna hade ett stort behov av att berätta sin upplevelse av den egna yrkesrollens otydlighet och diffusa riktlinjer. Vi ansåg att det i sig kan ses som ett resultat.

Reliabilitet innebär att befästa hur tillförlitlig studien är. Kvale och Brinkmann (2009) menar att för att en studie skall uppnå en god reliabilitet bör ledande frågor undvikas. För att säkerställa en studies reliabilitet betonas vikten av att utskriften av intervjuerna utförs på ett korrekt och exakt sätt. Kvale och Brinkmann (2009) betonar även svårigheten som finns för en forskare att tolka det som sagts under en intervju på ett korrekt sätt, men genom att vara fler forskare som tolkar minskar denna problematik. Vi har under arbetets gång varit två författare som läst igenom det empiriska materialet vilket torde stärka studiens reliabilitet.

5. Resultat och analys

I kommande kapitel presenteras resultat och analys av det empiriska materialet med stöd av professionsteori. Vi har valt att ge respondenterna fiktiva namn för att läsaren ska på ett enkelt sätt förstå vem som säger vad i text och citat.

Utbildnings- och kunskapsbakgrund

Enligt riktlinjer för kommunerna i regionen strävar de efter att personer som innehar folkhälsosamordnartjänsten bör ha någon slags folkhälsovetenskaplig utbildning och kompetens (Svensson & Svensson 2010). Enkätstudien visar att alla folkhälsoplanerare/-samordnare som svarat har minst en högskolekurs inom detta område.

I intervjuerna med respondenterna fann vi att ingen av dem hade någon omfattande folkhälsovetenskaplig utbildning men samtliga hade någon form av vidareutbildning inom folkhälsovetenskap. Två av våra respondenter har universitetsexamen båda är i grunden socionomer och har vidareutbildat sig på Nordiska högskolan för folkhälsovetenskap. De övriga har utbildat sig och har erfarenhet inom den offentliga sektorn. Karin ser definitivt fördelar med vidareutbildning inom det hälsofrämjande arbetet men upplever ibland att sitta en vecka på utbildning kan vara frustrerande, ”Det blir för mycket fina ord, visioner, men rent konkret vad är det som händer?”. Hon uppfattar sig själv som en ”doer”, använder sig av sina tidigare erfarenheter och sin extroverta personlighet för att få ”jobbet gjort”, som hon uttrycker det.

Som nämnts tidigare betonas en hög utbildning för att kunna tillhöra en profession. Dock menar Brante (2009) att den betydelsen har minskat under senare tid till följd av att yrkesutbildningar i högre grad inkluderas inom universitet (jfr. Evetts 2003). Att folkhälsosamordnarnas kunskapssystem inte är entydigt och bygger på ett tvärvetenskapligt område torde leda till att spännvidden av var fokus bör ligga i det hälsofrämjande arbetet blir stort. Brante (2009) menar att det är i kunskapssystemet som den professionelle utgår ifrån när den ska fånga och införliva nya problem inom kompetensområdet. Eftersom respondenterna inte innehar samma kunskapssystem tenderar deras kunskaper och erfarenheter att skilja sig stort. Som i sin tur leder till att de arbetar på olika sätt utifrån respektive förutsättningar. De tidigare erfarenheter som våra respondenter bär med sig från arbetsliv och studier gynnar i

stor grad deras hälsofrämjande arbete då de med andra ”glasögon” kan ta sig an folkhälsoområdet. Det som saknas är att de ej har en tydlig gemensam kunskapsbas att falla tillbaka på.

Arbetsuppgifter och kunskapsförmedling

Folkhälsosamordnarens arbetsuppgifter beskrivs som att ha en övergripande samordnade roll som ansvarar för uppföljning och redovisning (Svensson & Svensson 2010). Detaljerna kring beskrivningen av yrkesrollen skiljer sig dock åt i avtalen i regionerna.

Vi fick intrycket att respondenterna hade olika uppfattningar vad deras primära uppgift som folkhälsosamordnare är och att de använder sin kunskap, erfarenhet och utbildning på olika sätt.

Att dels hålla koll på var vi sticker ut och förmedla det till de verksamheter vi har. Kan vi göra något åt dem? Men även att informera folkhälsoråden hur området ser ut. Dom förmedlar i sina led.(Lena)

Ja, jag tycker det är viktigt att presentera bra och viktigt underlag för politikerna och tjänsmännen, så att det kan göra en bra planering. De har inte tid att rota bland siffror och det är väl mycket det jag gör, tittar på trender och tendenser. Vi förser chefer med siffror och frågor som vi anser de ska ta tag i.(Anna)

Mitt uppdrag var att jag skulle jobba ut mot invånarna inte mot personal. Det är så många som arbetar med hälsa som sitter och skriver och skriver men vad gör dom då? Jag ser ju hela mitt arbete eller hela jag är ju mer en ”doer”, naturligtvis ska man ha mål men jag känner att jag måste ut och se att saker händer och att man jobbar med det. (Karin)

Man kan urskilja att Lena och Anna uppfattar sitt arbete mer som ett samordnings uppdrag och strategiskt arbete och detta är också vad de i huvudsak gör. Karin däremot, menar att hon måste ut och se att saker händer och blir gjorda. Hon arbetar helst praktiskt och på en konkret nivå med det hälsofrämjande arbetet, ett arbete som kanske i vissa fall är lättare att synliggöra och en roll som stämmer överens med invånarnas uppfattningar om vad det hälsofrämjande arbetet går ut på. Ska en folkhälsosamordnare arbeta strategiskt eller på en mer konkret och praktisk nivå? Anledningen till detta ”oliktänkande” om på vilken nivå det hälsofrämjande arbetet ska ske handlar i första hand om att dra gränser och klargöra sitt kompetensområde och folkhälsosamordnarens yrkesroll (Korp 2003). Det ”oliktänkande” som råder inom folkhälsosamordnarnas roll går emot en professions betoning på hög grad av utbytbart, dvs. att färdigheter och kompetens inte kan skilja sig allt för mycket åt mellan enskilda utövare inom professionen (Brante 2009).

I sitt arbete med att förmedla sin kunskap behöver folkhälsosamordnare förmågan att möta människor och att kommunicera och lyssna på sina invånare. Deras arbete handlar främst om att arbeta för att skapa mötesplatser, delaktighet och egenansvar. Utöver detta bör de samtidigt kunna presentera bra och viktigt underlag till chefer och politiker.

Vi började med gratis fika för både professionella och allmänheten i en öppen atmosfär. Utan dagordning och tar upp det som folket vill diskutera. Det som behövs är mer folk ute som ser vad som görs. De är något som vi genom mötena fått igång, dels genom hälsopedagog på vårdcentralen som är en verklig eldsjäl. Hon drar igång barnvagnspromenader, stavgång alltså det är det som behövs och är ute och möter invånarna.(Karin)

Att få invånare att vara med och påverka och ta ansvar för sitt område och boende var något man anser vara av stor vikt där Karin arbetar. Vid nybyggnationer av bostäder tillfrågas invånarna om utformandet av miljön runt bostäderna exempelvis gångvägar, var gatlyktor skulle placeras etc.

Karin uttryckte speciellt hur viktigt det var att arbeta med ungdomar. De måste få vara med och bestämma och känna delaktighet och ansvar för exempelvis sin fritidsgård.

När de kommer upp till oss på fritidsgården när de är 14-15 år och man säger ok, ni har den här budgeten, ni får vara med och bestämma vad vi ska göra. Dom blir alldeles, vaa men kan vi? Bara att få in det att de får vara med att påverka och ta ansvar, det är inget som bara är det är jättesvårt att få dem att inse det. Basic demokrati liksom.(Karin)

I Lenas område arbetar de med delaktighet och påverkan genom ett folkhälsoråd och rådslag. I folkhälsorådet finns representanter från olika instanser och invånarna representeras av företrädare från olika föreningar. Rådslaget bygger på att samhällsaktörer möter invånarna och diskuterar frågor som känns relevanta.

Samtidigt jobbar jag mycket mot befolkningen genom rådslag där man träffas vid tre tillfällen. Så bjuder man in till rådslag, vi sitter vid olika bord och så för vi samtal. Vår uppgift för den kvällen är att vi inte kan lova att det som sägs bli gjort men vi lyssnar av och noterar allt och sen skickar vi iväg det till dom som äger frågorna. Invånarna kan komma med vilka synpunkter man vill så förmedlar jag dem sen.(Lena)

En stor del av det hälsofrämjande arbetet är att skapa specifika mötesplatser som främjar invånarnas hälsa. Mötesplatserna erbjuder en rad aktiviteter alltifrån kurser till fysisk aktivitet och föreläsningar. Tanken med mötesplatserna är att ge invånarna verktyg och egenmakt att kunna hjälpa sig själva. Genom att stärka människors förmåga att ta mer kontroll över sin

egen hälsa men också uppmuntrar till social samvaro och nätverk ökar chansen till en positiv förändring av invånarnas hälsa.

Mötesplatsen där Susanne arbetar har lyckats fånga upp främst invandrar kvinnor som kan vara en svår grupp att nå och där ohälsotalen är stora.

2005 startade vi upp här och vi har verkligen lyckats. Vi har många deltagare och ett gott samarbete med primärvården. Som många sådana här verksamheter så når vi mest kvinnor, och många är väldigt ensamma och lever med både fysisk och psykisk smärta. Det har ju lyckats, och det är nog för att det är så kravlöst man kommer när man vill och det är gratis. Man kan komma som man är med slöja. Ja, i stort handlar det om personalens bemötande, hälsoinformatörer och sjukgymnaster. Sen tar vi ju in andra förläsare, dietist, gynekolog mm. (Susanne)

Susanne berättar att man har fokuserat mycket på kroppskännedom för kvinnor, ”många av kvinnorna vet inte hur sin kropp fungerar, hur barn blir till och hur kroppen fungerar vid en graviditet”. Kvinnor som medverkat i dessa grupper har även startat egna ”självhjälpsgrupper” med och för andra kvinnor.

Där Karin arbetar har man försökt sig på andra varianter för mötesplatser för att främja hälsa och skapa social samvaro. Öppna förskolan är mycket populär bland mammor i området så man tog beslutet att investera i ett litet gym som mammorna kunde utnyttja under tiden de var där. Det öppnades även ett gym på fritidsgården som ett billigare alternativ till de etablerade ställen som finns.

Vi gjort ett litet minigym uppe på fritidsgården eftersom jag jobbade där så fanns den möjligheten och då kostade det 100 kr för 10 gånger och det är ändå överkomligt det kan dom flesta klara av plus då att vi startade stavgångsgrupper och lite andra sådana grejer. Detta är då några rent konkreta saker som kommit ut av dom våra gratis fika möten och nu vill man ju fortsätta men det krävs ju också att man har folk nästan hela tiden som är med och drar. Vissa är ju självgående men då har de ju ett brinnande intresse för det. (Karin)

En av de största delarna i det hälsofrämjande arbetet handlar om att förmedla kunskap. Eftersom de inte har ett entydigt kunskapssystem att falla tillbaka på tenderar kunskapen som förmedlas att skilja sig stort. I en profession handlar förmedlingen av kunskap om att den professionella bygger upp ett förtroende till de klienter de vänder sig mot (Brante 2009). Respondenterna i studien nämner att de upplever att det kan vara svårt för befolkningen att förstå vad folkhälsofrämjande arbete innebär, och menar att det i mångt handlar om att deras yrkesroll är diffus.

Osäkerhet, förtroende och utbytbart

Som tidigare nämnts i teorikapitlet är professioner förknippade med graden av osäkerhet, förtroende och utbytbart (Brante 2009). Vi lever inte bara i ett kunskapssamhälle utan även i ett risksamhälle som ständigt påverkar och styr uppfattningen av olika professioners roller för befolkningen.

Vilket behov finns hos invånarna av folkhälsoinsatser och hur ser befolkningens förtroende ut för folkhälsoarbetet? Samtliga folkhälsosamordnare säger att det som är unikt för just deras arbete är att det speglas av ett så kallat befolkningsansvar, något som ibland kan upplevas som överväldigande.

Ja, det flesta verksamheter arbetar mot en specifik målgrupp t.ex., barnavårdscentralen, men vi skall arbeta ut mot samtliga invånare. Det är givetvis ett stort ansvar, mycket att tänka på och ibland kan uppgiften kännas omöjlig. (Lena)

Vi arbetar ju med faktorer på en strukturell nivå, vi som folkhälsosamordnare kan ju inte direkt påverka den fattigdom som råder i vissa områden, arbetslöshet eller bostadsförhållanden men det är dessa faktorer som speglar vårt arbete hela tiden.(Susanne)

Ibland känns det som man skall prestera något som kan tendera att vara omöjligt som t.ex. bostadsförhållanden eller arbetslöshet, vi kan ju inte påverka det men samtidigt har man ett krav på sig att arbetet som görs skall synas utåt, detta kan jag ofta uppleva som svårt. (Anna)

Det finns ett stort samhälleligt behov, men vad vi kan uttyda från respondenterna kan de uppleva sin arbetssituation som frustrerande då deras arbetsuppgifter ibland hamnar på en nivå som är omöjlig för den enskilda att arbeta med. De är ständigt beroende av andra verksamheter och aktörer samtidigt som de framhåller att det är just det som är det viktiga, att de skall ses som just samordnare för andra.

Verksamheten bygger ju mycket på andra aktörers önskemål och intresse, vilket gör att de kan vara svårt för yrkespositionen att stå på egna ben, vi är ständigt beroende av andra aktörer eller organisationen i stort såsom av t.ex. politikerna.(Lena)

För att förstå en profession menar bland annat Brante (2009) att den måste förknippas med ett starkt förtroende från allmänheten. Under insamlingen av vårt empiriska material har vi upplevt att folkhälsa som begrepp kan innefatta många olika saker, yrkesrollen folkhälsosamordnare kan uppfattas som diffus då deras arbetsuppgifter ofta bygger på visioner och fina ord. Det verkar även vara den upplevelsen som folkhälsosamordnarna har av

allmänhetens tankar kring folkhälsa. Susanne berättar att ”ja, det är väl inte så underligt att allmänheten kan tycka att det är svårt att greppa vad folkhälsa är, när vi som arbetar med folkhälsa tenderar att ha svårt att förklara vad vi gör”. Det stämmer överens med det som Karin säger:

Yrkesrollen är otydlig och jag tror inte att det är många som vet vad folkhälsa innebär, säger man att man är läkare så vet folk vilken kunskap de kan förvänta sig av dem, men det gör man inte när man säger folkhälsa.(Karin)

Graden av utbytbarheten för folkhälsosamordnaren torde anses som förhållandevis låg, eftersom det inte grundar sig på en specifik kunskapsutbildning. Enligt Brante (2009) innebär utbytbarhet i en profession att samtliga inom kåren innehar samma form av kunskap och därav kan i stort sett vem som helst i samma profession utföra samma arbete. Det är inget som vi kan se inom folkhälsosamordnarens arbete eftersom det finns uppenbarliga skillnader i fokus på arbetet beroende av de förutsättningar som råder i området.

Autonomi och organisation

Som tidigare nämnts i teorikapitlet är professioner, förknippade med autonomi och organisation (Brante 2009). Brante menar att alla professioner på något sätt är organiserade, hur det ser ut beror dels på hur professionen är organiserad i sammanhang t.ex. i en större organisation samt så handlar organisering om den professionelles förhållande till sitt yrke i form av kår- sammanslutning.

Svensson och Svensson (2010) anser att det som är avgörande för förankringen av folkhälsoarbetets framgång i kommunens ordinarie verksamheter till största delen beror på hur integrerat folkhälsoarbetet är i budgetprocessen. Avtalsanalys- och enkätstudien visar på att det finns stora skillnader mellan kommunernas budgetering för folkhälsoarbetet men de speglar inte vad dessa skillnader kan bero på.

Folkhälsosamordnartjänsten kan ses som en del i en större organisation. Vi kan urskilja en regional nivå, kommunal nivå samt att hälso- och sjukvårdsnämnden har en betydande roll för hur folkhälsoarbetet skall bedrivas. Flera led i en organisation innebär även att det är fler steg med olika former av maktpositioner. Detta skulle kunna innebära att autonomi minskar för folkhälsosamordnaren, då de bland annat är beroende av politiska beslut för att kunna bedriva sitt arbete. Brante (2009) beskriver autonomi inom en profession som att arbetet omfattas av en hög grad av självständighet.

Ansvar för folkhälsosamordnarens tjänst ligger på politikerna och cheferna i kommunen, utifrån sina regionala och kommunala direktiv och avtal skall de utforma en folkhälsoplan samt en budget för hur folkhälsosamordnarens arbete skall bedrivas. Karin anser att den ojämlikheten i hälsa som råder i samhället speglar hur ojämnt folkhälsoarbetet är.

För det första måste man ju bestämma sig, ja alltså det måste komma tydliga direktiv från staden att vi måste prioritera arbetet med folkhälsa. Eftersom det är politikerna och cheferna som har mandat över resurserna och utan deras stöd kan mitt arbete kännas svårt och ja, man blir frustrerad för man ser vad som behöver göras men man har för få resurser.(Karin)

Lena arbetar i ett område som har ett väl utarbetat och fungerande folkhälsoarbete ” vår chef har gett tydliga direktiv att det är folkhälsa som gäller nu”.

Enligt ett flertal professionsperspektiv ska en profession bland annat genomsyras av en autonomi som nämndes innan och det torde vara svårt att bedriva ett självständigt arbete när arbetsuppgifterna är så beroende av andra positioner. Anna beskriver att ”ibland kan jag uppleva en ensamhet i mitt arbete och en osäkerhet i vad som egentligen är min uppgift trots tydliga uppdrag, det är ett stort område man ska ha koll på”. För att komma till bukt med detta dilemma som råder kring det komplexa folkhälsoarbetet säger Susanne:

Jag anser att de borde lagstifta folkhälsoarbetet, som det ser ut nu har ju tjänsten dragits in när det funnits för få resurser, jag tycker att det känns som att folkhälsoarbetet ofta kommer i skymundan. Sen är det ju det med alla visioner det är svårt att ta på dem.(Susanne)

Samtliga folkhälsosamordnare nämner att området just nu håller på att revidera om folkhälsopolicyn som ligger till grund för folkhälsoarbetet. Förhoppningen är enligt alla fyra att den ska bli mer konkret.

Vi ska spetsa till den och få den mer konkret, alltså det ska inte finnas några bör utan vi skall, visionerna ska bort. Jag tror att om vi som folkhälsosamordnare skall vara med och förändra den ojämlikhet i hälsan som råder i regionen krävs det tydligare dokument, en tydligare uppföljning av vårt arbete.(Karin)

6. Slutdiskussion

Syftet med uppsatsen är att belysa folkhälsosamordnarens yrkesroll utifrån ett professionsteoretiskt perspektiv för att öka förståelsen för deras arbete. För att göra det använde vi oss av tre frågeställningar som samtliga är kopplade till professionsteorin. Valet att främst använda oss av Brantes definition av profession gjordes då hans forskning är relativt ny och aktuell. Han har genom åtta aspekter tagit fram ett sätt att belysa en profession och dessa aspekter rör olika egenskaper som en profession bör inneha. Vi ansåg att denna definition av begreppet kunde speglas i vårt empiriska material. Den eventuella brist vi kan se av att ha anammat Brantes teori kan vara att hans forskning inte är internationellt förankrad.

Vi hade en förförståelse om att folkhälsosamordnarens yrkesroll var diffus och komplex, vilket stämde överens med det som nämns i kapitlet tidigare forskning. Slutsatserna av Nettleton och Burrows (1997) studie visar att många av de folkhälsoarbetare de intervjuat kände sig osäkra och sårbara och fann det svårt att etablera sin nisch. Vidare framkom det att det saknades konkreta och klart avgränsade uppgifter och ett tydligt ansvarsområde i deras arbete. Även Peter Korp framhåller i sin avhandling att det finns en påtaglig otydlighet och vaghet i det konkreta hälsofrämjande arbetet. Denna otydlighet finner även vi i vårt empiriska material.

Utbildnings- och kunskapsbakgrund

Författarna Svensson & Svensson (2010) påvisar att det finns utbildningskrav för folkhälsosamordnaren i samtliga kommuner i Västra Götalandsregionen. I det empiriska materialet framkom det att våra respondenters utbildningsnivå skiljer sig åt, något som vi inte ser som ett problem utan tvärtom kan gynna deras arbete då de kan ta sig an arbetet med olika ”glasögon”. Förvisso förmedlas de professionella utbildningarna idag oftast via universiteten men enligt Brante behöver inte detta ses som en nödvändighet. De flesta professionsteorier menar att om en yrkesgrupp ska ses som en profession bör man ha ett gemensamt kunskapssystem och man är utbyttbar av alla inom samma profession. Vi tycker oss inte se detta inom folkhälsosamordnarens yrkesroll, kanske spelar tidigare erfarenheter och personliga egenskaper en större roll i huruvida man passar att utföra jobbet, inte vilken utbildning man har.

Legitimitet och status

Samtliga respondenter betonar att det viktigaste uppdraget i deras yrkesroll är att förmedla kunskap till invånarna, få dem delaktiga och att skapa förutsättningar för dem att kunna göra förändringar som påverkar hälsan på ett positivt sätt. Trots att respondenterna har en gemensam uppfattning vad som är den primära uppgiften för deras arbete skiljer det sig stort var de lägger tyngdpunkten. Beroende på hur de hälsorelaterade omständigheterna ser ut i stadsdelen formar folkhälsosamordnaren sitt arbete utefter invånarnas behov. Olikheterna i uppfattningarna vad tyngdpunkten i arbetet bör ligga kan bero på otydligheten i yrkesrollen och i det konkreta hälsofrämjande arbetet.

Organisatoriska förutsättningar

Folkhälsosamordnaren är en del av en större organisation och alltså ingen egen profession, det är flera maktpositioner som skall säga sitt och deras arbete konkurrerar med andra verksamheter i kommunen. För att folkhälsosamordnaren skall få resurser till sitt arbete handlar det främst om att deras arbete skall vara väl förankrat bland kommunens politiker, då det är de som innehar mandat för vilka uppdrag som skall utföras samt vilka resurser de får tillgång till. I vårt empiriska material kan vi uttyda att respondenterna anser att de har ett gott politiskt stöd för folkhälsoarbetet men efterfrågar tydligare riktlinjer och mer konkreta mål. Respondenterna anser att lagfästa arbetet för folkhälsa skulle kunna tydliggöra yrkesrollens definition och primära uppgifter och förhoppningsvis även reglera resursfördelningen för hälsofrämjande insatser i samhället. Respondenterna nämner att det finns många mål och visioner som ser bra ut på papper men som är nästintill omöjliga att verkställa utan resurser. Däremot tror vi inte att det handlar enbart om politiskt stöd och ekonomiska resurser för att kunna bedriva ett hälsofrämjande arbete. Som nämndes i resultatdelen kan man med mycket små medel och lite fantasi göra stora insatser för invånarnas hälsa t.ex. barnvagnspromenader och det alternativa gymmet. Vi tror framförallt att konkreta arbetsformer och metoder skulle underlätta för folkhälsosamordnaren i sin yrkesroll. Att respondenterna anser sig ha ett gott politiskt stöd men samtidigt påpekar de att de får för lite resurser för att kunna bedriva ett jämlikt hälsoarbete, kan uppfattas som något motsägelsefullt. Vi tolkar det som att ett gott politiskt stöd inte automatiskt ger prioriterade ekonomiska resurser och om så är fallet var brister länken mellan ord och handling?

En annan aspekt av organisationen är huruvida professionen genomsyras av en stark kåranda. Respondenterna nämnde i vissa fall en känsla av ensamhet. Det förekom vissa forum där folkhälsosamordnare från hela regionen träffades och utbytte idéer och erfarenheter. Dessa möten kan ofta sakna en röd tråd vilket kan bero på att yrkesgruppen speglas av en otydlighet, de benämns vid olika titlar och de innehar olika utbildningar. De arbetar i olika områden med olika förutsättningar och har en relativt liten insyn i varandras vardagliga arbete. Vi upplevde att våra respondenter efterfrågade fler gemensamma träffar för yrkesgruppen.

Förtroende och osäkerhet

I och med att folkhälsosamordnarens yrkesroll är otydlig kan det skapa en osäkerhet hos dem då kraven och förväntningarna från politiker, chefer och omgivningen kan bli oklara. Folkhälsosamordnaren kan få jobba hårt för att skapa ett förtroende hos invånarna i samhället vilket kan vara svårt då människor inte riktigt vet vad de står för. Osäkerheten kan även kopplas till vilket behov det finns av en folkhälsosamordnare, vilket återigen hänger ihop med otydligheten kring deras yrkesroll och arbetsuppgifter. Vi anser att behovet för hälsofrämjande insatser kvarstår i och med att det alltid kommer att råda en viss ojämlikhet i hälsa i samhället. Dock är det ju inte givet att existerande folkhälsoarbete leder till minskade hälsoskillnader men det hänger ytterst samman med ”folkhälsoprofessionens” legitimitet.

Våra reflektioner

Ovanstående reflektioner belyser folkhälsosamordnarens yrkesroll utifrån Brantes definition av profession. Det som vi menar är mest utmärkande för att folkhälsosamordnarens yrkesroll är otydlig är att de saknar ett konkret kunskapssystem. Folkhälsosamordnarens yrkesidentitet kan därmed uppfattas som diffus och bristande om man ser till de kriterier som betonas för att bilda en profession dvs., den abstrakta kunskapen skall speglas av en tydlighet, gemensamhet och utbytbarhet för samtliga inom professionen. Vi har reflekterat över om folkhälsosamordnarens yrkesroll behöver omfattas av en profession med tanke på att de i sin yrkesroll ständigt är beroende av politikens beslut men även av andra aktörer och verksamheter. Så är det i princip för alla professioner och frågan handlar snarare om hur beroende man är – återigen handlar det om autonomi. En tanke som väckts under arbetets gång är om folkhälsosamordnartjänsten kan ses som professionell och kan man i så fall vara professionell utan en profession? Detta område är något som vi skulle tycka vara intressant att forska vidare på.

Slutligen vill vi påpeka att vårt resultat inte kan generaliseras och fastslås då intervjustudien endast omfattar fyra personer. Däremot stämmer uppsatsens slutsatser överens med det som togs upp i kapitlet tidigare forskning vilket torde stärka slutsatserna. Avslutningsvis anser vi att vi fått en inblick i folkhälsosamordnarens arbete och på så sätt analyserat och fått en ökad förståelse för dess yrkesroll, vilket var syftet med uppsatsen.

7. Referenslista

- Abbott, A. (1988). *The System of Professions*. Chicago The University of Chicago Press.
- Alvesson, M. & Sköldbberg, K. (2008). *Tolkning och reflektion. Vetenskapsfilosofi och kvalitativ metod*. Lund: Studentlitteratur.
- Berglund, J. (2002). *De otillräckliga – en studie av personalspecialisternas kamp för erkännande och status*. Stockholm EFI.
- Brante, T. (1989). Professioners identitet och samhällliga villkor, i Selander, S (red). *Kampen om yrkesutövning, status och kunskap. Professionaliseringens sociala grund*. Lund: Studentlitteratur.
- Brante, T. (2009). Vetenskap för profession. Lindh, M. (Red.) *Vad är en profession? – Teoretiska ansatser och definitioner*, Rapport 8, Borås: Högskolan i Borås. s.15-34.
- Evetts, J. (2003). *The Sociological Analysis of Professionalism: Occupational Change in the Modern World*. International Sociology 2003 18 (2): 395-415.
- Giddens, Anthony (1990). *Modernitetens följder*. Lund: Studentlitteratur.
- Hellberg, I. (1978). *Studier i professionell organisation: en professionsteori med tillämpning på veterinäryrket*. Göteborg: Sociologiska institutionen, Göteborgs Universitet.
- Hellberg, I. (1991). *Professionalisering och modernisering*. Stockholm: Arbetslivscentrum.
- Johnsson, L. & Lindgren, H. (1999). Yrkesroll och professionalitet. I. Bernler, G. (red.), Cajvert, L., Johnsson, L. och Lindgren, H. *Psykosocialt arbete. Idéer och metoder*. Stockholm: Natur och Kultur.
- Korp, P. (2003). *Hälsopromotion – en sociologisk studie av hälsofrämjandets institutionalisering*. Göteborg: Sociologiska Institutionen, Göteborgs Universitet
- Kvale, S. & Brinkmann, S. (2009). *Den kvalitativa forskningsintervjun*. Lund: Studentlitteratur.
- Miles, M.B. & Huberman, A.M. (1994). *Qualitative data analyses*. Beverly Hills: Sage publications.
- Naidoo, J. & Wills, J. (2007). *Folkhälsa och hälsofrämjande insatser*. Lund: Studentlitteratur.

Nettleton, S. & Burrows, R. (1997). If Health Promotion is Everybody's Business What is the Faith of the Health Promotion Specialist? *Sociology of Health and Illness*, vol. 19, p. 23-47.

Selander, Staffan. (1989). *Kampen om yrkesutövning, status och kunskap – professionaliseringens sociala grund*. Lund: Studentlitteratur.

Socialstyrelsen. (2009). *Folkhälsorapport 2009*. Stockholm: Socialstyrelsen.

Svensson G. L. (2002). *Professionella villkor och värderingar – en sociologisk studie av akademiker i 1990-talets Sverige*. Rapport nr 126. Göteborg: Sociologiska Institutionen, Göteborgs Universitet.

Trost, J. (2005). *Kvalitativa intervjuer*. Lund: Studentlitteratur.

Vetenskapsrådet. (2002). *Forskningsetiska principer inom humanistisk-samhällsvetenskaplig forskning*. Stockholm: Vetenskapsrådet.

WHO. (1986). *Ottawa Charter for Health Promotion*. Genève: WHO.

Elektroniska källor

Göteborgs Stad. Hämtad [2011-01-25] från <http://www.folkhalsa.goteborg.se/prod/sk/Folkhalsan/dalis2.nsf/vyPublicerade/4DF8911D51B17BECC1257671004CF5B5?OpenDocument>

Svensson, A. & Svensson, A. (2010). *Kartläggning- Folkhälsoarbetets organisering i Västra Götaland*. Hämtad [2011-02-05] från <http://www.vgregion.se/upload/Folkh%C3%A4lsa/rapporter/kartl%C3%A4ggning%20folkh%C3%A4lsoarbete%20nov%202010%20med%20omslag.pdf>

Folkhälsoguiden. Hämtad [2011-03-16] från <http://www.folkhalsoguiden.se/Informationsmaterial.aspx?id=689>

Statens folkhälsoinstitut. Hämtad [2010-11-24] från www.fhi.se

Statens folkhälsoinstitut. Hämtad [2011-02-07] från www.fhi.se

Statens folkhälsoinstitut. Folkhälsopolitisk rapport. Hämtad [2011-02-07] från <http://www.fhi.se/PageFiles/10555/R2010-16-folkhalsopolitisk-rapport-2010.pdf>

Regeringskansliet Proposition. 2002/03:35. *Mål för folkhälsan*. Hämtad [2011-04-13] från <http://www.sweden.gov.se/content/1/c4/12/59/ce6a4da9.pdf>

Regeringskansliet Proposition. 2007/08:110. *En förnyad folkhälsopolitik*. Hämtad [2011-04-13]från <http://www.sweden.gov.se/content/1/c6/10/09/78/2ee01484.pdf>

Övriga källor

Intervjuer med fyra folkhälsosamordnare.

Inledande presentation

En kort presentation av oss författare.

Förklara syftet med uppsatsen: Att undersöka hur folkhälsosamordnarnas arbete bedrivs för att främja en god och jämlik hälsa i respektive område.

Tillvägagångssätt

Förhoppningen är att det ska bli som ett samtal där du berättar om ditt arbete som folkhälsosamordnare. Vi har förberett ett antal frågor som skall fånga upp det vi vill undersöka. Intervjun kommer att spelas in för att underlätta bearbetning och analys av materialet. Allt insamlat material kommer att hanteras konfidentiellt under arbetets gång.

Öppningsfrågor

- Namn
- Vad har du för utbildning?
- Hur länge har du arbetat här i området med folkhälsa?
- Vad har du för tidigare yrkes erfarenheter, har du arbetat med folkhälsofrågor?

Intervjufrågor

1. Hur ser hälsan ut för befolkningen i området?

Vilka faktorer anser du förklarar ojämlikheten i hälsa i ditt område?

Hur mycket av ojämlikheten skulle kunna undvikas?

2. Berätta allmänt om ditt arbete som folkhälsosamordnare?

Vad anser du vara det viktigaste frågorna du har att hantera i din roll som folkhälsosamordnare?

3. Vilka strategier finns det som syftar till att påverka ojämlikheten i hälsan?

Vilka riktlinjer / lagar / mål arbetar ni utifrån? Finns de uttalade mål som handlar om jämlikhet i hälsa i folkhälsoplanen?

Upplever du att det finns politiska intresse och stöd för att arbeta med jämlikhetsfrågor?

Samverkar ni med andra aktörer / professioner, vilka och hur ser samarbetet ut?

Sker det någon form av utvärdering eller uppföljning av ert arbete, hur och vem utför den?

Populärvetenskaplig framställning

Under senare år har ett flertal olika yrkesgrupper inom folkhälsoområdet bildats i följd av ett ökat intresse för hälsofrågor i samhället. Idag kan vi se en mängd olika utbildningar inom det hälsofrämjande området. Denna uppsjö av nya yrkesgrupper skapar en otydlighet och diffus bild av konkreta hälsofrämjande insatser. Det finns alltså en växande mängd hälsoexperter inom ett brett fält som ur ett professionsperspektiv förefaller vagt och otydligt något som kan vara såväl en tillgång som ett problem. En rad olika yrkestitlar finns inom samma område, vi upplever att det är svårt att urskilja skillnaden mellan dessa yrkesgrupper. Vad en entydig profession i sin tur skall innefatta finns det en mängd olika åsikter om. Övergripande kan man säga att beskrivningar av begreppet generellt nämner att en profession är ett yrke, som är baserat på en viss gemensam kunskapstillgång, att yrkesutövarna har förmågan att tillämpa kunskapen samt att kunskapen är efterfrågad i samhället. Läkare och jurister är båda exempel på erkända professioner. Att folkhälsosamordnarnas yrkesroll kan uppfattas vag kan ses som en tillgång i det avseendet att det ger dem möjligheten att själv definiera sin uppgift. Samtidigt kan det upplevas som ett problem då det innebär stora svårigheter att på ett klart sätt klargöra vad som är yrkesrollens egentliga roll i samhället. I Västra Götalandsregionen kallas personer som arbetar lokalt med folkhälsoarbete för folkhälsosamordnare och varje område bör ha en sådan. Det faktum att folkhälsosamordnarrollen är otydlig gör den intressant att studera ur ett professionsteoretiskt perspektiv.

Arbetet omfattar fyra intervjuer med folkhälsosamordnare från Västra Götalandsregionen. Samtliga intervjuer spelades in och därefter analyserades materialet utifrån professionsteorin. Resultatet visade att folkhälsosamordnarens yrkesidentitet präglas av en otydlighet som kan kopplas till att kunskapssystemet inte är sammanhållet. Arbetsuppgifterna skiljer sig stort inom yrkesgruppen och folkhälsosamordnarna saknar en tydlig kåranda.