

Fra politik til hverdag

- Et komparativt casestudie af implementeringen af sundhedspolitikken på beskæftigelses- og sundhedsområdet i henholdsvis Frederikshavn Kommune og Skanderborg Kommune

Udarbejdet af:
Laura Støy Jessen
Pia Thyrrstrup Nielsen
Jon Warncke Søndergaard

Vejleder: Per Kongshøj Madsen
10. semester Politik og Administration
Aalborg Universitet

Afleveringsdato: 16. januar 2017



Abstract

This thesis has been written by three graduate students at University of Aalborg at the Department of Political Science. The thesis examines the implementation of two municipalities in Denmark defined health policies. It investigates the question:

How has the health policy from 2013 in Frederikshavn municipality and Skanderborg municipality been implemented with a focus on social inequality in health within the framework of the health care and employment? Furthermore which barriers and opportunities arose for the actors at these areas.

The subject has been chosen because of its importance to the society, and because we have a natural understanding and interest in the matter as well.

The thesis is based on a comparative case study design and the **methods** used are qualitative research. In order to explore different experiences of the health policies we have used seven single interviews and two double interviews. A **theoretical** framework for analysis has been based on the foundation of implementation theory combined with other theories to the understanding of the different behaviours of the actors in the implementation process.

The main **findings** in this thesis show that the further you take the implementation, the less engaged the actors will become concerning the health care policies. During the process the thesis has led to several opportunities and barriers during this process. Evidently the cooperation between the areas has been seen as a highly important issue, due to the fact that many processes can fall apart if the cooperation doesn't work ideally. On the other hand, the cooperation can be a massive opportunity for the municipalities if effective. Additionally a lack of involvement and ownership poses a barrier. On the contrary it seems that if the actors have got a high level of involvement and ownership to the health policies it poses an opportunity. Giving up sovereignty among the leaders poses a great barrier to the success of the implementation process. The fact that the actors in the municipality have become closer to the citizens poses an opportunity. The different actors are playing a central role at different levels of the implementation process. Other factors play a role too, for instance the socio-economic settings due to level of education and economy. Moreover it has been shown that the two cases emphasize the fact that implementation is a continued political process to improve the health of the citizen and the economy in the municipalities.



Forord

Dette speciale er udarbejdet af en gruppe kandidatstuderende på 10. semester, Politik og Administration, ved Aalborg Universitet. Specialet behandler implementeringsprocessen af sundhedspolitikken i henholdsvis Frederikshavn Kommune og Skanderborg Kommune fra 2013-2016 og herunder den sociale ulighed i sundhed.

Vi vil gerne rette en særlig tak til vores informanter, politikere, ledere samt medarbejdere i Frederikshavn Kommune samt Skanderborg Kommune og jobcentrene i disse to kommuner for gennem interviews at bidrage til, hvordan implementeringen af sundhedspolitikkerne i de to udvalgte kommuner opleves på tæt hånd. Også en stor tak til vores vejleder Per Kongshøj Madsen for god og kyndig vejledning.

God læselyst!

Læsevejledning

Kapitel 1 introducerer specialet med bagvedliggende viden.

Kapitel 2 bidrager med specialets problemfelt, der forklarer problemformuleringen og munder ud i den endelige problemformulering.

Kapitel 3 omhandler specialets casebeskrivelser om Frederikshavn Kommunes sundhedspolitik fra 2013 samt Skanderborg Kommunes sundhedspolitik fra 2013 og herunder fravalg af cases.

Kapitel 4 behandler valg af målgruppe, som er sygedagpengemodtagerne.

Kapitel 5 bidrager med foreliggende forskning, der findes relevant for specialet og herunder argumentation for erfaringernes relevans for dette speciale.

Kapitel 6 præsenterer specialets metodiske og designmæssige overvejelser. Derudover præsenteres overvejelser i forbindelse med validitet og reliabilitet.

I *kapitel 7* præsenteres vores valg af teori, hvor der arbejdes på metaplan.

Kapitel 8 omhandler specialets operationalisering, alene, til formål at illustrere analysens struktur, og hvorledes teorien vil blive anvendt herpå.

Kapitel 9 analyserer først i delanalyse 1 implementeringens opstartsfasen. Herefter analyseres implementeringsprocessen i begge kommuner på baggrund af de involverede aktører, hvilket ender ud i implementeringens resultater og feedbackmekanismer. Derefter skitseres socioøkonomiske omgivers betydning for de ovenstående tre processer. Afslutningsvis analyseres delanalyse 2 med dertilhørende underkategorier, som social ulighed i sundhed samt kommunens opgaver i denne forbindelse. Analysen er baseret på den indsamlede empiri i forhold til specialets kapitel 7, den teoretiske ramme.

Kapitel 10 danner rammen for specialets konklusion i forhold til problemformuleringen.

Kapitel 11 diskuterer supplerende idéer for valg af metode.

Kapitel 12 udgør en perspektivering.



Indholdsfortegnelse

Abstract.....	1
Forord.....	2
Læsevejledning.....	3
1. Indledning.....	7
1.1 Det politiske fokus på social ulighed i sundhed i Danmark.....	8
1.2 Kommunernes rolle efter Strukturreformen.....	9
2. Problemfelt.....	12
2.1 Problemformulering.....	13
3. Casebeskrivelser.....	15
3.1 Frederikshavn Kommunes sundhedspolitik.....	17
3.2 Skanderborg Kommunes sundhedspolitik.....	17
3.3 Fravalg af cases.....	18
4. Målgruppe.....	19
5. Foreliggende forskning.....	23
5.1 Social ulighed i sundhed.....	23
5.1.1 Erfaringernes relevans for specialet.....	26
5.2 Implementering.....	26
5.2.1 Erfaringernes relevans for specialet.....	30
5.3 Sundhedspolitik og sygedagpengemodtagerne.....	31
5.3.1 Erfaringernes relevans for specialet.....	33
6. Design og metode.....	34
6.1 Case design.....	34
6.2 Metode.....	36
6.2.1 Interviewmetode.....	36
6.2.2 Interviewpersoner.....	36
6.2.3 Interviewguide.....	38
6.2.4 Spørgsmålstyper.....	39
6.2.5 Analysemetode.....	40
6.2.6 Meningskodning.....	41
6.2.7 Meningskondensering.....	41
6.3 Validitet.....	42
6.4 Reliabilitet.....	42
7. Teoretisk ramme.....	44
7.1 Top-down perspektivet.....	44



7.2 Bottom-up perspektivet	44
7.3 Den integrerede implementeringsmodel	45
7.3.1 Politikformulering og politikdesign	46
7.3.2 Implementeringsprocessen	47
7.3.3 Implementeringsresultater og feedback	48
7.3.4 Socioøkonomiske omgivelser	48
7.4 Beslutningsprocesser	49
7.4.1 Den rationelle model	49
7.4.2 Den inkrementelle model	50
7.4.3 Skraldespandsmodellen	50
8. Operationalisering	51
8.1 Arbejdsspørgsmål til delanalyse 1	52
8.2 Arbejdsspørgsmål til delanalyse 2	52
9. Analyse	54
Delanalyse 1	54
9.1 Politikformuleringsprocessen	54
9.1.1 Politikformulering i Frederikshavn Kommune	54
9.1.2 Politikdesign i Frederikshavn Kommune	54
9.1.3 Politikformulering i Skanderborg Kommune	56
9.1.4 Politikdesign i Skanderborg Kommune	57
9.1.5 Delkonklusion	57
9.2 Implementeringsprocessen	58
9.2.1 Organisatorisk implementeringsadfærd	58
9.2.2 Delkonklusion	67
9.3 Interorganisatorisk implementeringsadfærd	68
9.3.1 Delkonklusion	72
9.4 Ledelsesadfærd	73
9.4.1 Delkonklusion	80
9.5 Markarbejderadfærd	81
9.5.1 Delkonklusion	87
9.6 Målgruppeadfærd	88
9.6.1 Delkonklusion	93
9.7 Implementeringsresultater	93
9.7.1 Delkonklusion	96



9.8 Feedbackmekanisme	97
9.9 Socioøkonomiske omgivelser.....	99
Delanalyse 2	101
9.10 Social ulighed i sundhed og sundhedstilbud	101
9.10.1 Delkonklusion.....	108
9.11 Kommunens opgaver og lovgivning	108
9.11.1 Lovgivning.....	109
10. Konklusion.....	111
10.1 Politikformulering og politikdesign	111
10.2 Implementeringsprocessen.....	111
10.2.1 Organisatorisk implementeringsadfærd	111
10.2.2 Interorganisatorisk implementeringsadfærd	113
10.2.3 Ledelsesadfærd	114
10.2.4 Markarbejderadfærd	115
10.2.5 Målgruppeadfærd	116
10.3 Implementeringsresultaterne	116
10.4 Feedbackmekanisme.....	117
10.5 Socioøkonomiske omgivelser	117
10.6 Social ulighed i sundhed og sundhedstilbud	117
10.7 Kommunernes opgaver	118
11. Metodisk diskussion.....	119
12. Perspektivering	121
Litteraturliste.....	124
Bilagsliste	133
Bilag 1 Interviewguides til ansatte i Frederikshavn Kommune	133
Bilag 2: Interviewguides til ansatte i Skanderborg Kommune	133
Bilag 3: Transskriptionsguide	133
Bilag 4: Transskriberinger af interviews i Frederikshavn Kommune	133
Bilag 5: Transskriberinger af interviews i Skanderborg Kommune.....	133

1. Indledning

I de kommende år står det danske samfund over for en stor demografisk udfordring, da den danske befolkning i gennemsnit lever længere. Fødselstallet har været lavere, end hos tidligere generationer, hvilket betyder, at der kommer flere ældre og færre i den erhvervsdygtige alder i fremtiden. Dette er med til at skabe pres på udgifterne til velfærdsydelserne i fremtiden (Greve 2008: 145 og 148). Tillige stiger den sociale ulighed i sundhed blandt den danske befolkning. Motivationen for vores valg af specialeemne udspringer hermed af en interesse for at undersøge, hvordan udvalgte kommuner på sundheds- og beskæftigelsesområdet tackler nogle af de problematikker ved hjælp af sundhedspolitikker.

En af årsagerne til vi finder det interessant at undersøge implementeringen af sundhedspolitikken med fokus på social ulighed i sundhed sammenkoblet med sundheds- og beskæftigelsesområdet er, at befolkningens sundhedstilstand har stor betydning for, hvor længe man har mulighed for at forblive på arbejdsmarkedet. Derudover har befolkningens sundhedstilstand også betydning for samfundsøkonomien og velfærdsydelserne, idet personer, der modtager et højt antal ydelser fra det offentlige, ofte taber potentielle arbejdsår og har en større risiko for at gå på førtidspension (Andersen et al. 2007: 80-81).

Der er tale om to forskellige udfordringer. Den ene udfordring kan ses i forhold til demografien. Når befolkningen bliver ældre, er der samtidig en risiko for, at de bliver mere syge. Et middel til at løse denne udfordring kan være at sætte fokus på bedre helbred blandt befolkningen, og dermed potentielt udvide arbejdsstyrken på længere sigt. Den anden udfordring er lighedsaspektet. Er ligheden i sundhed fordelt ens mellem befolkningsgrupperne, eller er der tale om en spredning således, at en del af befolkningen er meget sund, og en anden del er mindre sund. Det er blandt andet samspillet mellem at forbedre befolkningens sundhedstilstand og øge beskæftigelsen på længere sigt, der kan være medvirkende til at reducere den sociale ulighed i sundhed. Der er hermed tale om to forskellige udfordringer, og vores interesse beror på begge aspekter. Derfor finder vi det netop relevant at undersøge, hvordan den udvalgte kommune i Region Nordjylland, og den udvalgte kommune i Region Midtjylland har implementeret sine sundhedspolitikker i samspil med sundheds- og beskæftigelsesområdet. Implementering af sundhedspolitikker i de udvalgte kommuner kan blandt andet være medvirkende til at fremme borgernes helbred og på sigt hæve den gennemsnitlige middellevealder, der er ønsket fra politisk side. Endvidere er dette med til at reducere den sociale ulighed i sundhed (Diderichsen et al. 2011: 5).

I specialet ønsker vi at belyse faktorer, der spiller ind på sundhedspolitikens implementeringsproces. Det belyses, hvordan henholdsvis Frederikshavn Kommune og Skanderborg Kommune har implementeret deres sundhedspolitik. Desuden undersøges det, hvilke muligheder og barrierer der er opstået i denne proces, og løbende hvilke forskelle og ligheder, der findes mellem disse kommuners implementeringsproces.

1.1 Det politiske fokus på social ulighed i sundhed i Danmark

Dette afsnit vil omhandle, hvordan der er blevet sat politisk fokus på social ulighed i sundhed. Efterfølgende afsnit beskriver kommunernes rolle efter Strukturreformen, og hvordan opgavefordelingen er blevet derefter. Derudover behandler afsnittet, hvordan kommunerne er forpligtet ved lov til at varetage sundhedsopgaven i kommunerne.

I 1984 nedsatte WHO sundhedsstrategien *Sundhed for alle år 2000*, som lagde et særligt fokus på lighed i sundhed. Denne strategi blev i 1992 videreudviklet af WHO, og i denne version definerer *Sundhed for alle år 2000* lighed i sundhed på følgende måde:

"Lighed i sundhed er ensbetydende med, at alle mennesker skal have en fair chance for at realisere deres fulde sundhedspotentiale. Ulighed mellem forskellige samfundsgrupper skal mindskes"

(Kamper-Jørgensen et al. 2010: 46)

Med dette citat ses det, at der i lang tid har været sat fokus på, at der skal være mere lighed i sundhed mellem forskellige samfundsgrupper på internationalt niveau.

I Danmark er det sundhedspolitiske fokus også højt prioriteret, hvilket ses i kraft af, at den daværende danske regering tilsluttede sig WHO's sundhedsstrategi, hvor de i de senere år har sat social ulighed i sundhed på den politiske dagsorden (Kamper-Jørgensen et al. 2010: 46) og (Lehn-Christiansen et al. 2016: 7). Dette ses bl.a. på baggrund af, at den daværende regering i 1999 udformede et program, der blev kaldt *Folkesundhedsprogram*. Dette blev afløst i 2009 af et nyt program, som fik tilnavnet *Sund hele livet*. Denne sundhedspakke havde ét mål, der i dag også bliver arbejdet frem mod, netop, at middelevetiden skal forøges med tre år inden år 2020 (Diderichsen et al. 2011: 14). Ydermere ses det, at sundhedsområdet i Danmark er et centralt område, da det år efter år er et af de største punkter på den årlige finanslov. Sundhedsområdet er det næststørste punkt på finansloven fra 2016, efter social beskyttelse i form af blandt andet dagpenge og kontanthjælp (Danmarks Statistik d 2017). Når der i specialet skrives om sundhed, refererer dette til WHO's definition heraf. WHO's definition på sundhed lyder som følgende: *"Sundhed som den enkeltes fuldstændige legemlige, psykiske og sociale velbefindende"* (Lehn-

Christiansen et al. 2016: 12). Dette vil sige, at sundhed udgøres af tre parametre, netop sundhed som fysisk, psykisk og social.

Vi har som nævnt valgt at sætte fokus på social ulighed i sundhed. Sundhedsstyrelsen har defineret social ulighed i sundhed som det forhold, "(...) *at sundhedsrisici og sygdomme er socialt skævt fordelt i samfundet*" (Lehn-Christiansen et al. 2016: 8) og (Sundhedsstyrelsen 2016). Herved forstås, at jo dårligere borgeren er stillet socialt set, desto højere er sygeligheden og dødeligheden statistisk set (Lehn-Christiansen et al. 2016: 8) og (Sundhedsstyrelsen 2016). Ifølge Sundhedsstyrelsen, kommer den sociale ulighed i sundhed til udtryk på to måder. For det første som en gradvis ulighed i den brede befolkning, hvilket også kaldes *den sociale gradient* i sundhed. Herved forstås, at den udsathed for sundhedsrisici og sygdom der er i befolkningen, stiger gradvis i takt med, at den sociale position falder. En række faktorer, der har betydning for den sociale gradient i sundhed er indkomst, uddannelseslængde, beskæftigelsesforhold, boligforhold og etnicitet. For det andet kommer den sociale ulighed i sundhed også til udtryk i forhold til særligt udsatte grupper som f.eks. hjemløse og stofmisbrugere. For disse grupper er deres udsathed for sundhedsrisici og sygdom markant højere end for visse andre befolkningsgrupper, hvilket også kaldes *social dikotomi* (Lehn-Christiansen et al. 2016: 8) og (Sundhedsstyrelsen 2016). I specialet vil der tages udgangspunkt i den sociale gradient som definition på social ulighed i sundhed.

Når der tales om social ulighed i sundhed, indgår KRAM eller KRAMM-faktorer også, da disse fire eller fem faktorer ofte kan være årsager til den stigende sociale ulighed i sundhed (Region Nordjylland 2012: 4). KRAM står for **K**ost, **R**ygning, **A**lkohol og **M**otion. Der kan også tilføjes et ekstra M i KRAMM, hvilket står for **M**ental sundhed. Disse faktorer opstod på baggrund af en rapport fra Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse, som blev udarbejdet af Statens Institut for Folkesundhed og Syddansk Universitet. Rapporten hedder *KRAM-undersøgelsen i tal og billeder* og blev udgivet i 2009. Der var dengang et ønske om at kortlægge, hvilken påvirkning den enkelte faktor havde, men også hvordan faktorerne påvirker hinanden (Christensen et al. 2009: 18-19). Disse faktorer har hver for sig en betydning for sundheden og sygeligheden. Ved at sætte fokus på en sund kost, mere motion, rygestop samt at minimere indtaget af alkohol, kan man forhindre nogle livsstilssygdomme, såsom type 2-diabetes, hjertekarsygdomme, kronisk obstruktiv lunge sygdom (KOL) og visse former for kræft (Christensen et al. 2009: 18-19).

1.2 Kommunernes rolle efter Strukturreformen

Da Strukturreformen den 1. januar 2007 trådte i kraft, blev der for første gang siden 1970 lavet en ændring af måden, hvorpå kommuner, amter og staten blev styret. Der var tale om en gen-



nemgribende reform, der ændrede hele sammensætningen af disse. De tidligere amter blev nedlagt og erstattet af fem regioner. Endvidere blev de tidligere 271 kommuner sammenlagt til 98 kommuner (Indenrigs & Sundhedsministeriet 2005: 5). Efter reformen opstod der et krav om, at kommunestørrelserne var på mindst 30.000 borgere, hvilket skulle resultere i, at kommunerne efterfølgende skulle blive så bæredygtige og effektive som muligt. Strukturreformen resulterede også i, at kommunestørrelserne blev forøget betydeligt, da den gennemsnitlige kommune efterfølgende havde omkring 55.000 borgere, hvor gennemsnittet før kommunesammenlægningerne var på omkring 20.000 borgere (Indenrigs & Sundhedsministeriet 2005: 15). Fra politisk side var der et ønske om at gøre reformen udgiftsneutral, hvilket bevirkede, at ressourcerne fra et område fulgte med til et nyt område, hvis området f.eks. flyttede fra amt til kommune (Indenrigs & Sundhedsministeriet 2005: 9). Dog kunne en sådan reform ikke være fuldstændig udgiftsneutral, da der var tale om store organisatoriske forandringer, som var omkostningstunge. Det betød således, at kommunerne skulle stå for de ekstra omkostninger, der var forbundet med omstruktureringerne. Samtidig beholdt kommunerne de ekstra indtægter, der kunne indbringes ved hjælp af effektiviseringer og andre synergieffekter (Indenrigs & Sundhedsministeriet 2005: 9).

Nogle af de områder kommunerne efter Strukturreformen har fået mere ansvar for, er blandt andet sundheds- og beskæftigelsesområdet, som dette speciale netop omhandler. Inden for sundhedsområdet har kommunerne fået ansvaret for genoptræning efter hospitalsindlæggelse, som før var amternes område. Områderne forebyggelse og sundhedsfremme blev samtidig en mere integreret del med andre kommunale opgaver inden for borgernes nærmiljø (Indenrigs & Sundhedsministeriet 2005: 21-22). Ifølge sundhedslovens kapitel 35 *Forebyggelse og sundhedsfremme*, § 119 fremgår det at:

"Kommunalbestyrelsen har ansvaret for ved varetagelsen af kommunens opgaver i forhold til borgerne at skabe rammer for en sund levevis.

Stk. 2. Kommunalbestyrelsen etablerer forebyggende og sundhedsfremmende tilbud til borgerne."

(Retsinformation kapitel 35, § 119)

Hermed har kommunerne blandt andet fået ansvaret for den borgerrettede forebyggelse, når patienten ikke er indlagt på sygehuset eller er hos praktiserende læge. Med andre ord er det hermed i høj grad blevet op til den enkelte kommune at implementere sundhedstilbud til borgerne på baggrund af kommunens sundhedspolitik. På baggrund af Strukturreformen fik kommunerne mulighed for alene at udarbejde sundhedspolitikker uafhængigt af staten. I forhold til indholdet i de enkelte sundhedspolitikker bidrager Sundhedsstyrelsen blandt andet med råd og



vejledning f.eks. ved at sætte fokus på den sociale ulighed i sundhed, som det ses i rapporten *Ulighed i sundhed - årsager og indsatser* (Diderichsen et al. 2011).

Strukturreformen betød samtidig, at de enkelte kommuner også har fået et større ansvar for at passe på sine borgere, da ansvarsfordelingen mellem stat, regioner og kommuner er blevet ændret således, at regionerne efterfølgende har fået ansvaret for sygehusene. Endvidere skal kommunerne, i højere grad end tidligere, stå for det nære sundhedsvæsen. Desuden skal kommunerne efter Strukturreformen være med til at medfinansiere sundhedsområdet, hvilket tidligere lå under amt og stat (Indenrigs & Sundhedsministeriet 2005: 22). Strukturreformen medførte også ændringer på beskæftigelsesområdet. Den store forandring på dette område var, at staten og kommunerne i samarbejde skulle stå for de nye jobcentre (Indenrigs & Sundhedsministeriet 2005: 23).

Et af de store mål med Strukturreformen var, at der skulle være større klarhed og entydighed over, hvilke instanser, der havde ansvaret for hvilke opgaver. Reformen betød samtidig, at sammenhængende opgaver efterfølgende skulle udføres af den samme myndighed, hvilket var ønskværdigt, da det efter sigende ville skabe større effektivitet. Derudover skulle det bevirke, at gennemsigtigheden med de kommunale opgaver skulle øges for, at borgerne i højere grad kunne holde politikerne ansvarlige for deres politik og handlinger herigennem (Indenrigs & Sundhedsministeriet 2005: 39).

2. Problemfelt

I forlængelse af de foregående afsnit vil dette afsnit spore ind på de mest fremtrædende problematikker, der gør sig gældende inden for social ulighed i sundhed, implementering af sundhedspolitik og samarbejde i kommunen, der er rammen for vores valg af specialeemne.

Der er en tendens til, at lande med lav økonomisk ulighed også har lav gennemsnitlig dødelighed. Trods lav økonomisk ulighed i Danmark, er der en relativ høj dødelighed og ulighed i sundhed. Danmark er hermed en undtagelse fra den nævnte tendens. Den sociale ulighed i sundhed er næsten fordoblet i Danmark i løbet af de seneste 20 år (Diderichsen et al. 2011: 5). Denne udvikling er bemærkelsesværdig, hvorfor vi ønsker at belyse, hvad kommunerne gør for at reducere den sociale ulighed i sundhed. Social ulighed i sundhed udgør også en stor udfordring for den danske sundhedssektor og det danske samfund generelt. Derfor bliver der som nævnt sat ind med sundhedspolitikker i kommunerne for at forbedre den enkelte borgers sundhed samt for at forbedre kommunens økonomi. Vigtigheden af at der bliver sat ind overfor social ulighed i sundhed er også formuleret i nedenstående citat:

"(...) en reduktion af den sociale ulighed i sundhed [kan] også medføre, at en større andel af borgerne kan indgå i arbejdsstyrken, ligesom udgifter til såvel sundheds- som beskæftigelses- og socialområdet kan fastholdes eller måske reduceres." (Diderichsen et al. 2011: 5)

Hvorvidt indsatsen har en effekt vides ikke endnu, men ved at sætte fokus på social ulighed i sundhed som et forebyggende tiltag, er der en formodning om at kunne reducere den sociale ulighed i sundhed (Diderichsen et al. 2011: 7).

Set ud fra en politologisk synsvinkel er det interessant at belyse, hvordan implementeringen af sundhedspolitikker forløber i forhold til at forbedre den enkelte borgers sundhed og herunder, hvilken rolle samarbejdet mellem de forskellige aktører spiller ind på implementeringen. Specialet tager afsæt i en implementeringsproces af sundhedspolitikker i to udvalgte kommuner. Det forudsættes, at en vellykket implementeringsproces kan bygge bro mellem politik og praksis og i sidste ende munde ud i en række forebyggelses- og sundhedsfremmetiltag til gavn for den enkelte borger. Hvordan viden bedst implementeres i praksis, eksisterer der ikke nemme løsninger på (Rønno & Marckmann 2010: 3). Det vil sige, at den viden, der eksisterer vedrørende KRAM-faktorernes indflydelse på social ulighed i sundhed, løbende kan indebære komplikationer og udfordringer i implementeringsprocessen.



Jævnfør rapporten *Ulighed i Sundhed - årsager og indsatser* lægges der vægt på, at den sociale ulighed i sundhed, i Danmark, kan reduceres ved at sætte ind på forskellige sektorer i kommunen. Det forudsættes i rapporten, at det er nødvendigt at lave en samlet tværgående indsats, hvilket medfører, at det er nødvendigt, at der er et politisk og ledelsesmæssigt fokus på den sociale ulighed i sundhed (Diderichsen et al. 2011: 5-6). Det vil sige, at der, udover sundhedssektoren, skal laves indsatser på eksempelvis uddannelses-, social-, sundheds- samt beskæftigelsesområdet. I forhold til relevansen for vores uddannelse, finder vi det interessant at sætte fokus på sundheds- og beskæftigelsesområdet samt sygedagpengemodtagerne. Af alle danske borgere der var på overførselsindkomst i 2015, var der herudaf 31 % på sygedagpenge. Dermed ses det, at sygedagpenge er den offentlige ydelse flest personer modtager procentvis i forhold til andre overførselsindkomstgrupper (Jobindsats.dk a 2017). Valg af målgruppe vil blive uddybet i afsnit 4 *Målgruppe*. Begrundelsen for valget af sundheds- og beskæftigelsesområdet beror på den positive effekt en sundhedsindsats kan have på beskæftigelsesområdet. Denne indsats kan medføre, at en større del af befolkningen vil indgå i arbejdsstyrken, jævnfør ovenstående citat. Yderligere er valget funderet i vores indgående interesse på disse områder.

Ud fra ovenstående problemfelt har vi valgt sundheds- og beskæftigelsesområdet i kommunerne i forhold til sygedagpengemodtagerne. Vi vil hermed analysere, i hvilken udstrækning sundhedspolitikken bliver implementeret i Frederikshavn Kommune og Skanderborg Kommune. Begrundelsen for valg af disse kommuner vil blive præsenteret i afsnit 3 *Casebeskrivelser*. Grunden til, at det er vigtigt at belyse implementeringsaspektet er for at se, hvorvidt sundhedspolitikkerne når fra det politiske niveau til medarbejderne i praksis og i sidste ende ud til borgerne. Endvidere for at undersøge hvilke muligheder og barrierer, der kan opstå i en implementeringsproces. Dette problemfelt ligger til grund for projektets problemformulering, der bliver præsenteret i det følgende afsnit.

2.1 Problemformulering

Hvordan er sundhedspolitikken fra 2013 i Frederikshavn Kommune og i Skanderborg Kommune blevet implementeret med fokus på social ulighed i sundhed på sundheds- og beskæftigelsesområdet? Endvidere hvilke barrierer og muligheder er der opstået i denne proces for aktørerne på disse områder?



Problemformuleringen er udarbejdet ud fra vores interesse i forhold til at undersøge, hvordan en implementeringsproces foregår. Med denne problemformulering ønsker vi at undersøge alle de relevante faser i en implementering af sundhedspolitikken fra 2013 i henholdsvis Frederikshavn Kommune og Skanderborg Kommune. Disse faser begynder ved udformningen af sundhedspolitikkerne og ud til praksis. De relevante aktører er i specialet politikere, ledere, medarbejdere samt kommunens borgere herunder sygedagpengemodtagere. Problemformuleringen vil blive uddybet i afsnit 8 *Operationalisering*, hvor der også er udarbejdet tilhørende arbejds spørgsmål. Næste afsnit vil beskrive valg af cases.

3. Casebeskrivelser

Som nævnt tidligere har vi i specialet udvalgt to kommuner til at undersøge social ulighed i sundhed og implementeringen i kommunerne. Vi har samarbejdet med Frederikshavn Kommune i Region Nordjylland og Skanderborg Kommune i Region Midtjylland, da disse er sammenlignelige ud fra den rammebetingelse, hvad angår indbyggertal, og at de, som strategi, begge sætter fokus på social ulighed i sundhed i deres sundhedspolitik (Frederikshavn Kommune 2013: 5) og (Skanderborg Kommune 2013: 1 og 4). Endvidere undersøges disse kommuner, da de ligger forskelligt på parameteren uddannelsesniveau. Hermed er det interessant at se, hvilke forskellige udfordringer de hver især står overfor. Nedenfor er der præsenteret nøgletal, der viser ligheder og forskelle mellem Frederikshavn Kommune og Skanderborg Kommune

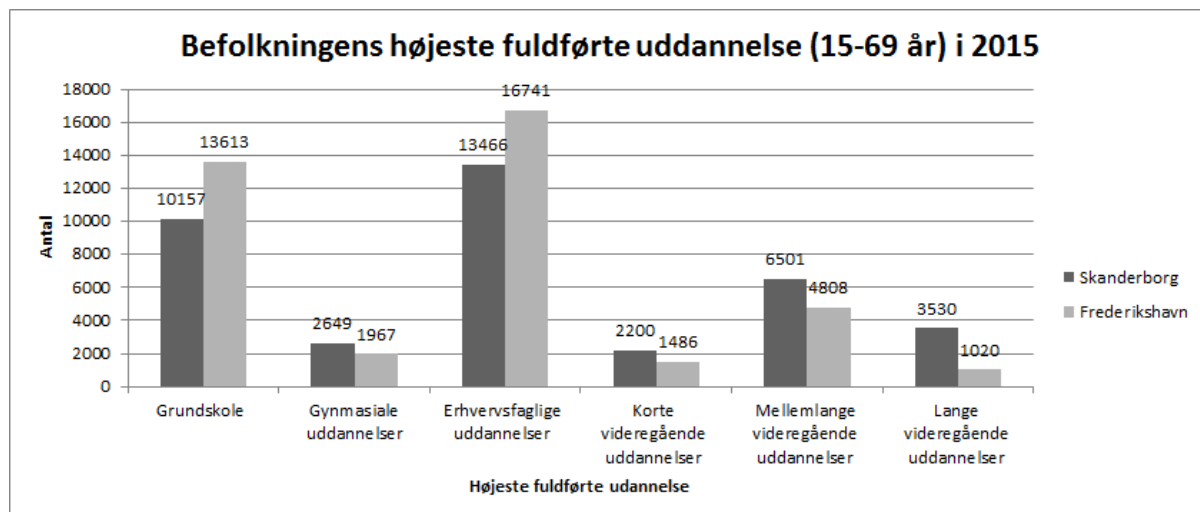
Frederikshavn Kommune har 60.478 antal indbyggere pr. 3. kvartal 2016, hvor imens Skanderborg Kommune har 59.983 indbyggere pr. 3. kvartal 2016 (Danmarks Statistik a). Uddannelsesniveauerne i Frederikshavn Kommune og Skanderborg Kommune er illustreret i figur 1 nedenfor. Ud af befolkningen i Frederikshavn Kommune udgør de 15-69 årige 41.649 borgere, hvor dette i Skanderborg Kommune drejer sig om 40.298 borgere. Figuren illustrerer befolkningens højeste fuldførte uddannelse i de to kommuner fra 2015 i alderen 15-69 årige (Statistikbanken.dk 2017).

Her viser det sig, at Frederikshavn Kommune har et lavere uddannelsesniveau, hvorfor cirka 40 % af de 15-69 årige har taget en erhvervsfaglig uddannelse, hvor imens der i Skanderborg Kommune er cirka 33 % i den samme aldersgruppe, som har en erhvervsfaglig uddannelse som højeste fuldførte uddannelse. Derudover er der også flere indbyggere ud af de 15-69 årige i Frederikshavn Kommune, der har grundskole som højeste fuldførte uddannelse, der lyder på cirka 33 %, hvor imens Skanderborg Kommune cirka har 7 % færre indbyggere i aldersgruppen 15-69, der har grundskolen som højeste fuldførte uddannelse (Statistikbanken.dk 2017).

Alt i alt er der flere indbyggere i Skanderborg Kommune end i Frederikshavn Kommune, der har en kort, mellemlang eller lang videregående uddannelse jævnfør figur 1. Det viser sig netop, at der er 9 % af de 15-69 årige, der har taget en lang videregående uddannelse i Skanderborg Kommune. Sammenlignet hermed er der kun cirka 2,5 %, der har gennemført en lang videregående uddannelse i Frederikshavn Kommune i alderen 15-69 år. Derudover ses det samme ved de mellemlange videregående uddannelser hvor der er 4,5 % flere indbyggere i Skanderborg Kommune, som har taget en mellemlang videregående uddannelse, i forhold til Frederikshavn

Kommune. En lignende tendens gør sig gældende for dem, der har en kort videregående uddannelse som højeste fuldførte uddannelse, jævnfør figur 1.

Figur 1: Befolkningens højeste fuldførte uddannelse i Frederikshavn og Skanderborg Kommune (Statistikbanken.dk 2017) og (egen tilvirkning)



Geografisk ligger Frederikshavn Kommune i udkanten af landet, hvor der er længere afstand til flere uddannelsesmuligheder. Sammenlignet med Skanderborg Kommune er der her en kortere afstand til disse muligheder. Denne afstand antages også at have en indflydelse på det generelle uddannelsesniveau i kommunerne, da der alt andet lige, er flere højtuddannede jobs i oplandet til Skanderborg Kommune i forhold til Frederikshavn Kommune.

Endvidere er arbejdsløshed en interessant faktor i forbindelse med udvælgelsen af kommunerne. Det viser sig, at der er en sammenhæng mellem uddannelsesniveau og ledighed i de to kommuner. I Skanderborg Kommune ses netop en ledighedsprocent på 2,6 %, hvor denne i Frederikshavn Kommune til sammenligning er på 5 %. Sidstnævnte er højere end landsgennemsnittet, der pr. november 2015 lå på 4,5 % (Ritzau 2016). Dermed ses det, at der ved højere uddannelsesniveau ses en lavere arbejdsløshed i Skanderborg Kommune, og i Frederikshavn Kommune ses det, at des lavere uddannelse, des større arbejdsløshed. Det skal dog pointeres, at andre faktorer også kan spille ind på denne arbejdsløshed, som høj- og lavkonjunktur samt erhvervsstrukturen i kommunerne.

Alt i alt ser vi hermed på forskellige rammebetingelser i form af uddannelsesniveau, geografisk placering og arbejdsløshed men på de samme strategier i form af sundhedspolitikker med fokus

på social ulighed i sundhed. I de følgende afsnit vil Frederikshavn Kommunes og Skanderborg Kommunes sundhedspolitik blive præsenteret.

3.1 Frederikshavn Kommunes sundhedspolitik

Frederikshavn Kommunes sundhedspolitik 2013-2016 er organiseret i fem rammesætninger. De fem rammesætninger er *Ulighed i sundhed*, *Den kompetente borger*, *Sundhedsfremme*, *Forebyggelse* samt *På tværs - fra vugge til grav* (Frederikshavn Kommune 2013: 5). Da vi har afgrænset os til den sociale ulighed i sundhed, vil førstnævnte rammesætning blive uddybet i det følgende.

Ulighed i sundhed er en realitet i Frederikshavn Kommune. Derfor sætter kommunen fokus på social ulighed i sundhed i deres sundhedspolitik fra 2013. Denne udfordring kommes til livs særligt ved at sætte ind overfor de mest udsatte borgeres muligheder for at forbedre deres sundhed. I sundhedspolitikken pointeres det, at Frederikshavn Kommune har mulighed for at løfte opgaven tværsektorielt oppefra samt nedefra ved at gøre borgerne mere kompetente til at fremme deres egen sundhed (Frederikshavn Kommune 2013: 6 og 22 og 25).

Sundhedspolitikken fra 2013 bygger på erfaringerne med deres første sundhedspolitik fra 2008-2012 (Frederikshavn Kommune 2013: 4) og endvidere de såkaldte KRAMM-faktorer afsnit 1.1 *Det politiske fokus på social ulighed i sundhed i Danmark* (Frederikshavn Kommune 2013: 15 og 17-21).

Hvad angår implementeringen af Frederikshavn Kommunes sundhedspolitik fremgår det, at der udarbejdes konkrete sundhedsdelplaner på det enkelte center på baggrund af sundhedspolitikken 2013-2016. Dette skyldes, at man i kommunen mener, at sundhedspolitikken bliver bedre understøttet ved at koordinere indsatser og samarbejde på tværs (Frederikshavn Kommune 2013: 24).

3.2 Skanderborg Kommunes sundhedspolitik

Skanderborg Kommunes sundhedspolitik er vedtaget i 2013. Sundhedspolitikken er organiseret i seks strategispor: *Den mentale trivsel styrkes*, *Større lighed i sundhed*, *Sunde rammer, der gør det sunde valg let*, *Borgernes sunde livsstil styrkes*, *Et stærkt nært sundhedsvæsen* samt *Sundhed som en fælles opgave*. Der vil i det følgende blive taget udgangspunkt i det andet spor, jævnfør speciallets fokus (Skanderborg Kommune 2013: 1).

Skanderborg Kommune ønsker at skabe mere lighed i sundhed for kommunens borgere og stræber efter, at flere skal leve længere uden sygdom. Udfordringen består statistisk set i, at



borgere med ingen eller kort uddannelse dør tidligere, end borgere med en lang uddannelse. Et godt helbred samt en uddannelse er med til, at borgerne opnår en tilknytning til arbejdsmarkedet. Derfor finder Skanderborg Kommune det vigtigt at sætte fokus på den stigende sociale ulighed i sundhed (Skanderborg Kommune 2013: 4).

For at skabe mere lighed i sundhed har Skanderborg Kommune valgt at rette fokus mod de sundhedstilbud kommunen har, og sætte ind med ressourcer for at udsatte borgere i højere grad har mulighed for at benytte sundhedstilbuddene. Derudover ønskes det at styrke sundhedspædagogikken blandt kommunens medarbejdere (Skanderborg Kommune 2013: 4).

Endvidere bliver der i Skanderborg Kommune iværksat en tværfaglig indsats for at formidle viden om social ulighed for at styrke indsatsen fra alle fagområder i Skanderborg Kommune. Indsatsen inden for uddannelses- og arbejdsmarkedsindsatsen er særligt i fokus for at styrke borgerne uden uddannelse eller med kort uddannelse (Skanderborg Kommune 2013: 4).

3.3 Fravalg af cases

Derudover har vi været til et møde med Jammerbugt Kommune og Rebild Kommune og været i skriftlig og telefonisk kontakt med Hjørring Kommune samt Thisted Kommune. Disse kommuner var dog ikke ideelle for vores emne. Dette skyldes, at Rebild Kommune ikke lagde vægt på den sociale ulighed i sundhed og Jammerbugt Kommune har været passiv i deres sundhedspolitik det seneste år, hvorfor den ikke er implementeret videre ud i kommunen endnu. Hjørring Kommune og Thisted Kommune valgte selv at sige fra, da de havde travlt med andre opgaver.

4. Målgruppe

I specialet har vi valgt at sætte fokus på Frederikshavn Kommune og Skanderborg Kommunes borgere, som modtager sygedagpenge. Målgruppen omfatter sygedagpengemodtagere, da disse blev en del af målgruppen for kommunernes beskæftigelsesindsats efter en lovændring pr. 1. januar 2008 (Sundhedsstyrelsen a 2010: 30). Vi finder det interessant at undersøge kommunens indsats og herunder jobcentrets indsats i forhold til sundhedsfremme rettet mod netop sygedagpengemodtagerne. Dette skyldes, at forskningen viser, at borgere, der blandt andet er uden for arbejdsmarkedet har et dårligere helbred. Der kan stilles spørgsmålstejn ved årsag og virkning i forhold til, om borgeren får et dårligere helbred ved at stå uden for arbejdsmarkedet eller om borgeren kommer til at stå uden for arbejdsmarkedet grundet dårligt helbred.

Øjensynligt kan det være svært at motivere sygedagpengemodtagerne, hvis ikke sundhedsaktiviteterne er integreret i aktiveringsaktiviteterne og ligger inden for aktiveringstiden (Sundhedsstyrelsen 2009: 48). Det er derfor interessant at undersøge, hvorvidt sundhedsfremme kan integreres f.eks. i arbejdsmarkedssektoren via jobcentrene. De kommunale jobcentre forvalter opgaver af beskæftigelsesrettet karakter til ledige, sygemeldte, jobsøgere, kontanthjælpsmodtagere, personer i fleksjob eller skånejob, revalidender og til modtagere af introduktionsydelse (Sundhedsstyrelsen 2009: 47).

Når der i specialet omtales sygedagpengemodtagere, refereres der til følgende definition: *"Sygedagpenge udbetales til personer, der er ude af stand til at arbejde på grund af sygdom, og som inden sygemeldingen har haft vis tilknytning til arbejdsmarkedet."* (bm.dk a 2017). Således bliver det karakteriseret af Beskæftigelsesministeriet. Dette betyder, at lønmodtagere, selvstændige og ledige kan modtage sygedagpenge under en sygemelding, hvis de opfylder de krav, der er blevet formuleret i sygedagpengeloven. I specialet arbejder vi med alle sygedagpengemodtagere i de to udvalgte kommuner. Der var i år 2015 4.654 sygedagpengemodtagere i Frederikshavn Kommune, og i Skanderborg Kommune var der i år 2015 4.089 sygedagpengemodtagere. Herudaf har 890 personer været på sygedagpenge hele år 2015, hvor imens der i Skanderborg Kommune var 792 antal personer på sygedagpenge i hele 2015 (Jobindsats.dk b 2017).

Endvidere viser det sig, at der i 2015 var flere kvinder end mænd på sygedagpenge i begge kommuner, som var lønmodtagere, før de kom på sygedagpenge. For eksempel ses det, at der i 2015 var 244 flere kvinder end mænd på sygedagpenge. I Skanderborg Kommune var der 525 flere kvinder end mænd på sygedagpenge. Tillige viser det samme mønster sig fra folk, der var på A-dagpenge, før de kom på sygedagpenge. Eksempelvis var der 78 flere kvinder end mænd

der kom på sygedagpenge, fra A-dagpenge, i 2015 i Frederikshavn Kommune, og i Skanderborg Kommune var der 98 flere kvinder end mænd, der kom på sygedagpenge i 2015, fra A-dagpenge. Samtidig viser det sig, at der var flere personer, som modtog sygedagpenge, der kom fra et lønmodtagerjob, end A-dagpenge. (Jobindsats.dk c 2017). Hvad angår varighed af sygedagpenge viser det sig, at antallet af modtagere falder signifikant efter uge 22. For eksempel var der i januar 2015 kun cirka 20 % af sygedagpengemodtagerne i Frederikshavn Kommune, der blev forlænget efter den 22. uge. I Skanderborg Kommune var der cirka 24 %, der fortsatte på sygedagpenge efter den 22. uge (Jobindsats d 2017).

Tabel 1 Antal personer på sygedagpenge (Jobindsats.dk c 2017)

		2014		2015	
		Antal personer		Antal personer	
		Frederikshavn	Skanderborg	Frederikshavn	Skanderborg
Lønmodtagere	Kvinder	1.802	1.694	1.809	1.745
	Mænd	1.469	1.187	1.565	1.220
Selvstændige erhvervsdrivende	Kvinder	106	90	115	98
	Mænd	176	192	180	171
Fleksjob	Kvinder	332	354	361	365
	Mænd	160	136	162	149
A-dagpengemodtagere	Kvinder	483	424	320	255
	Mænd	359	215	242	157

Sygedagpengereformen fra 2014

Den nyeste sygedagpengereform fra 2014 har til formål, at alle sygedagpengemodtagere skal have et forsørgelsesgrundlag, så længe de er på sygedagpenge. Sygedagpengemodtagerne er berettiget til sygedagpenge i fem måneder med mulighed for forlængelse. Hvis der ikke er mulighed for forlængelse overføres sygedagpengemodtagerne til et jobafklaringsforløb ifølge forlængelsesreglerne. For eksempel er der indført en ny forlængelsesregel, som er designet til at tage hensyn til borgere, der er ramt af en livstruende eller alvorlig sygdom. Disse sygedagpengemodtagere vil i fremtiden være sikret ydelsen gennem hele sygdomsforløbet. I jobafklaringsforløbet vil sygedagpengemodtagerne kunne modtage en ydelse svarende til kontanthjælpsniveauet. Denne ydelse vil ikke være afhængig af andres indkomst, såsom ægtefælles eller samlevers. Derudover er der sat fokus på en tidlig indsats i sygedagpengeperioden, der skal være medvirkende til at forebygge længere sygdomsforløb. Denne indsats skal ske ud fra den enkeltes behov for, at vedkommende kan vende tilbage til arbejdspladsen (bm.dk b 2017). Nedenfor vil de nye krav til modtagelse af sygedagpenge blive beskrevet.

Lønmodtagerne skal leve op til et af følgende krav i forhold til den nyeste sygedagpengelov fra 2014 for, at de er berettiget til at modtage sygedagpenge fra kommunen:

- *"Du er i beskæftigelse, og har været det i mindst 240 timer indenfor de seneste seks afsluttede kalendermåneder forud for første fraværsdag. I mindst fem af disse måneder har du været beskæftiget i mindst 40 timer hver måned"* (Borger.dk a 2017)
- *"Du ville have været berettiget til arbejdsløshedsdagpenge eller midlertidig arbejdsmarkedsydelse, hvis du ikke var blevet syg/kommet til skade"* (Borger.dk a 2017)
- *"Inden for den seneste måned har du afsluttet en erhvervsmæssig uddannelse, der varede mindst 18 måneder"* (Borger.dk a 2017)
- *"Du er elev i lønnet praktik i en uddannelse, der er reguleret ved eller i henhold til lov"* (Borger.dk a 2017)
- *"Du er ansat i fleksjob."* (Borger.dk a 2017)

Hvis lønmodtageren ikke lever op til et af disse krav, er de ikke berettiget til at modtage sygedagpenge, hverken fra arbejdsgiver eller kommunen. Jævnfør Sygedagpengelovens bekendtgørelse af sygedagpenge kapitel 4, § 6 fremgår det, at det som udgangspunkt er kommunen der udbetaler sygedagpengene. Dog er det arbejdsgiveren der, de første 30 dage af en sygemelding, betaler for denne ydelse, hvilket også kaldes for arbejdsgiverperioden (Retsinformation.dk). Det betyder, at kommunen først kommer ind over en sygedagpengesag efter de første 4 uger. De fleste lønmodtagere, som bliver sygemeldte i en periode, har et job at vende tilbage til, men ligger sygdommen til grund for, at lønmodtageren ikke kan vende tilbage til arbejdet, kommer personen ofte på et jobafklaringsforløb med ressourceforløbsydelse (bm.dk. b 2017).

Der gælder nogle andre krav, hvis borgeren er ledig og bliver syg samt skal modtage sygedagpenge: *"Du ville have haft ret til arbejdsløshedsdagpenge, hvis du ikke var blevet syg"* (Borger.dk b 2017) eller *"Du ville have haft ret til arbejdsmarkedsydelse, hvis du ikke var blevet syg"* (Borger.dk b 2017). Derudover kan kravet om tilknytning til arbejdsmarkedet også opfyldes, hvis borgeren inden for den seneste måned har haft afsluttet en erhvervsmæssig uddannelse, som varede mindst 18 måneder (Borger.dk b 2017).



Kommunen får tilskud fra staten til en borgers sygedagpenge. Den statslige refusion er indrettet således, at den aftrappes over tid. De første 4 uger af en sygedagpengeperiode modtager kommunen 80 % refusion fra staten. Fra uge 5-26 modtager kommunen 40 % refusion fra staten. Fra uge 27-52 modtager kommunen 30 % refusion fra staten. Fra uge 53 modtager kommunen 20 % refusion fra staten. Det er hermed omkostningstungt for kommunen at have borgere på sygedagpenge i en længere periode. Derfor er det interessant at se på, hvad kommunen netop gør for denne målgruppe via sundhedspolitikken. Samtidig er det interessant at se på, hvilke sundheds tilbud kommunen støtter sygedagpengemodtagerne i. Ved at den statslige refusion falder i takt med, at borgeren er længere tid på sygedagpenge, har kommunerne dermed et incitament til at få deres borgere tilbage i beskæftigelse. Det viser sig netop, at sygdom fører til, at borgerne falder uden for arbejdsmarkedet, derfor vil vi se på, hvilke sundhedsindsatser kommunen sætter ind med overfor sygedagpengemodtagerne (Diderichsen et al. 2011: 127 og 130). Det viser sig yderligere, at de borgere, som er på sygedagpenge, sjældent har råd til at købe den medicin, de er tilrådet. Derfor bliver de med tiden svagere, og i sidste ende kan de ende på førtidspension i stedet for at komme tilbage på arbejdsmarkedet, som er målet med sundhedsindsatsen (Diderichsen et al. 2011: 122).

5. Foreliggende forskning

Dette afsnit omhandler foreliggende forskning, der behandler en række rapporter, som tager udgangspunkt i samme emne som dette speciale. Rapporterne vil blive præsenteret i tematiseret rækkefølge. Vi har identificeret tre temaer i vores litteratursøgning, og disse temaer vil blive præsenteret hver for sig som Social ulighed i sundhed, Implementering samt Sundhedspolitik og sygedagpengemodtagerne. Formålet med dette afsnit er at afdække, hvad der tidligere er skrevet om emnet inden for implementeringsanalyser. Der findes også politologiske analyser af dette, som f.eks. Signild Vallgårdas og Allan Krasniks bog *Sundhedsvæsen og sundhedspolitik* fra 2016. Dog er den politologiske diskussion udeladt, da der ønskes et fokus på implementeringslitteraturen i dette speciale.

5.1 Social ulighed i sundhed

Fordeling og levevilkår

Rapporten *Fordeling og levevilkår* fra 2007 er udarbejdet af Arbejderbevægelsens Erhvervsråd (AE-rådet) og redigeret af Lars Andersen, Mikkel Baadsgaard, Niels Glavind, Jens Asp, Jonas Schytz Juul, Jarl Chr. Ditlev Quitzau.

Rapporten indeholder en lang række temaer herunder den økonomiske omfordeling, men det er kun kapitlerne 7, 8 og 9, der sætter fokus på den sociale ulighed i sundhed i Danmark. I disse kapitler kobles den sociale ulighed i sundhed sammen med uddannelse, beskæftigelse, ledighed, tilbagetrækning fra arbejdsmarkedet og arbejdsmiljø. Brugen af læge, indlæggelser, medicinforbrug og især tandlæge varierer meget, og her kan den sociale ulighed i sundhed virkelig ses. Rapporten viser, at "(...) ufaglærte i alderen 25-64 år har et årligt medicinforbrug på 2.200 kr., mens personer med en lang videregående uddannelse kun køber medicin for 1.300 kr. om året" (Andersen et al. 2007: 66). AE-rådet har igennem registeroplysninger belyst befolkningens sundhedstilstand herunder, hvordan borgerne anvender sygesikringsydelser, sygehusbenyttelse samt receptpligtig medicin forbrug.

Baggrunden for at anvende disse registerdata er at give "(...) mulighed for at belyse hvor meget, forskellige befolkningsgrupper trækker på disse sundhedsydelser fra det offentlige." (Andersen et al. 2007: 66) Rapporten kommer frem til, at personer med lav uddannelse, ufaglærte og lav indkomst har større risiko for at miste nogle arbejdsår for at blive syge eller overgå til førtidspension grundet deres helbred (Andersen et al. 2007). Der skal tages det forbehold, at AE-rådet er en politisk tænketank, og derfor skal deres resultater også ses i dette lys.

Ulighed i sundhed - årsager og indsatser

I 2010 besluttede Sundhedsstyrelsen, at der skulle laves en analyse omhandlende, hvordan man i Danmark kunne bekæmpe den stigende sociale ulighed i sundhed. I 2011 udkom rapporten *Ulighed i sundhed – årsager og indsatser*. Den er udarbejdet af Finn Diderichsen, Ingelise Andersen og Celie Manuel. Derudover er der ydet bidrag fra flere institutioner såsom Københavns Universitet, Arbejdernes Erhvervsråd, Statens Institut for Folkesundhedsvidenskab m.fl. I rapporten bliver der peget på flere forskellige måder, hvorpå en reduktion af denne ulighed kan finde sted. Blandt andet bliver det beskrevet, at ulighed i sundhed ikke udelukkende er et sundhedspolitisk område, men at det også kræver indsatser fra flere forskellige sektorer såsom uddannelse, social og sundhed samt beskæftigelse. Derudover er andre aktører som f.eks. kommuner, regioner, staten samt den enkelte borger involveret.

Sundhedsstyrelsen vil på baggrund af rapporten indgå i et samarbejde med de relevante myndigheder, der bliver behandlet i rapporten. Derudover skal der udarbejdes yderligere materiale, hvis indhold skal rette sig mod kommunerne og regionerne samt deres arbejde med bekæmpelsen af denne ulighed i sundhed.

Måden hvorpå rapporten fra Sundhedsstyrelsen er udarbejdet, er hovedsageligt gennem et reviewarbejde af andre eksisterende rapporter inden for området, hvorefter der er blevet udarbejdet en analyse af de danske forhold. Især det engelske review *Fair Society – Healthy Lives* fra 2010 og den norske rapport *Nasjonal strategi for å utjevne sosiale helseforskjeller* fra 2007 har været vigtige inspirationskilder. Derudover er der under udarbejdelsen af rapporten arbejdet med eksisterende register-og surveydata.

Rapportens resultater viser tre typer af determinanter for, hvad der kan være med til at skabe den sociale ulighed i sundhed. De tre typer af determinanter er tidlige typer, der præger social position og helbred, sygdomsårsager, der påvirkes af social position samt determinanter, der påvirker sygdomskonsekvenser. Hver af disse determinanter er yderligere blevet inddelt i kategorier, og det er i alt blevet til 12 af disse (Diderichsen et al. 2011).

Social ulighed i sundhed i Nordjylland

Rapporten *Social ulighed i sundhed i Nordjylland*, udgivet af Region Nordjylland i april 2012, er udarbejdet af Kvalitetskontoret Sundhed og Sammenhæng. Denne rapport bygger videre på Sundhedsstyrelsens rapport fra 2011 *Ulighed i sundhed - årsager og indsatser* og fokuserer på sundheden i Nordjylland.

Rapporten kommer frem til, at uddannelsesniveaut i Nordjylland generelt set er lavere end i resten af Danmark. Det lave uddannelsesniveau kommer også til at påvirke den sociale ulighed i sundhed. Hvis der ses på uddannelse som en indikator for ulighed, har Nordjylland store udfordringer, da borgere uden uddannelse generelt set har en større kontakt til sundhedsvæsenet end borgere med en lang videregående uddannelse (Region Nordjylland 2012: 4). Det lave uddannelsesniveau kommer også til at have en økonomisk påvirkning i de nordjyske kommuner og Region Nordjylland da:

"Borgere uden erhvervsuddannelse er knap dobbelt så dyre i regionale sundhedsudgifter og i den kommunale medfinansiering til sundhedsområdet end borgere med lang videregående uddannelse"

(Region Nordjylland 2012: 5)

Det er især kommunens medfinansiering til sygedagpenge, der er en udgift for kommunerne på sundhedsområdet. Data i rapporten stammer fra sundhedsprofilen fra 2010 og fra rapporten *Ulighed i sundhed – årsager og indsatser* (Region Nordjylland 2012: 5).

Tværgående evaluering af 'lighed i sundhed' - en erfaringsopsamling fra udviklingsprojekter i seks kommuner

Rapporten er udarbejdet af COWI A/S for Sundhedsstyrelsen og udgivet i marts 2010 og er en erfaringsopsamling fra Sundhedsstyrelsens samarbejdsprojekt med seks kommuner netop Jammerbugt, Odense, Greve, Gladsaxe, København og Vordingborg kommuner. Den indeholder erfaringer med forebyggelse og sundhedsfremme overfor borgere, som er sundhedsmæssigt udsatte på grund af deres sociale position. Formålet med rapporten er for det første at bidrage til en generel vidensopsamling vedrørende den sociale ulighed i sundhed, for det andet at medvirke til Sundhedsstyrelsens rådgivningsmateriale til de kommunale myndigheder om, hvorledes de kan styrke socialt udsatte borgeres evne til samt muligheder for aktivt at påvirke egen sundhed og helbred. For det tredje bidrager rapporten til at udvikle Sundhedsstyrelsens redskaber til pulje- og projektstyring på forebyggelsesområdet.

Der er indsamlet data i form af fokusgrupper samt interview med projektledere, chefer, projektmedarbejdere og frontpersonale i kommunerne. Tillige har evaluator haft statusrapporter og egnevalueringer fra projekterne til rådighed mm. Lighed i sundhed er et satspuljeprosjekt på 24 mio. kr. der fremmer sundhed for socialt udsatte grupper. Projekterne vil få indflydelse i forbindelse med videreudviklingen af de kommende sundhedspolitikker i de involverede kommuner.

Det pointeres i rapporten, at der kan stilles spørgsmålstejn ved, om det er projektet, der har medført effekten, eller om det er en række andre forhold i projektets omgivelser, der har medført effekten. Endvidere er vurderingen af *Lighed i sundhed*, at projekterne har bragt Sundhedsstyrelsen tættere på målet, men de er ikke i mål endnu, før der forefindes effektive metoder til dette arbejde. Tillige er der tale om et område, hvor der først kan forventes en synlig effekt om adskillige år på de igangværende tiltag på folkesundheden (Sundhedsstyrelsen b 2010).

5.1.1 Erfaringernes relevans for specialet

De foranstående fire rapporter er med til at skabe en baggrundsforståelse for specialets undersøgelse, der tager udgangspunkt i social ulighed i sundhed. Rapporten *Fordeling og levevilkår* er en god inspirationskilde, da den også beskriver, hvordan sundhed herunder social ulighed i sundhed og beskæftigelse hænger sammen. Dette giver anledning til, hvad det nytter at gennemføre en sundhedspolitik, og hvilken betydning denne sundhedspolitik har for det enkelte jobcenter og deres sygedagpengemodtagere. Dernæst definerer Diderichsens rapport *Ulighed i sundhed - årsager og indsatser* en række faktorer, der spiller ind i forbindelse med den sociale ulighed i sundhed. *Social ulighed i sundhed i Nordjylland* ses som et grundlag for specialets undersøgelse, da den analyserer nogle af de samme problemstillinger, som dette speciale vil tage fat i. For eksempel er det vigtigt at have for øje, om det er sundhedspolitikken, eller andre faktorer, der medfører en effekt af denne. Tillige om der i Frederikshavn Kommune er andre udfordringer i forhold til at reducere den sociale ulighed i sundhed. Det kan siges, at der i rapporterne er en bred enighed om, hvad der fører til den sociale ulighed i sundhed, men der er ikke så stor viden om, hvilke indsatser der har en effekt for at bekæmpe den sociale ulighed.

5.2 Implementering

Sundhedspolitiske implementeringsprocesser

Evalueringen *Sundhedspolitiske implementeringsprocesser* er udarbejdet af Bettina Bach og Pernille Dehn, Forskningsprogram for Miljø- og Sundhedspædagogik, Institut for Didaktik, Danmarks Pædagogiske Universitetsskole samt Århus Universitet. Evalueringen undersøger implementeringen af handleplaner på kost- og motionsområdet i Århus Kommunes skoler og daginstitutioner. Hermed fremlægges der resultater fra Århus Kommunes sundhedspolitiske idé til realiseringerne af disse initiativer i praksis. I alt indgår der 51 skoler og 8 daginstitutioner i evalueringen. Der er anvendt prækonstruerede spørgsmål, og endvidere bygger evalueringens data på kvalitative fokusgruppeinterview med Århus Kommunes områdechefer, skole- og SFO-ledere, lærere og daginstitutionsledere samt pædagoger. Erfaringerne fra evalueringen viser blandt andet, at implementeringen af en sundhedspolitik har ført til, at skoler og daginstitutioner har



formuleret en sundhedspolitik officielt, hvilket givetvis vil være til gavn for Århus Kommunes børn og unges trivsel og sundhed. Evalueringen kan dog ikke svare på, hvorledes sundhedspolitikken vil bidrage til varige kulturelle og organisatoriske forandringer på de respektive institutioner. Alle informanter har oplevet, at sundhedspolitikken har været styret "oppefra", hvormed der har været et ønske om større frihed til selv at kunne definere de sundhedsfremmende indsatsområder, de har syntes relevante. Hermed ville informanterne også have fået en større følelse af ejerskab i forhold til initiativet, hvis de havde en større lokal indflydelse (Bach & Jensen 2009).

Kortlægning

Rapporten *Kortlægning – Kommunernes arbejde med implementering af Sundhedsstyrelsens forebyggelsespakker* er en midtvejsrapport fra 2014 udgivet af Center for Interventionsforskning, Statens Institut for Folkesundhed, Syddansk Universitet i samarbejde med Center for Forebyggelse i Praxis, Kommunernes Landsforening (KL) og Sundhedsstyrelsen. Den fokuserer på de danske kommuners arbejde med at implementere Sundhedsstyrelsens forebyggelsespakker omhandlende overvægt og stoffer. Forebyggelsespakkerne har til formål at styrke folkesundheden og er et vidensbaseret værktøj til kommunerne, der indeholder en række faglige anbefalinger, der skal være medvirkende til at udvikle kvaliteten i det kommunale forebyggelsesarbejde, hvormed kommunerne bedre kan prioritere indsatser og anvende ressourcerne der, hvor der er viden om, hvad der virker. 10 kommuner har deltaget i interviews, hvor imens 97 kommuner har besvaret et spørgeskema. Denne kortlægning vil i 2015 blive gentaget, idet nærværende kortlægning er den anden af i alt tre kortlægninger. Kortlægningen finder, at kommunerne generelt set har vurderet forebyggelsespakkerne positivt, samt at kommunerne arbejder videre med implementeringen af anbefalingerne. Der er et potentiale for fortsat øget og mere systematisk indsats i forhold til overvægt og stoffer. Hvad angår den kvalitative interviewundersøgelse, viser denne, at størstedelen af kommunerne ikke er nået til at implementere de to indsatser endnu eller kun i begrænset omfang. Endvidere efterspørger respondenterne en prioritering fra enten KL, Sundhedsstyrelsen eller ministeriet, som fremhæver de vigtigste indsatser eller hvad, der forventes af kommunerne som et minimum (Christiansen et al. 2014).

Fremme af mental sundhed - eksempler, muligheder og barrierer

COWI A/S ved Kamilla Bolt og Lars Iversen har udgivet rapporten *Fremme af mental sundhed – eksempler, muligheder og barrierer* i november 2009 for Sundhedsstyrelsen. Rapporten omhandler en undersøgelse af en række kommunale indsatser til at fremme mental sundhed i forhold til blandt andet at forebygge sygefravær. Fremme af mental sundhed er et område, som kommunerne interesserer sig for, og målet er endvidere at kortlægge barrierer og muligheder med



henblik på at fremme den mentale sundhed ude i kommunerne, som er en del af kommunernes sundhedsindsats.

Rapportens resultater bygger på både en kvantitativ og en kvalitativ undersøgelse. Først er der foretaget en kvantitativ undersøgelse i august 2008, hvor alle de danske kommuners sundhedschefer har fået tilsendt et spørgeskema med det formål at få en beskrivelse af forebyggelsesindsatserne på sundhedsområdet i de enkelte kommuner. 83 kommuner har deltaget i den kvantitative del ud af i alt 98 kommuner. Dernæst er der foretaget en kvalitativ analyse i august-september 2009 i form af tre fokusgruppeinterviews med kommunale sundhedschefer eller sundhedskonsulenter. På baggrund af den kvantitative undersøgelses resultater er der endvidere foretaget tre telefoninterviews med kommuner, der ikke har lavet indsatser til fremme af mental sundhed. Telefoninterviewene demonstrerede, at de kommuner, der ikke havde registreret indsatser til fremme af mental sundhed alligevel havde en del sundhedsindsatser på området. Dette skyldes, at de ikke havde tænkt dem som indsatser til fremme af mental sundhed. Derfor er der yderligere et telefoninterview med en respondent, som ikke kunne være med i fokusgruppeinterviewet - det vil sige, i alt fire telefoninterviews.

Den kvantitative del af undersøgelsen viser, at der er 64 % af kommunerne, der har minimum en indsats til fremme af mental sundhed inden for sundhedsområdet. Herunder er det særligt kommunerne i Jylland, der har etableret tre eller flere indsatser til fremme af mental sundhed, hvor imens det kun er et fåtal, der har angivet dette i de sjællandske kommuner. Kommunestørrelsen har ikke nogen betydning, hvad angår, om der er iværksat indsatser til fremme af mental sundhed eller ej. Kun fire kommuner har iværksat indsatser til fremme af mental sundhed i forbindelse med sygedagpengemodtagerne. Dog skønnes det, at mange flere kommuner har tilsvarende indsatser, men uden de er blevet registreret i undersøgelsen, hvilket kan skyldes, at de ikke har samarbejdet med jobcentret på registreringstidspunktet. Den kvalitative undersøgelse viser forskellige muligheder samt barrierer for arbejdet med mental sundhed i kommunerne. Det identificeres blandt andet, at der er erfaringer med koblingen mellem psykiske problemer og sygedagpengeudbetalinger i visse kommuner. Dette har været en øjenåbner for, hvor omkostningskrævende psykiske problemer er for den enkelte kommune. Her er der et incitament til at forebygge blandt andet depression og stress, i og med det kan reducere antallet af sygedagpengemodtagere. En af de største barrierer anses for at være manglende dokumentation og evidens, hvorfor der efterspørges dansk evidens og dokumentation med udgangspunkt i kommunale erfaringer (Sundhedsstyrelsen 2009).

***Organisering af integrerede beskæftigelses-, social- og sundhedsindsatser i kommunerne***

I juni 2013 udgav Rambøll rapporten *Organisering af integrerede beskæftigelses-, social- og sundhedsindsatser i kommunerne*, som var blevet bestilt af KL. Rapporten er udarbejdet i samarbejde med 18 kommuner og skitserer seks modeller for, hvordan kommunerne bedre kan organisere indsatser inden for beskæftigelse, socialområdet, og sundhedsområdet (Rambøll a 2013: 1). Yderligere er der beskrevet seks forskellige borgertyper, som modellerne skal tage udgangspunkt i (Rambøll a 2013: 3-4). Formålet med disse modeller er, at de skal være med til at sikre, at kommunerne i så høj grad som muligt kan sikre, at borgere udenfor arbejdsmarkedet får en helhedsorienteret rehabiliterende indsats. Modellerne skal ses som værende prioriterings- og samarbejdsmodeller, som skal være medvirkende til, at kommunerne får et hjælpemiddel til at prioritere, hvilke typer af borgere de skal rette et ekstra fokus imod (Rambøll a 2013: 2).

Disse modeller er udarbejdet ud fra en forventning om, at det kan være ressourcebesparende, og samtidig vil der også være et fagligt potentiale i at arbejde med sådanne integrerede indsatser i kommunerne. Dette skal ses ud fra en forhåbning om, at det med tiden vil bevirke, at kommunerne og borgerne vil opleve mere effektive og billigere forløb. Det kan f.eks. være i forbindelse med sygedagpengeperioder og kontanthjælpsperioder, og samtidig forventes det også at medføre, at færre i disse målgrupper overgår til førtidspension (Rambøll a 2013: 1). Derudover er der i løbet af projektet også opstillet, hvilke forskellige kontakter forskellige borgertyper har igennem et forløb. Det tyder ifølge rapporten på, at borgere ofte er i kontakt med flere forvaltninger, og at medarbejderne i disse forskellige fagområder ikke kender til de tilbud og indsatser, borgeren får andre steder. Dette er yderligere med til at antyde, at tværfagligt samarbejde er en nødvendighed (Rambøll a 2013: 1).

Modellerne er i rapporten opstillet som idealtyper for, hvordan samarbejdet mellem kommunens interne aktører og andre væsentlige aktører bør fungere, samt hvordan finansieringen af dette samarbejde skal fungere. Der er ikke opstillet nogen beviselige faktorer, der indikerer noget om, hvorvidt disse modeller i virkeligheden fungerer, og om der dermed forekommer besparelser og mere effektive borgerforløb.

Organisering af integrerede beskæftigelses-, social- og sundhedsindsatser

Rapporten *Organisering af integrerede beskæftigelses-, social- og sundhedsindsatser* er en delafrapportering fra marts 2013 udgivet af Rambøll. KL har igangsat et projekt, der består af tre delprojekter, hvor denne rapport handler om delprojekt 2, der omhandler en kortlægning af kommunale eksempler samt snitflader mellem de regionale og kommunale sundhedstilbud og beskæftigelsesindsatser, herunder barrierer for implementeringen af integrerede indsatser

(Rambøll b 2013: 1). Igennem alle tre delprojekter bliver der sat fokus på, hvordan kommunerne kan sikre et mere integrerende forløb for de borgere i kommunen, der ofte er i berøring med flere kommunale velfærdsydelser, end blot sundhedsområdet, herunder også sygedagpengemodtagerne (Rambøll b 2013: 1).

Baggrunden for undersøgelsen er, at kommunernes samlede udgifter til sygedagpenge, førtidspension, kontanthjælp og rehabilitering er høj. Derudover trækker disse grupper ofte på det behandlende og det nære sundhedsvæsen. De borgere, der befinder sig under disse ydelser har ofte fysiske og/eller psykiske lidelser og er dermed i kontakt med flere af kommunes afdelinger (Rambøll b 2013: 1).

Formålet med hele undersøgelsen er at opnå en større viden om målgruppen for at få afdækket den integrerede kommunale indsats samt at kortlægge barrierer og muligheder for organisationen på tværs. Undersøgelsen har som mål at udvikle modeller for at forbedre tværfagligt samarbejde på tværs af forvaltningerne (Rambøll b 2013: 1).

Delprojekt 2 blev indledt ved to workshops og ved en afsluttende valideringsworkshop, har kommunerne derigennem kunne dele deres erfaringer med de 17 andre kommuner, der har været en del af projektet. Kommunerne har alle arbejdet med integrerede indsatser for udvalgte målgrupper, herunder sygedagpengemodtagerne.

Formålet med delrapporten er at identificere den relevante målgruppe, som kunne have glæde af en mere integreret indsats på tværs i kommunen. Kortlægningen har lagt fokus på fem temaer: *Samarbejde med privatpraktiserende læger, Samarbejde med speciallæger og regionen, Uklarhed omkring persondatalovens muligheder og begrænsninger, Bedre mulighed for at anvende støttekontaktpersoner/mentorer på tværs af fagområder og It-understøttelse af tværkommunale indsatser*. Rambøll har identificeret disse temaer som værende eksterne barrierer for kommunerne og har forsøgt at komme med nogle løsningsforslag. Derudover har Rambøll lavet en præsentation og beskrivelse af de centrale borgertyper for et tværsektorielt samarbejde (Rambøll b 2013: 3-5).

5.2.1 Erfaringernes relevans for specialet

De ovenstående fem rapporter behandler implementeringen af en række sundhedspolitiske tiltag i forskellige kommuner. Jævnfør rapporten *Sundhedspolitiske implementeringsprocesser*, er hensigten med sundhedspolitikken fra Århus Kommune at få denne udmøntet i konkrete initiativer samt projekter. Her kan skolerne og daginstitutionerne selvstændigt selekttere at fokusere



handleplanernes indhold til de specifikke forhold, som den gældende institution har vurderet relevante, hvad angår deres egne interesser, behov, målsætninger samt lokale forhold. Eksempelvis vurderer rapporten, hvad det medfører, når der fra politisk side gennemføres en sundhedspolitik, og hvordan det føres ud i praksis. Netop denne proces vil være det grundlæggende tema for nærværende speciale.

Der foregår ud over de enkelte sundhedstiltag i forhold til målgruppen en række andre tiltag i samfundet, der kan have en indirekte eller direkte betydning for sygedagpengemodtagernes sundhed. Hermed er det vigtigt i analysen at stille spørgsmålstejn ved, i hvilken grad det alene er sundhedspolitikken, der kan have resultater for at nedbringe den sociale ulighed i sundhed. Rambøll rapporten fra juni 2013 kan benyttes som inspiration til specialet til at forstå, hvilke typer af borgere, der er i kommunerne, og hvilke typer indsatser, der skal gøres overfor disse. Rapporten er yderligere interessant for os, da den beskriver, hvilke tiltag, der bør sættes ind med overfor sygedagpengemodtagerne. Samtidig er det relevant, at rapporten fokuserer på de tværfaglige kompetencer i kommunerne, da dette også er et centralt tema for begge samarbejdskommuner i dette speciale. Endvidere kan Rambøll rapporten fra marts 2013 bruges til at belyse, hvilke barrierer kommunerne står overfor i det tværsektorielle samarbejde og til at definere specialets målgruppe.

5.3 Sundhedspolitik og sygedagpengemodtagerne

9 skridt til sundhed og trivsel på arbejdspladsen - Den gode kommunale model

Sund By Netværket er en samling af danske kommuner, der arbejder sammen for at styrke sundheden i kommunerne. Det er dem, der står som udgivere af denne rapport, som er blevet offentliggjort i 2010. Rapporten er hovedsagelig blevet udarbejdet af en arbejdsgruppe bestående af medlemmer fra Sund By Netværket, hvor andre samarbejdspartnere såsom Sundhedsstyrelsen og Center for Arbejds miljø også har bidraget til publikationen. Rapporten er desuden blevet støttet finansielt af Indenrigs- og Sundhedsministeriet (Sund By Netværket 2010: 2). I rapporten er der beskrevet nogle anbefalinger, strategier og redskaber, som kommunerne kan benytte i deres indsats i forbindelse med forebyggelse og sundhedsfremme. Samtidig bliver det i rapporten beskrevet, hvordan kommunen kan benytte sig af arbejdspladsen som et sted, hvor de kan udføre deres forebyggende og sundhedsfremmende indsatser overfor deres medarbejdere og borgere. Der bliver argumenteret for, at det er fordelagtigt at benytte arbejdspladsen som arena for sådanne indsatser, da det er via arbejdspladsen, at kommunen kan nå ud til de borgere, som i forvejen er raske (Sund By Netværket 2010: 6). Formålet med at arbejde for at gøre arbejdspladsen til en sund ramme for de ansatte er, ifølge rapporten, at medarbejderne kan

udvikle deres sundhed, således medarbejderne kan undgå nedslidning, og at de på den måde bliver fastholdt på arbejdsmarkedet. Det vil samtidig, ifølge rapporten, også medvirke til, at der forekommer bedre folkesundhed, en øget beskæftigelse og samtidig en besparelse på sygedagpengområdet som følge af færre sygemeldinger (Sund By Netværk 2010: 20).

Rapporten konkluderer, at kommunerne i høj grad bør etablere forskellige tilbud til ansatte, sygemeldte samt arbejdsløse, samt at kommunernes rolle i at gøre arbejdspladsen til en sund arena er, at de skal formidle den viden og de erfaringer, der er på området ud til virksomhederne og samtidig understøtte en fortsat udvikling af gode personale sundhedspolitikker (Sund By Netværk 2010: 22). Derudover bliver der også argumenteret for, at der er en påviselig effekt mellem arbejdsløshed og dårligt helbred, hvor det ses, at personer med dårligere helbred i højere grad har mulighed for at blive arbejdsløse eller sygemeldte (Sund By Netværk 2010: 27).

Bedre koordination mellem sundheds- og beskæftigelsesområdet - en analyse fra syv kommuner

Rapporten *Bedre koordination mellem sundheds- og beskæftigelsesområdet - en analyse fra syv kommuner* er udgivet af COWI, for Indenrigs- og Sundhedsministeriet samt regionerne. Den sætter fokus på, hvorledes indsatser i beskæftigelses- og sundhedssystemet bedre kan koordineres, og hvordan den kommunale forebyggelses-, rehabiliterings- og beskæftigelsesindsats kan sammenkobles. Det fremgår af rapporten, at effektiv koordination kan være medvirkende til at optimere ressourceforbruget i både kommunens jobcenter samt sundhedsforvaltningen og endvidere i sundhedsvæsenet generelt set. COWI har i 2009 gennemført spørgeskemaundersøgelser blandt 2000 tilfældigt udvalgte sygedagpengemodtagere med mere end otte ugers fravær i seks kommuner med det formål at illustrere sygedagpengemodtagernes vurdering af koordinationen mellem beskæftigelses- og sundhedsområdet. Endvidere bygger COWIs analyse på interviews med medarbejdere i de syv kommuner fra beskæftigelses- og sundhedsområdet. Resultater fra interviewene viser, at barriererne for effektiv koordination er af økonomisk, organisatorisk samt videnskæssig karakter. For eksempel skyldes et par af de organisatoriske barrierer den interne organisering i sektorer i kommunerne med manglende ledelsesmæssig understøttelse af arbejdet på tværs af "søjlerne" i kommunen og den geografiske afstand mellem enhederne i kommunen. Nogle af de essentielle videnskæssige barrierer er en manglende indsigt i de andre aktørers opgaver, udfordringer og kompetencer, en lille gensidig forståelse af hinandens rammebetingelser samt en begrænset adgang til sundhedsfaglig viden. Økonomisk er det en barriere, at der er mangel på ressourcer i form af medarbejdere til at sikre bedre koordination på tværs. Endvidere er der brug for en løbende vidensdeling mellem beskæftigelsesområdet og sundhedsområdet for en forbedret koordination. Af spørgeskemaundersøgelsen viser det sig, at



cirka halvdelen af sygedagpengemodtagerne synes, at samspillet mellem de forskellige aktører har været godt eller meget godt. En tredjedel mener ikke, at der har været en aktør, som havde særligt ansvar for at sikre et sammenhængende forløb for sygedagpengemodtagerne. Særligt er det sygedagpengemodtagere med mange psykiske problemer og med bevægeapparatproblemer, der mener, at koordination af deres forløb har været dårligt (COWI 2010).

5.3.1 Erfaringernes relevans for specialet

Rapporten *9 skridt til sundhed og trivsel på arbejdspladsen - Den gode kommunale model* kan også være medvirkende til at skildre nogle væsentlige elementer i forhold til kommunernes indsats i forhold til sundhed på arbejdspladsen og dermed også en indsats, der vil hjælpe med til at færre behøver at være på sygedagpenge. Rapporten fokuserer både på kommunens medarbejdere, men også borgerne, som kan være i samme situation som medarbejderne. Den ses derfor som en god inspirationskilde til dette speciale. Den sidste rapport *Bedre koordination mellem sundheds- og beskæftigelsesområdet - en analyse fra syv kommuner* findes relevant som inspirationskilde, da den sætter fokus på sygedagpengemodtagernes oplevelse af samarbejdet mellem sundhedssystemet og beskæftigelsesområdet, hvilket netop er omdrejningspunktet for vores speciale. Her kan det diskuteres, hvilke forskelle og ligheder, der gør sig gældende i forhold til rapporten, og de problematikker, der fremkommer i vores undersøgelses indsamlede empiri.

Alle de ovenstående rapporter findes relevante for specialets emne, idet specialet bygger videre på tidligere erfaringer, hvad angår sundhedspolitik, implementering og social ulighed i sundhed.

6. Design og metode

6.1 Case design

Indeværende afsnit demonstrerer vores valg af case design samt hvilke typer af casestudier vores speciale refererer til.

Vi har i specialet valgt det komparative casestudie som forskningsdesign, hvorfor vi ønsker at sammenligne forskelle og ligheder i Frederikshavn Kommune og Skanderborg Kommune i forhold til implementeringsprocessen af hver kommunes sundhedspolitik, der begge sætter fokus på den sociale ulighed i sundhed. En række fordele herved er, at der typisk er en høj målingsvaliditet, høj økologisk validitet og en høj intern validitet (Andersen 2010: 110-111). Hermed forstås, at resultater, som er frembragt gennem sådanne studier, ofte fremstår mere troværdige end ved enkelt cases, og på den måde anses sådanne også for at frembringe mere robuste resultater og konklusioner (Antoft & Salomonsen 2007: 46). En ulempe ved at benytte det komparative casestudie er ofte et spørgsmål om ressourcer, da der naturligvis skal medtages flere vinkler, og de valgte cases skal derfor hver især have et formål i forbindelse med undersøgelsen (Antoft & Salomonsen 2007: 47).

Når der arbejdes med casestudier som dette, bliver empirien ofte indsamlet ved brug af interviews, observationer eller dokumentstudier (Antoft & Salomonsen 2007: 32). Til dette speciale, er hovedparten af den indsamlede empiri netop baseret på kvalitative interviews med repræsentanter fra henholdsvis Skanderborg Kommune og Frederikshavns Kommune som uddybes i afsnit 6.2.2 *Interviewpersoner*. Derudover er der blevet benyttet eksisterende rapporter som baggrundsviden og som inspiration. Det primære fokus i casestudier er at undersøge, hvorvidt der kan findes en sammenhæng mellem projektets problemstillinger og den kontekst, hvori disse udspiller sig (Antoft & Salomonsen 2007: 32). Det er vigtigt at have for øje, at det ikke er muligt at undersøge alle aspekter i en given case, og det er derfor essentielt, at der bliver foretaget en afgrænsning af casen og dennes kontekst for at kunne udarbejde en så fyldestgørende analyse som muligt (Antoft Salomonsen 2007: 33). Det er der gjort i dette speciale, da vi har valgt at fokusere på Frederikshavn Kommunes og Skanderborg Kommunes sundhedspolitik med fokus på social ulighed i sundhed og særligt rettet mod sygedagpengemodtagerne.

Antoft og Salomonsen argumenterer for, at der kan arbejdes med fire former for kvalitative casestudier, som hver især arbejder ud fra forskellige forudsætninger. Disse metoder er henholdsvis *teorigenererende*, *ateoretiske*, *teorifortolkende* og *teoritestende* casestudier. Disse metoder adskiller sig fra hinanden ved enten at have et teoretisk eller empirisk udgangspunkt (Antoft &



Salomonsen 2007: 33). Dette speciales udgangspunkt befinder sig et sted mellem det ateoretiske og teorifortolkende casestudie, da begge disse casestudiers primære fokus er at skabe ny empirisk viden. Årsagen til at specialet befinder sig mellem disse former for casestudier er, at det kan være problematisk udelukkende at benytte en af de fire former for cases, da der ofte vil være elementer fra flere forskellige former for cases. Først vil de to anvendte caseformer blive præsenteret, og efterfølgende vil de resterende former blive præsenteret.

Det teorifortolkende casestudie giver sig til udtryk i specialet, da denne form for cases har til formål at indsamle ny empirisk viden samt, at de tager deres udgangspunkt i en teoretisk ramme (Antoft & Salomonsen 2007: 34). Formålet med dette speciale er netop at skabe ny empirisk viden om, hvilke muligheder og barrierer sundhedspolitikker i kommunerne giver, samtidig med det beror på en teoretisk ramme i form af Søren Winters integrerede implementeringsmodel. Den teoretiske ramme er i et teorifortolkende casestudie medvirkende til at afgrænse casen og i dette tilfælde casene, empirien og samtidig understrege, hvorvidt der er tale om en unik eller generel case (Antoft & Salomonsen 2007: 39). Herved forstås, hvorvidt der er tale om en case, der kan generaliseres eller ej. I dette speciale vil der således være tale om en generel case, da det antages, at hovedparten af de danske kommuner befinder sig inden for de samme rammer og lovgivninger. Derfor kan der argumenteres for, at specialet i en vis grad kan generaliseres til andre kommuner.

Selvom specialets ramme kan argumenteres for at være teoretisk funderet, har den indsamlede empiriske viden også en signifikant betydning for, hvorvidt vi kan besvare specialets problemformulering. Dette er netop det ateoretiske casestudies afsæt, da sådanne casestudier tager udgangspunkt i det empiriske materiale. Formålet med de ateoretiske casestudier er ligesom med de teorifortolkende casestudier at frembringe ny empirisk viden om en given case. Sådanne casestudier interesserer sig ofte for særlige sager, grupperinger eller hændelser og tager ofte udgangspunkt i elementer fra det sociale liv (Antoft & Salomonsen 2007: 34), hvilket er det samme, der har været tilfældet i dette speciale med tanke på, at vores undersøgelse underbygges af informanternes svar.

Til forskel fra de to anvendte tilgange i dette speciale, adskiller både det teorigenererende og teoritestende casestudie sig ved, at deres primære formål er at generere ny teoretisk viden (Antoft & Salomonsen 2007: 34), hvilket ikke er det tilsigtede mål med dette speciale. Det teorigenererende casestudie siges at være relevant, hvis der ikke allerede eksisterer veletablerede teorier inden for området (Antoft & Salomonsen 2007: 37). Det teoritestende casestudie adskiller

sig fra det teorigenererende case studie ved at være teoretisk funderet, hvor teorigenererende case studier er empirisk funderet (Antoft & Salomonsen 2007: 34).

6.2 Metode

Dette afsnit behandler for det første specialets interviewmetode og kontakten til interviewpersonerne. Dernæst argumenteres der for valg af interviewpersoner, interviewguide samt kodestrategi. Slutteligt fremhæves validiteten og reliabiliteten for nærværende speciale.

6.2.1 Interviewmetode

Der er i specialet valgt at indsamle data via interview for at opnå unikke informationer fra informanterne. Grunden til at vi har valgt at foretage flere kvalitative forskningsinterviews, er for at indsamle data, der er tilpasset efter den konkrete kontekst og for at få adgang til personer med den unikke viden, da det kan være en udfordring at få politikere og ledere til at udfylde et standardiseret spørgeskema. Ved at benytte det kvalitative forskningsinterview åbner det op for at undersøge handling, begrundelser og bestemte sociale forhold herunder også social ulighed i sundhed (Harrits et al. 2012: 144-146).

6.2.2 Interviewpersoner

Kontakten til interviewpersonerne er sket via Frederikshavn Kommunes hjemmeside og Skanderborg Kommunes hjemmeside, hvor vi via navnene og jobbeskrivelserne på hjemmesiden har kontaktet dem både skriftligt og telefonisk. Herefter har vi foretaget et indledende samarbejds-møde med formanden for sundhedsudvalget i Frederikshavn Kommune samt telefonisk møde med sundhedsfremmechefen i Skanderborg Kommune. Disse møder omhandlede, hvorvidt de to kommuner kunne have en interesse i at være repræsentanter i specialet. Herefter er de resterende informanter fra de to udvalgte kommuner blevet kontaktet med henblik på at indvillige i at deltage i vores undersøgelse i forbindelse med et interview af cirka en times varighed. Dette har alle de kontaktede repræsentanter i de to kommuner indvilliget i. Informanterne er senere blevet kontaktet for at aftale nærmere i forhold til at finde en tid og sted for de gældende interviews. Der er ligeledes rettet henvendelse til jobcentercheferne i begge kommuner, som derefter har udvalgt ledere og medarbejdere, med viden omkring sygedagpengemodtagerne, til interviews.

Dagen før tidspunkterne for de respektive interviews sendte vi en skriftlig briefing til interviewpersonerne for at beskrive, hvad interviewet ville omhandle, og hvordan interviewet ville blive brugt i specialet.



Vi gennemførte semistrukturerede dybdeinterviews (Karpatschhof 2010: 423) på både politiker-, leder- samt medarbejderniveau i de to udvalgte kommuner for at få et så nuanceret billede som muligt af implementeringen af sundhedspolitikkerne. Herved opnås en beskrivelse af både politikeren, lederen samt medarbejderens synspunkt i forhold til implementeringen af sundhedspolitikkerne i Frederikshavn Kommune og Skanderborg Kommune. Der er både gennemført syv enkeltmandsinterviews samt to dobbeltinterviews.

Da vi har interviewet ledere, er der, ifølge Egil Fivelsdal, flere problematikker vi skal være opmærksomme på i sådanne interviewsituationer. Blandt andet mener Fivelsdal, at en barriere ved at interviewe ledere er, at disse ofte vil være tilbageholdende i deres svar, da de er bemyndede for at udtale sig forkert, og om noget der eventuelt kan skade dem og deres organisation (Fivelsdal 1990: 288). Derudover kan ledere også ofte være: "(...) *uvillig[e] til at lade intervieweren styre samtalen*" (Fivelsdal 1990: 289). Derfor antager Fivelsdal også, at interviewer ofte kan komme ud for, at interviewpersonen vil have indstuderede svar, som vil være ud fra organisationens interesse. Dette kan medføre, at det kan være svært at føre en improviseret samtale (Fivelsdal 1990: 285). Yderligere kan dette forklares ved, at Fivelsdal mener, at ledere kan have en: "(...) *irritation over for udpræget åbne spørgsmål*" (Fivelsdal 1990: 286). Disse punkter er de centrale problemstillinger, der kan være forbundet med at interviewe ledere, og derfor er det også noget, vi har været opmærksomme på i vores interviews.

Interaktionen mellem interviewer og informanterne er afgørende for den viden, vi opnår. Hermed foregår interviewene gennem menneskelige relationer, og forskellige former for relationer mellem interviewer og informant kan skabe viden om forskellige aspekter af samme sag. Med specialets anvendelse af dybdeinterviews ønskes der at skaffe viden om de forskellige aktørers erfaring med sundhedspolitikkerne (Brinkmann & Tanggaard 2010: 33).

Interviewpersonerne i Skanderborg Kommune og Frederikshavn Kommune er i første omgang udvalgt på baggrund af den såkaldte formålsbestemte strategi, hvorfor de valgte interviewpersoner synes relevante for at kunne besvare problemformuleringen og forskningsspørgsmålene. Jævnfør implementeringsmodellen afsnit 7.3 *Den integrerede implementering model*, er de derfor udvalgt på den baggrund, at de giver størst muligt indblik i vores emne for specialet (Harrits et al. 2010: 161). Dernæst er interviewpersonerne i Frederikshavn Kommune udvalgt ved hjælp af den såkaldte snowball-strategi (Harrits et al. 2010: 163). Den allerede kontaktede politiker, der er formand for sundhedsudvalget, henviste os således til de ledere, som det synes relevante at tale med på baggrund af deres erfaringer med implementeringen af sundhedspolitikken. Interviewpersonerne i Skanderborg Kommune er også udvalgt ved hjælp af snowball-strategien, hvor

sundhedsfremmechefen har ledt os videre til de øvrige informanter. Desuden har vi igennem snowball-strategien haft en kontakt i Styrelsen for Arbejdsmarked og Rekruttering og derigennem fået kontakt med lederne på jobcentrene, der har ledt os videre til lederne af sygedagpengeafdelingen i henholdsvis Frederikshavn Kommune og Skanderborg Kommune.

Alt i alt har disse forskellige valg af interviewpersoner resulteret i 11 interviewpersoner. Disse interviewpersoner fra henholdsvis Frederikshavn Kommune og Skanderborg Kommune er anført i tabel 2 *Oversigt over interviewpersoner*, der både indbefatter stilling, tidspunkt for de gældende interviews samt længden på det enkelte interview.

Tabel 2: Oversigt over interviewpersoner

Informanter	Frederikshavn Kommune	Skanderborg Kommune
Politiker	IP1 , formand for Sundhedsudvalget 27. oktober kl. 16:00 (00:59:19 timer)	IP7 , formand for Kultur- og Sundhedsudvalget 29. november kl. 13:00 (00:55:41 timer)
Sundhedschef	IP2 , sundhedschef 1. november 11:30 (1:02:19 timer)	IP8 , sundhedsfremmechef 3. november kl. 11:30 (1:01:11 timer)
Arbejdsmarkedschef	IP3 , arbejdsmarkedschef 2. november 10:30 (1:16:23 timer)	
Medarbejder i kommunen	IP4 , chefkonsulent i Sundhed og Pleje og IP5 , arbejdsmarkeds-konsulent 27. oktober kl. 10:00 (1:20:12 timer)	IP9 , sundhedskonsulent 3. november kl. 13:00 (00:51:46 timer)
Jobcentret	IP6 , afdelingsleder på jobcentret 27. oktober kl. 13:00 (1:07:22 timer)	IP10 , indsatskonsulent og IP11 , medarbejder i sygedagpengeafdeling 4. november kl. 11:00 (1:21:39 timer)

6.2.3 Interviewguide

Dette afsnit behandler forberedelserne af interviewene med de valgte informanter samt formuleringen af interviewguiden.

Jævnfør bilag 1 og 2 *Interviewguides*, definerer interviewerens indledningsvist en briefing ved at forklare situationen for den enkelte interviewperson. Efter interviewet afsluttes der med en debriefing, jævnfør bilag 1 og 2 *Interviewguides* (Kvale & Brinkmann 2009: 148-149). Vi har

forberedt interviewsituationen med et script i form af en interviewguide, der strukturerer flowet i løbet af interviewet. Jævnfør bilag 1 og 2 *Interviewguides*, indeholder de enkelte interviewguides i venstre kolonne en oversigt over, hvilke forskningsspørgsmål der skal dækkes i forhold til specialets valg af teori med Winters integrerede implementeringsmodel som omdrejningspunkt. Højre kolonne i den enkelte interviewguide i bilag 1 og 2 *Interviewguides*, indeholder specifikt formulerede spørgsmål i rækkefølge, som implementeringsprocessen skrider frem. Alt afhængig af den enkelte interviewsituation, er det vores skøn som interviewer fortløbende at vurdere, hvor tæt intervieweren holder sig til guiden, og endvidere hvor meget denne vil stille opfølgende spørgsmål på den interviewedes udtalelser, jævnfør det semistrukturerede interview (Kvale & Brinkmann 2009: 151).

Vi har valgt at udarbejde en individuel interviewguide til hvert interview, hvilket har resulteret i ni interviewguides grundet, at spørgsmålene er rettet mod de forskellige led i implementeringskæden. Dette medfører, at spørgsmålene også er af vekslende karakter. Grunden til valg af forskellige interviewguides består i, at det samme spørgsmål vil betyde noget forskelligt for de forskellige steder den enkelte interviewperson arbejder. Derfor har vi modificeret spørgsmålene, så de passer til hver enkelt interviewpersons arbejdsområde samt viden (Kvale & Brinkmann 2009: 155).

Der blev under interviewene blandt andet anvendt tavshed som redskab til at fremme det enkelte interview. Denne tavshed i form af en pause tillod, at informanten fik god tid til at reflektere og herefter selv bryde tavsheden med information af betydningsfuld karakter (Kvale & Brinkmann 2009: 156). Intervieweren gjorde endvidere brug af aktiv lytning, til formål at stille opfølgende spørgsmål om det, der syntes relevant for specialets emne (Kvale & Brinkmann 2009: 159), jævnfør det semistrukturerede interview.

6.2.4 Spørgsmålstyper

Der skelnes mellem en række forskellige spørgsmålstyper gennem vores interviews. For eksempel startede hvert interview med en række indledende og åbne spørgsmål for at få åbnet op for samtalen med interviewpersonen. Dette ses blandt andet illustreret, hvor vi i den indledende fase spørger: "(...) *kan du fortælle om, hvordan de gør sig gældende*" (Bilag 1a). Dette narrative spørgsmål har til formål at skabe en let opgave for interviewpersonen fra starten af interviewet. (Harrits et al. 2010: 155). Spørgsmål der bærer præg af at være informationssøgende ses i følgende spørgsmål: "*Hvem satte sundhedspolitikken på dagsordenen*" (Bilag 1a) og (Bilag 2a). Her indfanger vi informationer fra f.eks. politikerne, der formodes at sidde inde med oplysninger til politikformuleringsprocessen. Vi har blandt andet også gjort brug af strukturerende spørgsmål,

jævnfør bilag 4b, hvor der spørges: "Så vil jeg gerne snakke lidt om den her sociale ulighed i sundhed. Hvad er det første, du kommer til at tænke på, når jeg siger social ulighed i sundhed." Hermed skiftes der fra et tema til det næste i form af social ulighed i sundhed.

6.2.5 Analysemetode

For at sikre en ensartethed i transskriberingen af de 9 interviews er der nedskrevet fælles retningslinjer for transskriberingen jævnfør bilag 3 *Transskriptionsguide*. Hvert interview er fuldt transskriberet og vedlagt i bilagene, der medfølger på CD.

Analysematerialet har først og fremmest bestået af dybdeinterviews med udvalgte interviewpersoner, hvor problemformuleringen angiver de relevante kriterier for interviewspørgsmålene samt vurderingen af svarene. Idet analysen tager udgangspunkt i teoretiske begreber, er der tale om en deduktiv strategi. Herved forstås, at de på forhånd opstillede teoretiske forventninger undersøges. Tillige er en analyseteknik i denne strategi, at vi har gjort brug af lukket kodning, hvormed vi har opstillet nogle klare koder inden kodningsprocessen startede. Desuden har vi været opmærksomme på, at den indsamlede empiri kan generere andre koder undervejs. Kode-listen beror på en teoribaseret kodning ud fra vores valg af teori, jævnfør afsnit 7 *Teoretisk ramme*, inden interviewene blev foretaget samt en databaseret kodning, hvor kodebegreberne er frembragt gennem den indsamlede empiri efter interviewene fandt sted. På den baggrund ser startkodelisterne ud som følgende:

Tabel 3: Startkodeliste baseret på teori

- Top-down og bottom-up
- Socioøkonomiske omgivelser
- Politikformulering og politikdesign
- Organisatorisk og interorganisatorisk adfærd
 - Silotænkning
- Ledelsesadfærd
- Markarbejderadfærd
- Målgruppeadfærd
- Præstationer og effekter
- Feedback
- Beslutningsprocesser

Tabel 4: Startkodeliste baseret på data

- Social ulighed i sundhed
- Sundhedstilbud
- Kommunens opgaver
- Lovgivning

6.2.6 Meningskodning

Kodning indebærer i dette speciale, at der bliver knyttet et nøgleord til et tekstafsnit i interviewpersonernes udtalelse i form af *muligheder* og *barrierer* i implementeringsprocessen af henholdsvis Frederikshavn Kommunes og Skanderborg Kommunes sundhedspolitik. Der anvendes i nærværende speciale blandt andet begrebsstyret kodning, hvorfor der anvendes koder, som vi i forvejen har udviklet som tidligere nævnt (Kvale & Brinkmann 2011: 223-224). Koder er den korte tekst, som definerer den handling, der beskrives af de udvalgte interviewpersoner (Kvale & Brinkmann 2011: 224). Alt i alt kan det siges, at kodning er en form for kvalitativ indholdsanalyse, hvorfor der fokuseres på tekstens indhold (Jakobsen & Harrits 2010: 185).

Kodningsprocessen er en essentiel del af specialets analytiske arbejde, i og med specialets konklusioner beror på denne forudgående kodningsproces (Kristiansen 2010: 457). Vi har anvendt analyseprogrammet NVivo i vores undersøgelse til analyse af vores indsamlede empiri. Kodningsprocessen er forsøgt tydeliggjort, hvorved andre kan kigge os efter i kortene.

6.2.7 Meningskondensering

Den ovenfor beskrevne kodning er første skridt i analysen. Det næste skridt er at drage sammenligninger mellem de to udvalgte kommuner samt interviewpersonerne med henblik på at finde ligheder og forskelle og at indsamle konklusioner ud fra kodningen.

Der foretages meningskondensering af det indsamlede interviewmateriale i dette speciale, hvorfor der foretages en mere fokuseret kodning, hvilket fører til mætning af den indsamlede empiri. Herved forstås, at de meninger, som interviewpersonerne udtrykker, får tildelt en kortere formulering (Kvale & Brinkmann 2011: 224 og 227). Dette kommer til udtryk i displayene i analysen, hvor interviewpersonernes mening er kondenseret på baggrund af parametrene *muligheder* og *barrierer* og de forskellige *aktører*. Meningskondenseringen indebærer hermed, at tekstpassager fra interviewene er sammenfattet til relevante pointer, hvormed de 11 interviewpersoners udtalelser struktureres ned i de gældende udsagn i displayene, der anvendes i fortolkningen og analysen (Kvale & Brinkmann 2011: 227-228). Displayene er udarbejdet i forhold til de relevante implementeringsaktører, jævnfør afsnit 7.3 *Den integrerede implementeringsmodel*.

Displayene er udarbejdet ud fra to regler, der er autencitetsreglen samt transparensreglen. Førstnævnte angiver data i dens autentiske form, hvormed data benyttes i dens oprindelige form. Transparensreglen angiver, at der skal være gennemskuelighed i displayet (Dahler-Larsen 2010: 195-199). Displayene bygger bro mellem de teoretiske konstruktioner og den indsamlede empiri (Dahler-Larsen 2010: 206).

6.3 Validitet

Validitet henviser til gyldigheden af et givent udsagn, og tillige om interviewundersøgelsen undersøger det, den foregiver at undersøge (Kvale & Brinkmann 2011: 122 og 353) og (Kvale & Brinkmann 2009: 272). Herved forstås, i hvilket omfang vores indsamlede empiri og observationer heraf afspejler de fænomener, vi er interesserede i at finde svar på (Kvale & Brinkmann 2011: 272). Der findes flere forskellige former for validitet. Her er målingsvaliditet et udtryk for, hvorvidt der er overensstemmelse mellem den teoretiske og den operationelle definition. Denne kaldes også ofte for definitions-mæssig validitet og henviser til foranstående om, hvorvidt man måler det, man vil måle (Andersen 2010: 100). For at sikre en høj målingsvaliditet er der angivet præcise definitioner, hvor der er sammenhæng mellem, at koderne henholdsvis er præcise mål for det teoretiske begreb samt at det knyttes præcist til det konkrete tekststykke (Jakobsen & Harrits 2010: 182).

Intern validitet vedrører hovedsageligt den faktor, der angår gyldigheden af en kausalslutning. Herved forstås, hvorledes en uafhængig variabel påvirker den afhængige variabel, og hvorvidt vi kan være sikre på, at det ikke er andre faktorer, der er årsag til variationerne i den afhængige variabel (Andersen 2010: 103). Med den interne validitet forstås, hvorvidt der findes en sammenhæng mellem interviewene og specialets analyseresultater.

Ekstern validitet omhandler, hvorvidt kausalsammenhængen mellem de to begreber kan generaliseres til en bredere kontekst. Der kan i denne forbindelse stilles spørgsmålstejn ved, om sammenhængen mellem sundhedspolitikken og sundhedsindsatsen på beskæftigelsesområdet og sundhedsområdet kan generaliseres til at gælde i alle kommuner (Andersen 2010: 107). Tillige forstås, hvorvidt det er muligt at gentage nærværende undersøgelse i andre undersøgelser. Den eksterne validitet kan højnes, hvis implementeringen af sundhedspolitikken, med fokus på social ulighed i sundhed, kan bekæmpes på samme vis i andre kommuner.

Økologisk validitet handler om, hvorvidt undersøgelsen kan anvendes på interviewpersonernes hverdag og endvidere kan generaliseres til naturlige situationer. Den økologiske validitet scorer højt i nærværende speciale, idet interviewsituationen foregår på de gældende interviewpersoners arbejdsplads. Dette er medvirkende til at skabe trygge rammer for informanten (Andersen 2010: 106).

6.4 Reliabilitet

Reliabilitet omhandler ensartetheden i målingen, og reliabilitetsproblemer giver tilfældige fejl. Reliabilitet er hermed et udtryk for, hvorledes man ved at gentage målinger kommer frem til



samme resultat, når det samme fænomen undersøges igen (Andersen 2010: 102). Denne reliabilitet er ofte lav ved den kvalitative metode, i og med kvalitative interview er følsom over for tilfældigheder (Jakobsen & Harrits 2010: 185). For at imødekomme en højere reliabilitet er der ved det semistrukturerede interview stillet opfølgende spørgsmål for at undgå tilfældige fejl. Endvidere vil en ensartet transskribering og efterfølgende systematisk og præcis kodning være medvirkende til at højne reliabiliteten (Andersen 2010: 101-102) og (Kvale & Brinkmann 2009: 271) og (Jakobsen & Harrits 2010: 185). Jævnfør ovenstående kodningsstrategi, er koderreliabiliteten sikret, idet vi har veldefinerede koder på forhånd (Jakobsen & Harrits 2010: 182). Undersøgelsen har gjort brug af interkodning, det vil sige, at der er mere end én person til at kode den indsamlede empiri, hvormed bias undgås. Herved bliver den indsamlede empiri sammenlignet og bearbejdet mellem tre personer til formål at højne reliabiliteten. Denne reliabilitetstest resulterer i højere reliabilitet, des større sammenhæng der er i kodningen mellem de forskellige personer, vi er til at kode den indsamlede empiri (Jakobsen & Harrits 2010: 185). Kodningen vurderes hermed at være både valid og udtømmende, hvormed oversete tekstpassager minimeres (Jakobsen & Harrits 2010: 185).

Jævnfør afsnit 6.2.6 *Meningskodning*, indgår kodestrategien for at sikre reliabiliteten. Det vil sige som redskab til, at andre kan gentage undersøgelsen samt til at få en forståelse for kodeprocessen, hvormed disse kan vurdere undersøgelsens resultater (Hansen 2010: 277).

7. Teoretisk ramme

Følgende teoriafsnit tager udgangspunkt i en redegørelse af top-down og bottom-up tilgangene. Dernæst redegøres der for Søren Winters integrerede implementeringsmodel og efterfølgende gennemgås tre udvalgte beslutningsprocesmodeller, der er et input til Winters integrerede implementeringsmodel.

7.1 Top-down perspektivet

Top-down perspektivet er historisk set det første perspektiv inden for implementeringsforskningen, der tager udgangspunkt i en hierarkisk styringsoptik, og som ser ufuldkommen implementering som et styrings- og kontrolproblem. I top-down perspektivet er formålet inden for implementeringsforskningen at forbedre styringen af de næste led i implementeringskæden. Set i forhold til den integrerede implementeringsmodel er de næste led i implementeringskæden, de organisatoriske enheder, markarbejderne samt de berørte borgere (Winter & Nielsen 2008: 22) og (Nielsen 2011: 324) samt (Nielsen 2014: 299).

I en top-down analyse forsøges det at finde frem til, hvor implementeringskæden hopper af. Ved at undersøge hvilke forhindringer der har kunnet stoppe eller afspore implementeringsprocessen, kan det give svar på, hvilke faldgrupper, der bør undgås. Derudover giver svarene mulighed for at imødekomme problemer og optimere styringen, og i sidste ende vil det øge sandsynligheden for målopfyldelse i forbindelse med implementeringen (Winter & Nielsen 2008: 22) og (Nielsen 2011: 324) samt (Nielsen 2014: 299).

Inden for top-down forskningen er det vigtigt at have fokus på klare og entydige mål i forbindelse med en implementeringsproces. Hvis ikke målene, i en implementeringsproces, er klare og entydige, kan det ikke forventes, at implementeringen af en politik bliver en succes. Uden klare og konsistente mål skabes der en barriere i selve udførelsen af implementeringsaktørernes arbejde, da det er besværligt at arbejde efter tvetydige mål (Winter & Nielsen 2008: 42).

7.2 Bottom-up perspektivet

Inden for implementeringsforskningen opstod efterfølgende et nyt perspektiv til at anskue en implementeringsproces, nemlig bottom-up perspektivet. Bottom-up perspektivet kan opdeles i to grene, netop klassisk og moderne bottom-up.

Som beskrevet tidligere så fokuserer top-down perspektivet på målopfyldelse i en implementeringsproces, men med den barriere at markarbejderne havde en anden forståelse af problemet og andre interesser end de politiske beslutningstagere. Det er ud fra den problematik, at *klassisk*

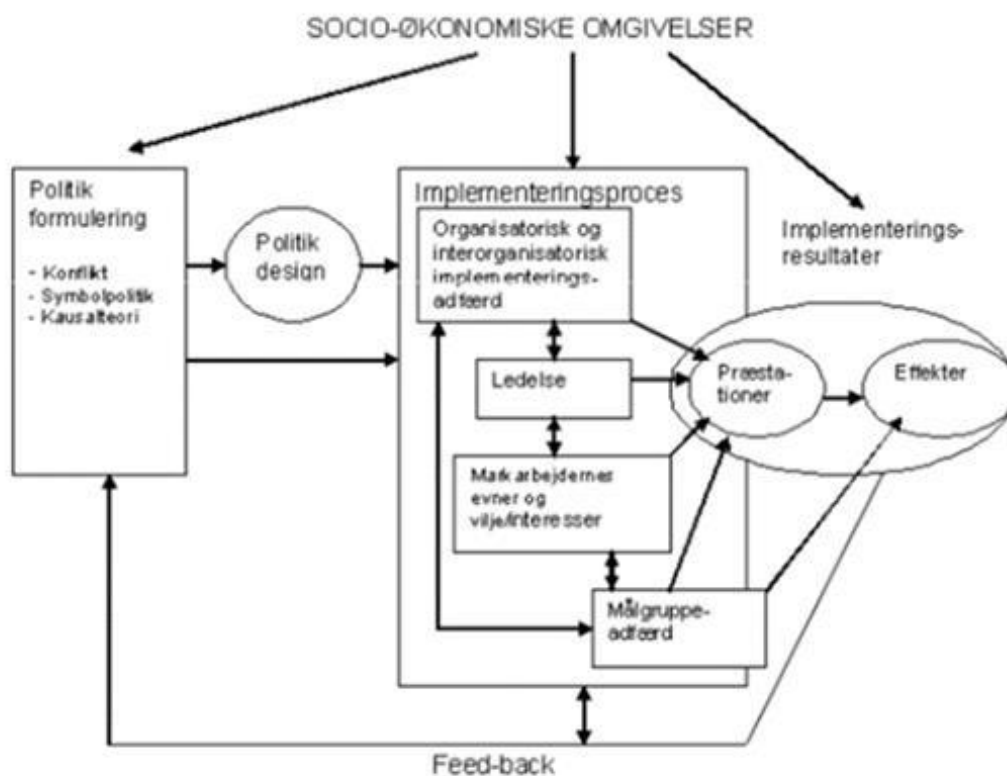
bottom-up har sit udspring. Den grundlæggende tankegang er at komme med løsningsforslag til sociale problemer, der kan opstå ved "fronten" samt at komme med indspark til selve politikformuleringen, og hvordan den bør formuleres. Dette tilstræbes ved at varetage "frontens", herunder borgernes interesser og deres forståelse af problemet. Dermed bliver målet med klassisk *bottom-up* at undersøge, om de problemstillinger, der ses ved "fronten", bliver løst. Derfor bør en succesfuld implementering måles på, om den er med til at løse og afhjælpe de problemstillinger "fronten" oplever fremfor de officielle politiske mål. Dette får den konsekvens, at det kan være svært at udforme på forhånd definerede parametre for succes, da "fronten" ofte har divergerende mål, der ændrer sig løbende. Dette gør også, at implementeringsprocesser og nye politikker på én og samme tid kan være en succes og en fiasko. Disse kan afhjælpe nogle af de problemstillinger markarbejderne oplever, men samtidig ikke have afhjulpet nogle af de problematikker borgerne oplever (Nielsen 2011: 327-328) og (Nielsen 2014: 301-302).

Moderne bottom-up er en videreudvikling af klassisk *bottom-up* og i det moderne perspektiv argumenteres der for, at implementeringsmålene, og dermed også politikforståelsen, forhandles gennem netværk bestående af de involverede aktører, som for eksempel administrative medarbejdere, markarbejdere, borgere og private aktører. Moderne *bottom-up* fokuserer mere på selve processen og interaktionen mellem disse aktører end på resultaterne. Hermed ses konstruktive forhandlinger og beslutninger, der er taget i fællesskab som en succes, hvor imens sammenbrud i denne proces ses som en fiasko. Det er således en ambition at udarbejde en fælles problemforståelse og fælles løsningsforslag til at løse samfundsproblemer (Nielsen 2011: 329-330) og (Nielsen 2014: 301).

7.3 Den integrerede implementeringsmodel

Den integrerede implementeringsmodel består af en række forklarende og dermed uafhængige variable, der forløber som forskellige faser af en implementeringsproces. *Første fase* består af politikformuleringen herunder politikdesign. *Anden fase* som bliver beskrevet som implementeringsprocessen består af organisatorisk og interorganisatorisk implementeringsadfærd, ledelse, markarbejdernes evner og interesser og målgruppeadfærd. *Den tredje* og afsluttende fase omhandler implementeringens resultater, der også fremstår som den afhængige variabel. Denne fase indeholder præstationer i form af output og dels indeholder den effekter af borgernes adfærd i form af outcome (Winter & Nielsen 2008: 18-19). Kausalforholdet mellem de gældende variable er illustreret i figur 2 med pile. Det afgørende spørgsmål for modellen er, hvorfor implementering til tider bliver en succes og andre gange fejler (Winter & Nielsen 2008: 19). Derudover kan de socioøkonomiske omgivelser påvirke alle dele af implementeringen. Nedenfor vil disse variabler blive beskrevet yderligere.

Figur 2: Den integrerede implementeringsmodel (Winter & Nielsen 2008: 18)



7.3.1 Politikformulering og politikdesign

Politikformuleringsprocessen er opstartsfasen, hvor politikken bliver forhandlet og vedtaget. Winter skelner mellem tre forskellige former for politikformuleringer: konflikt, symbolpolitik og kausalteori.

Konflikt som Winter kalder den ene politikformulering betyder, at det som kan være af lav effektivitet fra en aktørs synspunkt, kan for en anden aktørs synspunkt være af høj effektivitet. Dette bevirker, at implementeringens succes bliver målt ud fra de enkelte aktørers interesser (Winter & Nielsen 2008: 35). *Symbolpolitikken* er ofte fremtrædende, når der vedtages tiltag eller lovgivninger med ambitiøse mål. Formålet er at stabilisere samfundsmæssige problemstillinger uden, at det er realistisk, at det kan blive indfriet. Disse politikker er ofte anvendelige, når der er tale om et såkaldt "ondt problem". Altså et problem der berører store dele af befolkningen, og denne har stærke følelser om denne (Winter & Nielsen 2008: 59). *Kausalteorien* omhandler, hvorvidt der er sammenhæng mellem mål og midler i et politikdesign (Winter & Nielsen 2008:41). Disse former for politikformuleringer kan overordnet sættes i sammenhæng med beslutningsmodellerne: *skraldespandsmodellen*, *den inkrementelle model* og *den rationelle beslutningsmodel*, der vil blive redegjort for i afsnit 7.4 *Beslutningsmodeller*.

Politikdesignet er et resultat af politikformuleringen og består af sammenhængen mellem mål og midler. Politikdesignet udgøres af ét eller flere mål, en række redskaber til at nå disse mål, en fastlæggelse af hvilke autoriteter, der skal tage ansvaret for at formidle den politiske beslutning samt en bevilling af ressourcer til de foranstående opgaver. Politikdesignet har en signifikant betydning for implementeringens succes eller fiasko, i og med det kan påvirke såvel implementeringsprocessen, dens præstationer såvel som dens effekt. Ifølge Winter kan implementeringsstridspunkter begrænses, såfremt der er skabt et passende politikdesign, der har en klar politisk målsætning til at skabe kapacitet hos de respektive implementeringsaktører (Winter & Nielsen 2008: 41-42).

7.3.2 Implementeringsprocessen

Ifølge Winter består implementeringsprocessen som nævnt af *organisatorisk og interorganisatorisk implementeringsadfærd*, der indbefatter en række aktører med forskelligartede interesser, som de søger at tage vare på, på baggrund af de ressourcer hver aktør disponerer over (Winter & Nielsen 2008:19). Bardach, som Winter har fået inspiration fra, argumenterer for, at de forskellige involverede aktører også indebærer, at koordinations- og konfliktproblemer kendetegner de fleste implementeringsprocesser, som derved får karakter af et politisk spil (Winter & Nielsen 2008: 75-76). Herved forstås, at politikformuleringens centrale aktørers politiske spil bringes videre ind i implementeringen (Winter & Nielsen 2008: 76). Mange af disse aktører har ifølge Winter ofte divergerende interesser i forbindelse med implementeringen af en given politik. Dette er også noget, der kan påvirke implementeringen i en given retning, både positivt og negativt, da mange politikker ofte involverer flere parter, som på den ene eller anden måde er gensidigt afhængige af hinanden (Winter & Nielsen 2008: 101).

Yderligere påvirkes implementeringsprocessen også af *ledelsen* som, ifølge Winter, har en afgørende betydning for målsætninger, der er organisatorisk fremsat såsom hvorvidt en given politik, når ud til medarbejderne (Winter & Nielsen 2008: 20). Winter tager udgangspunkt i *principal-agent teorien* for at behandle ledelsens gennemslagskraft i forhold til markarbejdernes adfærd (Winter & Nielsen 2008: 148). Principal-agent teorien omhandler, hvilke konsekvenser det medfører, at en aktør delegerer kompetence til en anden. Principalen delegerer kompetencer, hvor imens agenten er den aktør, kompetencen bliver uddelegeret til (Grøn & Hansen 2011: 64). Endvidere påvirkes denne transformation, når mål på organisationsniveau skal omsættes til handling blandt markarbejderne. Denne transformation kan være påvirket af den såkaldte *informationsasymmetri* mellem ledere og frontpersonale (Winter & Nielsen 2008: 20). Informationsasymmetrien vedrører, som navnet tilsiger, at der er asymmetri i informationen mellem

principalen og agenten. De har hermed ikke samme information, hvis principalen ikke har fuld information om agentens præferencer (Grøn & Hansen 2011: 64-65).

I Winters model har *markarbejderne* ligeså vel som ledelsen en selvstændig betydning i forhold til implementeringen (Winter & Nielsen 2008: 20). Markarbejderne har tillige en selvstændig rolle, hvad angår de præstationer, der leveres til borgerne. Da mange af disse markarbejdere har et stort berøringsområde i forhold til borgerne, er de i høj grad med til at føre politikken det sidste skridt ud til borgerne (Winter & Nielsen 2008: 103). Disse markarbejdere har ifølge Michael Lipsky flere fællestræk, som gør, at de netop kan have en særskilt rolle i en implementeringsproces. Han argumenterer for: "*at de dels interagerer direkte med de berørte brugere/borgerne – dvs. målgruppen, dels har et forholdsvis stort skøn i deres daglige beslutninger og i interaktionen med brugere/borgerne*" (Winter & Nielsen 2008: 103-104).

Endelig kan selve *målgruppen og dennes adfærd* spille en rolle i forbindelse med implementeringsprocessen af politikken. Ofte indgår målgruppen i et samspil med markarbejderne, hvilket kan påvirke den offentlige sektors præstationer (Winter & Nielsen 2008: 20). Der kan være en væsentlig forskel på forskellige individers oplevelse af f.eks. sundhedspolitikken som forebyggende tiltag, hvorfor individer kan have forskellige forestillinger om, hvad det sunde liv indebærer (Rønnov & Marckmann 2010: 10).

7.3.3 Implementeringsresultater og feedback

Winter beskriver, at de ovenstående aktører kan vurderes i forhold til de *præstationer*, også kaldet output, de har over for målgruppens og organisationernes adfærd og præstationer i forbindelse med den nye politik. Derudover fokuserer Winter i sidste ende på at forklare, hvilke *effekter* og dermed outcome den vedtagne politik har medført (Winter & Nielsen 2008: 16).

Der kan forekomme en *feedbackproces* gennem implementeringsprocessen og efterfølgende, hvor de indsamlede erfaringer kan danne ramme for, at organisationens praksis bliver ændret, således politikken kan videreudvikles (Winter & Nielsen 2008: 20).

7.3.4 Socioøkonomiske omgivelser

Endeligt bliver implementeringsprocessen, politikformuleringen og implementeringens resultater ofte påvirket af omgivelserne. Disse socioøkonomiske omgivelser er rammebetingelser for implementering, og de vedrører betingelser givet af det omkringliggende samfund. For eksempel er forudsætningerne for at implementere en given politik ikke de samme i kommuner med høj og lav beskæftigelse (Winter & Nielsen 2008: 20). Endvidere har nogle kommuner en lav

arbejdsløshed med mange jobmuligheder for ufaglærte eller høj arbejdsløshed med få jobmuligheder for f.eks. ufaglærte (Winter & Nielsen 2008: 210-211).

Som et supplement til Winters begreb inddrages Dahlgreen og Whiteheads model over socio-økonomiske omgivelser, der yderligere omhandler landbrug og fødevarereproduktion, uddannelse, arbejdsmiljø, levevilkår og arbejdsvilkår, arbejdsløshed, vand og sanitære forhold, sundhedsydelse samt boligforhold (Dahlgren & Whitehead 1991: 11).

Winters integrerede implementeringsmodel skal som nævnt ses som en idealmodel til, hvordan man kan vurdere, hvorvidt en implementering af en politik eller et politisk tiltag har været en succes eller en fiasko. I det følgende afsnit redegøres der for tre forskellige beslutningsprocesser, der hører ind under politikformuleringen.

7.4 Beslutningsprocesser

Dette afsnit inddrager tre udvalgte beslutningsmodeller for bedre at kunne belyse Winters begreb vedrørende politikformuleringsprocessen. Inden for offentlig politik findes der en række forskellige måder, hvorpå det er muligt at forklare beslutningsprocesser. En beslutning kan defineres som et valg mellem forskellige alternativer, hvormed valget indebærer en forpligtelse til handling. Herved forstås, at beslutninger forventes at blive fulgt op med praktiske tiltag og handlinger for hermed at føre disse intentioner, der ligger i valget, ud i livet (Jacobsen & Thorsvik 2008: 268-269). I dette afsnit præsenteres tre forskellige beslutningsprocesser, som vi har valgt at fokusere på. Det gælder Den rationelle model, Den inkrementelle model samt Skraldespandsmodellen.

7.4.1 Den rationelle model

Herbert Simon står bag den første beslutningsprocesmodel *Den rationelle model*. Den rationelle model er baseret på målrettethed, hvor et givent mål fastsættes i begyndelsen af processen. Herfra arbejdes der videre for at finde gældende løsninger (Hague & Harrop 2010: 368). Endvidere efterstræbes det at finde det rationelt bedste alternativ. Herved forstås det bedste alternativ, som er opnået ud fra den faktor, at organiseringen kompenserer for de enkelte medlemmers afgrænsede rationalitet ved i fællesskab at kunne opnå en højere grad af rationel adfærd, end det enkelte individ alene formår. Det bedste alternativ skal hermed ikke forstås ud fra egeninteresser, men f.eks. kan den ansatte medarbejder eller leder gennem samarbejde bearbejde mere information for at træffe beslutninger og rationelle valg. Dette gøres ved, at den enkelte ansatte er påvirket af den organiserede gruppe, som den ansatte er en del af og hermed opnås en høj grad af rationalitet (Jacobsen & Thorsvik 2008: 286). Ved denne model er det usandsynligt at nå

frem til markante ændringer på kort tid. Forandringer foregår på en sådan måde, at man fremsætter et problem først for derefter gennem en langvarig og rationel proces at opnå en løsning (Hague & Harrop 2010: 368). Det skal bemærkes, at Den rationelle model er en idealmodel, men den kan anvendes som en form for rettesnor for, hvordan organisationer normativt bør træffe rationelle beslutninger (Jacobsen & Thorsvik 2008: 287).

7.4.2 Den inkrementelle model

Den inkrementelle model er udviklet af Charles Lindblom som en reaktion mod Den rationelle model. I forhold til Den rationelle model er Den inkrementelle model mere realistisk og deskriptiv. Det der kendetegner Den inkrementelle beslutningsproces er, at der tages udgangspunkt i eksisterende forhold, hvor der forekommer en allerede kendt løsning med ændringer af mindre karakter over lang tid (Jacobsen & Thorsvik 2008: 294). Den inkrementelle tilgang starter med organisationens interesser snarere end med målet. Modsat Den rationelle model, som ikke har plads til, at forskellige aktører er uenige, er brændpunktet i den inkrementelle model, at politik er præget af uenighed, men at aktørerne søger at nå til en fælles enighed. På den ene side tager Den inkrementelle model et skridt ad gangen og undgår på den måde at føre til store fejltagelser (Hague & Harrop 2010: 369-370). På den anden side er en kritik ved Den inkrementelle model netop, at den kan videreføre en række negative processer, hvis et gældende tiltag ikke bliver drøftet men videreføres med få ændringer.

7.4.3 Skraldespandsmodellen

Cohen, March og Olsen har fremsat den såkaldte *Garbage can* teori også kaldet *Skraldespandsmodellen* på dansk (Jacobsen & Thorsvik 2008: 294-295). Ved Skraldespandsmodellen er beslutningsprocessen af irrationel og kaotisk karakter. En væsentlig forskel til Den rationelle model og Den inkrementelle model er, at Skraldespandsmodellen lægger vægt på, at der er en række forskellige problemer samt løsninger, der består af mange aktører, og som har forskellige mål og midler, der ønskes gennemført. Herved forstås, at aktørerne arbejder frem mod at nå deres eget mål (Hague & Harrop 2010: 370). Modellen kan også beskrives i form af fire forskellige former for strømme, der uafhængigt af hinanden flyder gennem organisationen: 1) en strøm af beslutningsmuligheder, 2) en strøm af deltagere, 3) en strøm af problemer og 4) en strøm af løsninger. Set ud fra et rationelt perspektiv, vil man mestendels opfatte en klar sammenhæng mellem strømningerne. Hvorimod Skraldespandsmodellen vil se det, der sker som ustruktureret. For eksempel kan der opstå nogle problemer, som ingen aktører har løsningen på, og som de endvidere ikke er i stand til at placere i et beslutningsforum. Det er ikke nødvendigvis alle aktørerne, der er til stede samtidig, og alle aktører er ikke med i hele processen (Jacobsen & Thorsvik 2008: 295).

8. Operationalisering

Operationaliseringen indebærer en præsentation over opbygningen af analyseafsnittene, og herunder hvordan den integrerede implementeringsmodel er blevet anvendt som ramme for analysen.

Den integrerede implementeringsmodel er blevet valgt som den styrende del af analysen ud fra en betragtning om, at den er "(...) *generel og kan anvendes på de fleste politikområder.*" (Winter & Nielsen 2008: 21). Samtidig er modellen fordelagtig, da den rummer hele implementeringskæden fra politikerne, som udformer politikkerne til borgerne, som i sidste ende er dem, der fremstår som brugere af denne. Den kan derfor med fordel benyttes til at undersøge, hvordan og hvorfor en implementering bliver succesfuld eller ej. Yderligere er modellen fundet relevant for dette speciale, da det beskrives, at "(...) *implementeringens succes afhænger af interesserne hos de aktører, der deltager i implementeringen.*" (Winter & Nielsen 2008: 21). Dette er netop et af specialiets fokusområder, da vi undersøger hele implementeringskæden og dermed undersøger de involveredes interesse og engagement for at få implementeringen af sundhedspolitikken til at blive en succes. Det skal pointeres, at målgruppeadfærden ikke er blevet behandlet ud fra sygedagpengemodtagernes egne synspunkter, idet vi ikke kunne få kontakt med dem.

Vi har valgt at opdele analysen i to dele. Delanalyse 1 behandler den indsamlede empiri i forhold til Winters integrerede implementeringsmodel og vil være struktureret kronologisk. Først analyseres der ud fra begreberne politikformulering og politikdesign. Under disse vil beslutningsprocesserne blive inddraget i første del af den integrerede implementeringsmodel. Denne teori findes relevant at anvende i forhold til denne model, da beslutningsprocesser netop vedrører første fase i en given implementeringsproces. Efterfølgende vil implementeringsprocessen med begreberne organisatorisk og interorganisatorisk implementeringsadfærd, ledelsesadfærd, samarbejderadfærd samt målgruppeadfærd blive behandlet. Slutteligt vil implementeringsresultaterne i forhold til præstationer og effekter blive behandlet efterfulgt af feedback mekanismerne og socioøkonomiske omgivelser.

Delanalyse 2 inddrager en analyserende og diskuterende vinkel, der ligger ud over den integrerede implementeringsmodel. Kodningerne, for *Social ulighed i sundhed, Sundhedstilbud* samt *Kommunens opgaver*, er udtænkt i løbet af idégenereringsprocessen og vil være fundamentet for den anden delanalyse, hvormed andre og flere aspekter fremkommer. Gennem begge delanalyser vil specialiets problemformulering være styrende, hvor det således undersøges, hvilke muligheder og barrierer, der er opstået gennem disse sundhedspolitiske processer, hvor dette er

muligt. For at kunne belyse alle elementer af problemformuleringen er der blevet udarbejdet en række arbejdsspørgsmål, der vil blive uddybet i de følgende afsnit.

8.1 Arbejdsspørgsmål til delanalyse 1

Winters begreb politikformulering og politikdesign besvares sammen med beslutningsmodelerne ud fra arbejdsspørgsmål 1, der lyder:

- 1) *Hvordan er sundhedspolitikken i henholdsvis Frederikshavn Kommune og Skanderborg Kommune blevet udarbejdet?*

Implementeringsprocessen bestående af begreberne organisatorisk og interorganisatorisk implementeringsadfærd, ledelsesadfærd samt markarbejderadfærd vil blive analyseret ud fra arbejdsspørgsmålene 2 og 3. Sidste led i implementeringsprocessen afdækker målgruppeadfærd ud fra arbejdsspørgsmål 3 alene.

- 2) *Hvordan implementerer Frederikshavn Kommune og Skanderborg Kommune deres sundhedspolitikker fra 2013?*
- 3) *Hvilke barrierer og muligheder medfører implementeringen af sundhedspolitikken for borgerne og for kommunen som organisation?*

Det er ikke blevet fundet nødvendigt at udarbejde arbejdsspørgsmål til begreberne implementeringsresultater og feedback mekanisme, og derfor vil disse blive analyseret ud fra problemformuleringen.

8.2 Arbejdsspørgsmål til delanalyse 2

Ud fra koderne *Social ulighed i sundhed* og *Sundhedstilbud*, jævnfør tabel 4 *Startkodeliste*, er arbejdsspørgsmålene 4 og 5 blevet behandlet med det formål at skitsere en række elementer, der ellers ikke ville blive belyst ud fra den integrerede implementeringsmodel. Ud fra koden *Kommunens opgaver* er arbejdsspørgsmål 6 blevet behandlet. Disse arbejdsspørgsmål tager også udgangspunkt i problemformuleringen men vil ikke være teoretisk funderet. Arbejdsspørgsmålene 4, 5 og 6 lyder:

- 4) *Hvilke fordele og ulemper er der for sygedagpengemodtagerne tilknyttet jobcentret, at kommunerne overtager flere sundhedsopgaver?*



- 5) *Hvilke tiltag udarbejdes der for at mindske den sociale ulighed i sundhed i Frederikshavn Kommune og Skanderborg Kommune udover sundhedspolitikken*
- 6) *Hvilken rolle har kommunerne i forbindelse med at reducere den sociale ulighed i sundhed på sundheds- og beskæftigelsesområdet?*

Ovenstående arbejdsspørgsmål er blevet udarbejdet ud fra forskellige koder for at skabe struktur gennem analysen og endvidere for at danne grundlag for besvarelsen af problemformuleringen.

9. Analyse

Delanalyse 1

Specialets analyseafsnit tager udgangspunkt i problemformuleringen og herunder arbejds-spørgsmålene med inddragelse af Winters integrerede implementeringsmodel sammen med den indsamlede empiri. Der vil fortløbende være en komparation mellem Frederikshavn Kommune og Skanderborg Kommune for at belyse forskelle og ligheder.

9.1 Politikformuleringsprocessen

Politikformuleringsprocessen behandler arbejdsspørgsmålet: *Hvordan er sundhedspolitikken i henholdsvis Frederikshavn Kommune og Skanderborg Kommune blevet udarbejdet?* For at kunne besvare dette spørgsmål inddrages elementerne politikformulering og politikdesign fra den integrerede implementeringsmodel samt top-down og bottom-up perspektiverne og beslutningsmodellerne som yderligere teoretisk inspiration. Analysen af de to kommuners politikformuleringsproces vil foregå parallelt.

9.1.1 Politikformulering i Frederikshavn Kommune

Efter Strukturreformen i 2007, hvor kommunerne overtog en del af sundhedsopgaverne fra staten, jævnfør afsnit 1.2 *Kommunernes opgaver efter Strukturreformen*, opstod der et behov for en sundhedspolitik i Frederikshavn Kommune. Den første sundhedspolitik blev vedtaget i 2008 og var gældende frem til 2012 og handlede om, at "(...) Frederikshavn skulle være Nordjyllands sundeste kommune, og den var meget rettet imod den almindelige forebyggelse ude ved borgerne." (Bilag 4a: 1). Allerede i sundhedspolitikken fra 2008 til 2012 var en af værdierne at skabe mere social lighed i sundhed (Frederikshavn Kommune 2008-2012: 7), og denne værdi har Frederikshavn Kommune videreført til sundhedspolitikken 2013-2016. Derfor kan der argumenteres for, at sundhedspolitikken fra 2013-2016 ligger i slipstrømmen af den tidligere sundhedspolitik (Bilag 4a: 2). Denne måde at formulere og beslutte en politik på ligger sig op af den inkrementelle beslutningsmodel, hvor der er taget udgangspunkt i en eksisterende sundhedspolitik. Ved at politikerne i Frederikshavn Kommune bygger videre på den eksisterende sundhedspolitik og bruger den til at udarbejde en ny sundhedspolitik, vurderes det, at kommunen vil forsøge at tage et skridt ad gangen og undgå for store fejl i den næste sundhedspolitik fra 2013-2016.

9.1.2 Politikdesign i Frederikshavn Kommune

Formanden for sundhedsudvalget i Frederikshavn Kommune forklarer, at selve sundhedspolitikken er blevet udformet af "(...) politikere og de interessenter, der er rundt omkring, som f.eks. ældrerådet, handicaprådet, og vi havde også et sundhedsråd på det tidspunkt, som var inde over

det." (Bilag 4a: 3). Sundhedspolitikken er udformet af sundhedsudvalget i Frederikshavn Kommune, og sundhedsudvalget har designet fem rammesætninger i politikken, der har været ude i en bred høring og bred involvering i de andre fagområder i Frederikshavn Kommune (Bilag 4b: 6). Dette bliver bekræftet af en afdelingsleder på jobcentret, som giver udtryk for, at jobcentret bliver involveret i processen om at designe sundhedspolitikken (Bilag 4e: 2). Dog modsiger arbejdsmarkedschefen, IP3, dette ved at give udtryk for, at de i Center for Arbejdsmarked ikke har været med til at præge sundhedspolitikken fra 2013-2016 (Bilag 4c: 6). Der kan hermed stilles spørgsmålstejn ved, hvor bred denne involvering har været under politikformuleringen, idet IP3 siger: *"Nej jeg vil tro, at den sundhedspolitik, der er lavet fra 2013 til 2016, den tror jeg ikke, vi har haft så meget indflydelse på."* (Bilag 4c: 6).

Mål og midler i sundhedspolitikken

Ifølge formanden for sundhedsudvalget, er der blevet afsat nogle midler i de kommunale budgetter til at gennemføre indsatserne i sundhedspolitikken. Disse midler er blevet afsat for, at kommunen kan løse nogle af opgaverne, som sundhedsområdet bliver stillet overfor. Kommunen har valgt at hente midlerne fra andre centre i kommunen (Bilag 4a: 8). Derfor vurderes det, at det giver en bedre mulighed for at opnå de mål, der måtte være opstillet i sundhedspolitikken ved at afsætte midler i politikdesignfasen.

Når der spørges ind til, hvad målet har været i forhold til at implementere en sundhedspolitik, svarer chefkonsulent på sundhedsområdet, IP4, at: *"Det har ikke været italesat."* (Bilag 4d: 20). Ud fra dette citat tyder det på, at der ikke har været formuleret klare mål i politikken. Samme chefkonsulent påpeger også, at: *"Da politikken den var blevet vedtaget, så var det intentionen jo, at den ikke skal gå ned i de små bitte detaljer, men være den overordnede paraply på det her."* (Bilag 4d: 1). Hvis målet med sundhedspolitikken er, at den ikke skal indeholde klare mål, men være en overordnet politik, så vurderer vi, at politikken er godt designet. Dette kommer til udtryk, da flere af lederne og medarbejderne mener, at sundhedspolitikken er meget overordnet, og dermed skal der, ifølge IP6, arbejdes med sundhedspolitikken for at få den ned gennem organisationen (Bilag 4e: 13). IP1 understreger også at: *"(...) sundhedspolitikken er abstrakt, hvorimod delhandleplanerne er konkrete."* (Bilag 4a: 10). I Frederikshavn Kommune er der blevet udarbejdet delhandleplaner for hvert center i kommunen, og disse delhandleplaner er mere konkrete og bygger på sundhedspolitikken, og samtidig bygger delhandleplanerne også på forebyggelsespakkerne fra Sundhedsstyrelsen (Bilag 4b: 8), jævnfør afsnit 5 *Foreliggende forskning*. Her vurderer vi at uden konkrete målsætninger i en politik, bliver det besværligt at igangsætte en implementeringsproces, når sundhedspolitikken er abstrakt designet, uden klare og entydige mål. Set ud fra top-down perspektivet, kan en politik, der er designet uden klare mål, skabe en



barriere i de næste led i implementeringsprocessen, jævnfør 7.1 *Top-down perspektivet*. Selvom der ikke har været opstillet konkrete og klare mål i sundhedspolitikken, er der i stedet designet fem rammesætninger, jævnfør afsnit 3 *Casebeskrivelser*, der har været styrende og har forsimplet politikken (Bilag 4b: 4) og (Bilag 4d: 21). Formanden for sundhedsudvalget påpeger, at der er et økonomisk mål med at sætte social ulighed i sundhed på dagsordenen. Endvidere har et mål været at designe en sundhedspolitik, som kan være med til at skabe mere lighed i sundhed og derigennem minimere nogle af kommunens udgifter til blandt andet sygedagpengemodtagerne (Bilag 4a: 4).

Efter sundhedspolitikken er blevet formuleret og designet, er det byrådet i Frederikshavn Kommune, der vedtager sundhedspolitikken 2013-2016. Når politikken er vedtaget gælder den for hele kommunen, og derfor berører den flere af kommunens aktører (Bilag 4a: 8), som vil blive behandlet i afsnit 7.3.2 *Implementeringsprocessen*.

9.1.3 Politikformulering i Skanderborg Kommune

Ligesom i Frederikshavn Kommune opstod der efter Strukturreformen i 2007 et behov for en sundhedspolitik i Skanderborg Kommune, grundet den kommunale overtagelse af sundhedsopgaverne samt at kommunerne overtog mere ansvar inden for sundhedsområdet (Bilag 5a: 1). Processen med at formulere sundhedspolitikken har, ifølge IP8, der er sundhedsfremmechef i Skanderborg Kommune, taget to år at udarbejde og formulere (Bilag 5b: 1). I Skanderborg Kommune har de et politikformulerende og et politikkontrollerende udvalg, hvor politikerne formulerer og designer politikken, mens det primært er Kultur- og Sundhedsudvalget, der har stået for at formulere og designe sundhedspolitikken. Derefter er det byrådet, der har vedtaget politikken, og efterfølgende er det administrationen og forvaltningen, der har stået for implementeringen af sundhedspolitikken (Bilag 5a: 1).

Da de i Skanderborg Kommune startede med at formulere sundhedspolitikken, tog de udgangspunkt i eksisterende sundhedsundersøgelser fra Region Midt. Ved at tage udgangspunkt i eksisterende forskning, havde Skanderborg Kommune mulighed for at definere deres udfordringer for bedre at kunne målrette indsatsene i den nye sundhedspolitik (Bilag 5a: 4). Ses dette i forhold til de tre beslutningsmodeller, så formodes det, at denne proces også ligger sig op af den inkrementelle model, da Skanderborg Kommune har taget udgangspunkt i eksisterende forskning, jævnfør afsnit 7.4.2 *Den inkrementelle model*. Ud fra det empiriske materiale har det ikke været muligt at opnå et fyldestgørende svar på, hvordan beslutningsprocessen er forløbet. Dette kan skyldes en tidsmæssig barriere, idet vi har interviewet cirka fem år efter beslutningsprocessen forelå.

9.1.4 Politikdesign i Skanderborg Kommune

I sundhedspolitikken er der formuleret nogle visioner, og efterfølgende er der designet seks strategispør, som skal være med til at gøre sundhedspolitikken i Skanderborg Kommune mere konkret (Bilag 5b: 1-2). Sundhedspolitikken er designet med fokus på en forebyggende sundhedsindsats for at forsøge at fremme borgernes livskvalitet samt at forbedre kommunens økonomi i forhold til at minimere udgifterne til indlæggelser af borgere på sygehusene (Bilag 5a: 1).

Mål og midler i Sundhedspolitikken

Sundhedspolitikken er designet til at være overordnet, og ud fra sundhedspolitikken er der udarbejdet sundhedsplaner. I disse sundhedsplaner bliver der lagt budget efter, om der skal laves nogle forandringer i form af nye tiltag. Derfor er det muligt at afsætte penge til tiltagene ud fra sundhedsplanerne (Bilag 5a: 7). Her vurderes det, at det giver en bedre mulighed for at opnå de mål, der er opstillet i sundhedspolitikken ved at afsætte nogle midler hertil.

Modsat Frederikshavn Kommune har Skanderborg Kommune formuleret et konkret mål under strategisporet social ulighed i sundhed fra sundhedspolitikken 2013, hvilket ses ud fra nedenstående citat:

"Målet fordrer i særlig grad, at andre fagområder end det specifikke sundhedsfaglige kommer i spil. Der bør skabes større indsigt i den høje grad af sammenfald med øvrige politiske mål. Uddannelse er eksempelvis helt afgørende for at kunne skabe større lighed i sundhed."

(Skanderborg Kommune 2013: 4)

Der er altså fra politisk side formuleret et mål om at skabe mere sammenhæng mellem de forskellige fagområder i kommunen for at kunne reducere den sociale ulighed i sundhed. Set ud fra top-down perspektivet er det vigtig at have klare mål i sundhedspolitikken, for at implementeringen bliver en succes. Ved at opsætte et klart mål kan det være med til at styre implementeringsprocessen.

Det har ikke været muligt at undersøge, hvor mange midler, i form af penge eller ressourcer, der har været afsat til sundhedspolitikken. Derfor kan det være problematisk at give et svar på, hvorvidt der er en sammenhæng og overensstemmelse mellem det mål om, at flere fagområder skal ind over sundhedsopgaverne, og de midler, der er afsat til det i sundhedsplanerne.

9.1.5 Delkonklusion

Ovenstående analyseafsnit har givet svar på arbejdsspørgsmålet: *Hvordan er sundhedspolitikken i henholdsvis Frederikshavn Kommune og Skanderborg Kommune blevet udarbejdet?* Set ud fra

top-down perspektivet er det sundhedsudvalget og byrådet, der har udarbejdet og designet politikken i begge kommuner. Sundhedspolitikken i Frederikshavn Kommune er blevet formuleret og udarbejdet i fem rammesætninger. Disse rammesætninger udspringer af kommunens forrige sundhedspolitik. Da byrådet har valgt at tage udgangspunkt i den forrige sundhedspolitik, ligger denne beslutningsproces sig op af den inkrementelle beslutningsmodel. Det har ifølge sundhedsfremmechefen taget to år at formulere og designe sundhedspolitikken i Skanderborg Kommune. Ligesom i Frederikshavn Kommune er Skanderborg Kommunes sundhedspolitik også designet i nogle overordnede visioner samt seks strategispor, hvilke er formuleret ud fra undersøgelser fra Region Midt. Skanderborg Kommune har også gjort brug af den inkrementelle model i beslutningsprocessen. Dog pointeres det, at den lange tidshorisont er en barriere for at vurdere beslutningsprocessen ud fra beslutningsmodellerne.

9.2 Implementeringsprocessen

De kommende analyseafsnit vil omhandle den anden del af Søren Winters integrerede implementeringsmodel. Dermed vil det blive belyst, hvordan begreberne *organisatorisk og interorganisatorisk implementeringsadfærd*, *ledelsesadfærd*, *markarbejderadfærd* og *målgruppeadfærd*, spiller en rolle i forbindelse med implementeringsprocesserne i Frederikshavn Kommune og Skanderborg Kommune. Her vil arbejdsspørgsmålene 2, 3 og 4 blive behandlet, jævnfør afsnit 8 *Operationalisering*. Det vil være informanternes svar fra Frederikshavn Kommune og Skanderborg Kommune, der vil danne grundlaget for, hvordan disse dele af implementeringen af sundhedspolitikkerne er forløbet. Løbende vil der foregå en komparation mellem disse kommuner.

9.2.1 Organisatorisk implementeringsadfærd

Implementeringsresultaterne kan for det første blive påvirket af organisatorisk og interorganisatorisk implementeringsadfærd. Dette analyseafsnit vil tage udgangspunkt i disse begreber, som er de første faktorer, der kan spille en rolle i implementeringsprocessen, jævnfør afsnit 7.3.2 *Implementeringsprocessen*. Derudover vil analyseafsnittet behandle arbejdsspørgsmålene: *Hvordan implementerer Frederikshavn Kommune og Skanderborg Kommune deres sundhedspolitikker fra 2013? samt Hvilke barrierer og muligheder medfører implementeringen af sundhedspolitikken for borgerne og for kommunen som organisation?*

Organisatorisk implementeringsstrategi

Indeværende afsnit vil omhandle, hvilken strategi henholdsvis Frederikshavn Kommune og Skanderborg Kommune har benyttet i forbindelse med den organisatoriske implementering. IP1 forklarer i interviewet, at den eneste måde, hvorpå en sådan sundhedspolitik kan implementeres i en så stor organisation som Frederikshavn Kommune, er gennem en decentral implemente-

ringsproces, hvor ansvaret for implementeringen i de andre centre bliver nødt til at være hos centret selv. IP1 mener ikke, at sundhedsområdet kan stå med ansvaret alene (Bilag 4a: 9). Dette bliver i høj grad bekræftet af arbejdsmarkedschef, IP3, som forklarer, at de selv har udtænkt hvilke fokuspunkter fra sundhedspolitikken, de kan bruge på arbejdsmarkedsområdet. I den forbindelse har de valgt at sætte fokus på ulighed i sundhed og den kompetente borger (Bilag 4c: 6-7). Der kan også argumenteres for, at denne decentrale implementeringsproces kan blive en barriere for implementeringen, da det netop er de enkelte centre, der selv står for udarbejdelsen af delhandleplanerne. Problematikken kan opstå ved, at centrene ikke ønsker at have noget med sundhedsområdet at gøre, og dermed ikke tager sundhedspolitikken til sig. Arbejdsmarkedschefen, IP3, forklarer blandt andet at: *"Mit fokus det skal være på beskæftigelsesområdet, sundhedsområdets fokus skal være sundhedspolitikken."* (Bilag 4c: 11). Tillige er en barriere i Frederikshavn Kommune, ifølge IP3, at sundhedspolitik og beskæftigelsespolitik er to forskellige områder. Dette ses, hvor IP3 siger: *"Sundhedspolitik er ikke beskæftigelsespolitik, og beskæftigelsespolitik er ikke sundhedspolitik."* (Bilag 4c: 6). Hermed kan implementeringskæden hoppe af på beskæftigelsesområdet, hvis ikke de to områder kan tænkes sammen. Dette er dog modstridende med, at IP3 tidligere forklarede, at de havde været med til at udvælge deres egne fokuspunkter. Dette forklarer IP3 i interviewet med, at arbejdsmarkedsområdet primært samarbejder med andre forvaltninger, hvis de selv kan profitere af dette samarbejde (Bilag 4c: 11). Sundhedschef, IP2, tager også barrieren op i forhold til, at det til tider kan være svært at se, hvad meningen er med, at andre centre skal have en sundhedsdagsorden. Dette skyldes, at det ikke er noget, der tidligere har været en del af deres fokusområder (Bilag 4b: 17). Heroverfor kan der argumenteres for, at sammensætningen af forvaltningen Beskæftigelse og Sundhed i Skanderborg Kommune medfører en mulighed for implementeringen af sundhedspolitikken, da de netop her har tænkt de to områder sammen i én forvaltning (Skandeborg.dk).

Ovenstående kan antyde, at selvom Frederikshavn Kommunes centre gerne vil anvende sundhedspolitikken, så er det med det in mente, at sundhedspolitikken skal give mening på hvert forvaltningsområde. Selvom det kan antages at være en barriere, at der har været en decentral implementeringsproces, kan der også argumenteres for, at netop denne form for proces har medført, at en mulighed for implementeringen. Dette ses ud fra, at de relevante implementeringsaktører netop i højere grad må have overblik over, hvad der er relevant for deres eget område. Dermed kan disse områder udvælge præcis det, som giver mening for dem i forhold til sundhedsopgaven.

I Skanderborg Kommune har de også valgt en implementeringsstrategi, hvor der er blevet udarbejdet en sundhedspolitik. Efterfølgende er denne blevet implementeret i de enkelte forvaltning

ger. Sundhedsfremmechefen forklarer i interviewet at: "(...) *alle forvaltningsområder er ansvarlige for at implementere politikken.*" (Bilag 5b: 5). Med dette forklarer IP8, at Skanderborg Kommune har valgt en implementeringsstrategi, hvor det ligesom i Frederikshavn Kommune er de enkelte forvaltninger, der har det daglige ansvar for at implementere den udarbejdede sundhedspolitik.

En yderligere barriere i denne organisatoriske implementeringsproces er illustreret i følgende citat, hvor IP3 forklarer:

"(...) den måde, hvorpå den er blevet omsat til praksis er nok. Der er et enormt spænd fra et politisk niveau, som sidder og taler om politik og politiske visioner. Politikere, de tænker jo på politik og politiske visioner og måske på at blive genvalgt. Det skal så igennem et udvalgssystem, et ledelsessystem og ned på et medarbejderniveau." (Bilag 4c: 17)

Ovenstående citat er IP3s svar på, hvorvidt politikken løbende er blevet justeret. Dette kan indikere, at kommunikationen fra politisk niveau og ned til medarbejderniveau kan være en barriere, da denne kommunikationsvej er lang og til tider udfordrende. Som nævnt kan der hermed være nogle aktører, som ikke ønsker at have noget med sundhedspolitikken at gøre. Antageligvis kan dette i sidste ende resultere i, at implementeringskæden har mange steder, hvor den kan hoppe af. Denne problematik ses ikke fra det politiske niveau, hvor IP1 forklarer følgende:

"Så jeg tror, at det har været vigtigt, at vi har været tydelige i vores kommunikation i forhold til at kommunikere de målsætninger, der er. Vi har fået committed vores chefer og medarbejdere via den proces, der er sket på, at det er en rigtig god ide at arbejde med de her ting, og den her politik er rent faktisk blevet brugt som en fælles retning, vi er gået efter." (Bilag 4a: 8)

Dette citat indikerer, at der fra politisk side ses en mulighed i, at kommunikationen fra politikerne og videre gennem implementeringskæden skal fungere optimalt, hvilket dog ikke altid er tilfældet, som IP3 nævner ovenfor. At kommunikationen skal fungere optimalt er dog ikke en overraskelse, da god og rettidig kommunikation altid må være at foretrække.

Sundhedsstrategisk tænketank

Et andet element der er relevant i forbindelse med den organisatoriske implementeringsadfærd i Frederikshavn Kommune er oprettelsen af en sundhedsstrategisk tænketank. Meningen med denne tænketank er, ifølge IP1, at det skulle sikre, at der blev skabt en sammenhæng mellem de forskellige relevante sektorer i forbindelse med implementeringen af sundhedspolitikken (Bilag 4a: 6). Hvis man sammenholder politiker IP1s forklaring med sundhedskonsulenten, IP4, der i

interviewet nævner, at chefgruppen udarbejdede den sundhedsstrategiske tænketank, skabes der yderligere en mulighed og en fordel, hvad angår, at både IP4 og IP5 har siddet med i denne tænketank (Bilag 4d: 2). Hermed kan der argumenteres for, at sundhedspolitikken også vil blive implementeret bedre ud til de gældende aktører, hvormed der opnås en nærhed, når ledelsen er tæt på der, hvor medarbejderne og borgerne er. IP1 forklarer endvidere, at det var "(...) *lederen af Center for Arbejdsmarked, som stod i spidsen for den proces og ikke lederen ovre på sundhedsområdet.*" (Bilag 4a: 6). IP4 forklarer også, at det var vigtigt at have denne tænketank, da det var med til at give de forskellige chefer ejerskab for sundhedspolitikken. IP4 forklarer samtidig i interviewet, at det var meningen, at aktørerne skulle være med i tænketanken i en toårig periode for så at blive skiftet ud løbende, således alle fik indsigt i politikken (Bilag 4d: 2). Udover funktionen med at skulle skabe sammenhæng mellem de forskellige centre, forklarer IP4 også, at den sundhedsstrategiske tænketank havde til formål at lave arrangementer for alle centre i forbindelse med implementeringen af sundhedspolitikken (Bilag 4d: 2). Sådanne samarbejdsgrupper må antages at have en god funktion, da de kan være med til at etablere et samarbejde mellem aktører, som ikke nødvendigvis er samarbejdspartnere til daglig. Netop dette argumenterer IP4 for, da samarbejdet mellem især arbejdsmarkedsområdet og sundhedsområdet er blevet forstærket gennem denne tænketank (Bilag 4d: 4). IP4 forklarer videre, at tænketanken efter et par år blev lukket ned, da det var problematisk at komme igennem til alle aktører på den måde. Efterfølgende er det centercheferne der har det overordnede ansvar i forhold til implementeringen (Bilag 4d: 4), jævnfør afsnittet *Organisatorisk implementeringsstrategi*. På den ene side kan dette være problematisk, da ikke alle de relevante personer nåede at være en del af det, og derfor måske ikke fik det samme ejerskab, som andre fik. Der kan på den anden side også argumenteres for, at ikke alle har brug for at have et ejerskab til sundhedspolitikken, da alle centre ikke har det samme fokus på sundhed som især sundheds- og arbejdsmarkedsområdet.

Samarbejdet mellem forvaltningerne

Sundhedsområdet og arbejdsmarkedsområdet i Frederikshavn har øjensynligt fået etableret et endnu bedre samarbejde gennem sundhedspolitikken implementeringsproces. Formanden for sundhedsudvalget forklarer i interviewet at:

"Det er ikke sådan, at de aldrig har tænkt sundhed, det har de også gjort før den her sundhedspolitik, det er klart. Det er jo en naturlig del af den værktøjskasse, som de har og arbejde med."

(Bilag 4a: 14)

IP1 forklarer videre, at sundhedspolitikken skal være med til at flytte overliggeren, således samarbejdet mellem områderne i fremtiden bliver endnu bedre, og der dermed kan skabes nogle



synergier mellem områderne. IP1 forklarer endvidere, at det er for dyrt for kommunen at have forskellige parallelindsatser på områderne (Bilag 4a: 14). Derfor kan der argumenteres for, at samarbejdet mellem netop sundhedsområdet og beskæftigelsesområdet er et vigtigt element i bestræbelserne på at reducere den sociale ulighed i sundhed, da disse områder har en afgørende betydning herfor. IP5 forklarer også, at samarbejdet gennem implementeringsprocessen er blevet bedre. Blandt andet har der været afholdt temadage, som netop har omhandlet, hvordan samarbejdet mellem sundhedsområdet og beskæftigelsesområdet kan blive mere effektivt, således kommunen kan spare penge ved at få flere borgere bedre gennem systemet (Bilag 4d: 4). Netop dette forklarer IP2 ved, at samarbejdet mellem arbejdsmarkedsområdet og sundhedsområdet yderligere giver den mulighed, at sundhedspolitikken skal være med til at skabe bedre sundhed hos borgerne. Det er dermed både godt for kommunens borgere men også for kommunens økonomi, da flere sunde borgere er med til at nedbringe udgifterne til sundhed, som dermed i stedet kan bruges til en forebyggende indsats (bilag 4b: 5). Sundhedschef, IP2, fortæller dermed, at samarbejdet på tværs har været givtigt for både sundhedsområdet og arbejdsmarkedsområdet.

En lignende tendens gør sig gældende i Skanderborg Kommune, hvor IP8 forklarer, at de arbejder med en såkaldt isbjergmodel. Hvor det, der ligger over overfladen, er den kommunale medfinansiering, og alt det, der ligger under overfladen, er tabte skatteindtægter og kommunale udgifter, der følger med, når borgerne er syge. IP8 forklarer yderligere, at de med denne grundidé er interesseret i at lave en investeringsmodel, hvor kommunen kan investere i at gøre noget for at mindske den sociale ulighed i sundhed (Bilag 5b: 4). Dermed anser både Skanderborg Kommune og Frederikshavn Kommune det som en mulighed at reducere kommunens udgifter ved at samarbejde omkring borgernes sundhed. Dette antages at være medvirkende til at mindske den sociale ulighed i sundhed på sigt, da borgerne forhåbentlig bliver sundere, og dermed får flere år på arbejdsmarkedet.

En af måderne hvorpå samarbejdet udspiller sig, i Frederikshavn Kommune er f.eks. gennem en rotationsordning, hvor centercheferne skal arbejde med en sundhedsdagsorden. IP2 argumenterer i interviewet for, at det har givet en mulighed for arbejdsmarkedet og for sygedagpenge-modtagerne, at der bliver lavet en fælles indsats for at få borgere på sygedagpenge tilbage på arbejdsmarkedet (Bilag 4b: 5). IP2 forklarer også dette synspunkt således:

"Det er det der med at se ind. At se hinanden som hinandens forudsætninger. [...] Det der har givet os den største øjenåbner, det er det der med, at vi skal gøre det her sammen." (Bilag 4b: 17)

Med dette citat forklarer IP2 om vigtigheden af at have et godt samarbejde med de relevante parter i en implementeringsproces, hvilket i dette tilfælde virker til at have lettet denne del af implementeringsprocessen. IP3 underbygger yderligere dette med nedenstående citat, der forklarer, hvorfor de på arbejdsmarkedsområdet er gået aktivt ind som medspiller i implementeringen af sundhedspolitikken:

”Når vi er gået aktivt ind i sundhedspolitikken, og vi gerne vil være med til det, så er det, fordi vi tror, at vi ved at kombinere politikområderne gensidigt kan være med til at understøtte de målsætninger, der henholdsvis er ovre på sundhedsområdet, og de politikker, der er ovre på beskæftigelsesområdet. Logikken er den, at vi godt kan løse vores opgaver hver for sig, men vi får i virkeligheden løst vores opgaver bedre, når vi arbejder sammen på tværs. Vi får lavet nogle bedre og mere holdbare løsninger, når vi gensidigt understøtter hinanden.” (Bilag 4b: 10-11)

Dette citat er også med til at understrege vigtigheden af samspillet mellem arbejdsmarkeds- og sundhedsområdet gennem implementeringsprocessen. Formanden for sundhedsudvalget, IP1, forklarer endvidere, at sundhedspolitikken kan være medvirkende til at sætte andre områders kerneopgaver ind i et nyt perspektiv og dermed tage et sundhedsperspektiv ind, hvor dette giver mening (Bilag 4a: 12-13). Samtidig kan det også være med til at forklare, at sundhedspolitikken i Frederikshavn Kommune er vigtig på flere områder internt i kommunen. IP1 forklarer dog, at det kan være en barriere i den organisatoriske implementeringsproces at få skabt et engagement og et ejerskab til politikken ude i de forvaltninger, hvor sundhedspolitikken ikke er møntet mod. Dette kan f.eks. være ved Center for Park og Vej, som ikke nødvendigvis tænker sundhed ind som en del af deres kerneopgaver. IP1 forklarer også, at det er naturligt, at engagementet for en sundhedspolitik altid vil være størst på sundhedsområdet (Bilag 4a: 9 & 11). Den samme barriere kan siges at være gældende i Skanderborg Kommune, hvor IP9 argumenterer for, at jo længere sundhedspolitikken bevæger sig væk fra dens naturlige position, jo mindre naturligt bliver det at tænke sundhed ind i disse rammer. Yderligere argumenterer IP9 også for, at politikken derfor skal gøres meningsfuld ude i andre forvaltninger, og det er der, hvor der kan opstå en barriere (Bilag 5c: 12).

En del af den organisatoriske implementeringsproces i Skanderborg Kommune handler ligesom i Frederikshavn Kommune om at skabe mere sammenhæng i organisationen. IP8 forklarer:

”(...) så er der sådan noget mere organisatorisk, hvordan får vi skabt sammenhæng på tværs. Når jobcentret møder borgere typisk i forbindelse med en sygedagpengesag, hvordan får vi så skabt henvisning over i sundhedsafdelingen. Og det kan lyde, når man står udefra, det kan lyde enormt

banalt, men det er det bare ikke, fordi der er rigtig mange regler og alt muligt andet, som man skal have til og spille sammen.” (Bilag 5b: 5)

En af måderne hvorpå man i Skanderborg Kommune arbejder med at skabe disse sammenhænge mellem forvaltningerne er, hvor de ønsker:

”(…) at få skabt fælles viden om, hvad er det for nogle udfordringer, vi står overfor, få skabt nogle fælles mål for hvilken retning er det, vi vil arbejde hen i og så få lavet det relationelle, altså få bygget bånd mellem de konkrete medarbejdere.” (Bilag 5b: 14)

IP8 forklarer dog også, at dette kan være problematisk, da der kan være mange dagsordener i spil i en stor organisation som Skanderborg Kommune (Bilag 5b: 14). Derfor kan det samarbejde både anses som en mulighed og en barriere for kommunerne. Samtidig er beskæftigelsesområdet regelstyret, hvor imens sundhedsområdet baserer sig mere på frivillighed. Med sidstnævnte menes, at kommunerne ikke kan bestemme over borgernes sundhed. Der kan derfor opstå koordinations- og konfliktproblemer, jævnfør afsnit 7.3.2 *Implementeringsprocessen*, hvis samarbejdet konflikter med disse lovgivninger på beskæftigelsesområdet. Dette er også gældende for Frederikshavns Kommune, da organisationerne i høj grad er underlagt mange af de samme regler og dagsordener (Bilag 4d: 9).

Selvom samarbejdet mellem forvaltningerne øjensynligt har fungeret godt i forbindelse med den organisatoriske implementeringsadfærd, mener formanden for sundhedsudvalget i Frederikshavn Kommune alligevel, at der er en barriere ved samarbejdet. Dette gør sig gældende i den forstand, at der kan opstå overlap af opgaver andre steder i deres organisation. Samtidig understreger IP1, at beskæftigelsesområdet er noget, der altid har været i kommunernes regi, hvor sundhedsområdet er relativt nyt. Derfor kan der stadig være uudnyttede potentialer for samarbejdet (Bilag 4a: 12). Med dette indikerer IP1, at samarbejdet mellem områderne i højere grad i fremtiden skal være fremherskende og på den måde blive endnu stærkere.

Silotænkning

Et andet element som kan være en medvirkende årsag til, hvorvidt implementeringen af sundhedspolitikken bliver succesfuld eller ej er, hvorledes kommunerne formår at samarbejde fremfor at tænke i deres egen opgaveramme i forvaltningen. Sidstnævnte vil efterfølgende blive betegnet som silotænkning, hvormed menes, at forvaltningerne udelukkende arbejder med deres egne kerneopgaver. Det er blevet understreget, at samarbejdet mellem forvaltningerne i kommunerne efterhånden er blevet en essentiel del af kommunernes opgaveløsning. Dette er både

tilfældet, da kommunernes økonomi er blevet mindsket, og samtidig har det en stor betydning for kampen mod social ulighed i sundhed. Dette skyldes, at sundhed rækker ind over flere områder i det kommunale system end bare sundhedsvæsenet, jævnfør afsnittet *Sundhedspolitikken gælder flere steder end sundhedsområdet*.

Der ses en overvejende positiv tendens i informanternes svar vedrørende deres samarbejde mellem især sundhedsområdet og arbejdsmarkedsområdet, jævnfør tidligere afsnit. Der kan dog stilles spørgsmålstegn ved, hvorvidt dette stemmer helt overens med deres svar i forbindelse med spørgsmålene vedrørende silotænkningen i interviewene. Der kan argumenteres for, at de undersøgte kommuner er på rette vej, da begge kommuners administration er blevet centraliseret således, at store dele af administrationen er blevet flyttet ind i de samme bygninger hvilket udgør en mulighed. Dette gør øjensynligt den menneskelige kontakt og dermed også samarbejdet lettere. IP3 forklarer, således dette perspektiv på følgende måde:

"Vi er en kommune, der har den størrelse, at det er nemt at sætte gang i en forbedringsproces. Fordi de personer der skal være med til at generere en forbedringsproces, de sidder allesammen i det her hus, så det er nemt at komme til. Så vi taler sammen temmelig tit, og der er nogen af opgaver[ne], som vi kun kan løse, når vi arbejder på tværs." (Bilag 4c:17)

Med dette forklarer IP3, at de i Frederikshavn Kommune forsøger at lave et bedre samarbejde, og på den måde bliver det bedre for borgeren i sidste ende, der ikke nødvendigvis behøver at gå flere steder hen i kommunen. Det samme er sket i Skanderborg Kommune, hvor administrationen er flyttet ind i den samme bygning (Bilag 5d: 33).

IP3 understreger yderligere, at Frederikshavn Kommune er klar over den udfordring, der ligger i forbindelse med silotænkningen. Arbejdsmarkedschefen siger f.eks., at de på arbejdsmarkedsområdet forsøger at arbejde efter et såkaldt vidvinkel perspektiv og på den måde forsøge at komme væk fra den traditionelle silotænkning, der præger kommunerne (Bilag 4c: 6). IP3 forklarer dette med at:

"Det handler noget om, hvordan kommunerne er organiseret. [...] Fordi nogen af de kroner, der er i det kommunale system, det er faktisk nogen, som går i mellem systemerne, fordi i den enkelte søjle der vil vi jo gerne allesammen gøre det rigtige, og når der er 5, 6, 7, 8, 9 søjler, der prøver at gøre det rigtige, så kan det godt være, der er noget i søjle 1, der er kontraproduktivt i forhold til det, der foregår ovre i søjle 7, så derfor er der al mulig god logik i, at vi forsøger at kigge til siderne sådan, at vi kan få lavet noget, der er bedre i forhold til borgerne." (Bilag 4c: 12)

I Skanderborg Kommune er de også bekendt med den udfordring, der ligger i, at de kommunale forvaltninger er relativt søjleopdelte. Dette forsøges der at blive gjort op med, da der i højere grad end tidligere bliver talt om et sammenhængende forløb for borgerne. Hermed skal de ligesom i Frederikshavn Kommune ikke flyttes mellem forskellige forvaltninger og lokationer (Bilag 5d: 8). IP10 forklarer således at "(...) *vi arbejder jo på at komme ud af det her silotænkning.*" (Bilag 5d: 8).

Det kan dog også ses som en barriere i den organisatoriske implementeringsadfærd, at kommunerne ønsker at nedbryde silotænkningen. Alt andet lige er det ikke nogen let opgave at udføre dette samarbejde i praksis, da silotænkningen netop er en del af kommunernes DNA, og det har været en tankegang, der har været dominerende i mange år. IP1 forklarer også dette med at: "*Det er bare rigtig svært, selvom medarbejderne vil borgerne det bedste, så er det bare svært at se udover sin egen opgave.*" (Bilag 4a: 11).

At samarbejde er et nøgleord i denne del af implementeringsprocessen i Frederikshavn Kommune og i Skanderborg Kommune er ikke en overraskelse, da meget af den foreliggende forskning inden for området netop omtaler dette som et vigtigt element i kommunernes opgavevaretagelse, jævnfør afsnit 5 *Foreliggende forskning*. Dette er blandt andet formuleret i Sundhedsstyrelsens rapport *Ulighed i sundhed - årsager og indsatser* fra 2011, som beskriver, at ulighed i sundhed er et samfundsproblem, der ikke udelukkende kan løses af sundhedsområdet alene (Diderichsen et al. 2011: 7). Yderligere er samarbejdet beskrevet som et vigtigt element i kommunernes opgavevaretagelse i Rambølls rapport *Organisering af integrerede beskæftigelses-, social- og sundhedsindsatser i kommunerne* fra 2013. Heri indikeres det, at borgere, såsom sygedagpengemodtagere, i fremtiden i høj grad vil have bedre af, at kommunernes forvaltninger formår at arbejde sammen, således de oplever et mere integreret forløb (Rambøll 2013: 1). Netop silotænkningen sammenholdt med den fysiske afstand mellem forvaltningerne, som både Frederikshavn Kommune og Skanderborg Kommune forsøger at mindske, ses også i rapporten *Bedre koordination mellem sundheds- og beskæftigelsesområdet - en analyse fra syv kommuner*. Silotankegangen er en væsentlig barriere for, at kommunernes interne samarbejde ikke altid fungerer optimalt.

Alle skal kende til sundhedspolitikken?

Et element som også spiller en rolle i den organisatoriske implementeringsproces i både Frederikshavn Kommune og Skanderborg Kommune omhandler, at begge kommuner ønsker at udbrede politikkerne så langt ud i organisationen som muligt. I Frederikshavn Kommune argumenterer IP3 for, at "(...) *alle der arbejder i Frederikshavns Kommune, de skal jo helst være om-*



vandrende reklamesøjler for sundhedspolitikken." (Bilag 4c: 14). En lignende tendens gør sig også gældende i Skanderborg Kommune, hvor IP8 forklarer at: *"Vi havde en direktør, som sagde samtlige 5.200 skal have det her som en del af deres DNA, at de kender sundhedspolitikken"* (Bilag 5b: 11).

Selvom begge kommuner ønsker at udbrede deres politikker så meget som muligt, kan det diskuteres, hvorvidt dette er nødvendigt og ønskværdigt. Med reference til afsnittet *Samarbejde mellem forvaltningerne*, blev det set som en barriere, at informanter fra begge kommuner argumenterede for, at det var sværere at skabe engagement og ejerskab, jo længere politikken kom fra dens ståsted. Det kan således diskuteres, hvorvidt det er spild af ressourcer, at der bruges energi på at give alle medarbejdere et kendskab til sundhedspolitikken, da mange områder inden for den kommunale forvaltning ikke har sundhed som en del af sin kerneopgave. Det kan omvendt også ses som en mulighed, at kommunerne ønsker at brede deres politikker ud over store dele af organisationerne, da det kan være medvirkende til at skabe bedre sammenhænge i organisationerne. Dette er også en del af begge kommuners ambitioner. Samtidig kan det diskuteres, hvorvidt det overhovedet er muligt at få alle medarbejdere til at kende til sundhedspolitikken, da dette kræver et yderst stort engagement og god kommunikation fra alle led i implementeringskæden. Samtidig er det også et spørgsmål om tid og ressourcer ude i forvaltningerne. Et kendetegn, der præger kommunerne er netop, at der er mangel på tid til at udføre kerneopgaverne. Hvis der yderligere skal læres om en ny politik, som ikke er relevant på området, er det yderst sandsynligt, at det ikke får den største prioritering af tid. Et eksempel på dette kan findes i Skanderborg Kommune, hvor IP9 forklarer, at forskellige dagsordener kan være medvirkende til, at forskellige afdelinger ikke altid er enige om, hvis dagsorden der skal have førsteprioritet (Bilag 5c: 7).

9.2.2 Delkonklusion

Analyseafsnittet *organisatorisk implementeringsadfærd* har været medvirkende til at skitsere, hvordan sundhedspolitikken er blevet implementeret i selve organisationen. Yderligere er det blevet fremlagt, hvilke barrierer og muligheder denne implementeringsadfærd har medført. Der er i denne del af analysen fundet frem til, at sundhedspolitikken er relevant for store dele af begge kommuners forvaltninger, da sundhedsperspektivet er et perspektiv som ifølge informanterne vedrører alle i kommunen. Derudover er det interessant, at begge kommuner ifølge informanterne har valgt en decentral implementeringsstrategi. Dette er både blevet set som en mulighed og en barriere, idet alle ikke nødvendigvis er lige begejstrede for sundhedspolitikken. Derfor er der en risiko for, at den kan strandes ude i forvaltningerne, og dermed kan implementeringskæden risikere at hoppe af. Dog er det også set som en mulighed, da de forskellige chefer

netop bør vide, hvad der er relevant for deres område. Desuden er der opstået en mulighed i Frederikshavn Kommunes organisatoriske implementeringsstrategi, som ikke har gjort sig gældende i Skanderborg Kommune. Dette er set i lyset af, at Frederikshavn Kommune oprettede en sundhedsstrategisk tænketank, der skulle medvirke til, at alle blev involveret i implementeringen af sundhedspolitikken. Denne er dog også set som en barriere, da den blev lukket ned efter et par år, og dermed blev alle relevante parter ikke en del af den. En mulighed, der er blevet italesat i begge kommuner er, at samarbejdet mellem forvaltningerne, og især beskæftigelses- og sundhedsområdet, er blevet betydeligt forbedret, da samarbejdet i høj grad er blevet italesat som et vigtigt element. Dette gælder både for kommunernes økonomi, kommunens borgere og i kampen mod social ulighed i sundhed. Alt i alt er arbejdsspørgsmålene; *Hvordan implementerer Frederikshavn Kommune og Skanderborg Kommune deres sundhedspolitikker fra 2013?* samt *Hvilke barrierer og muligheder medfører implementeringen af sundhedspolitikken for borgerne og for kommunen som organisation?* blevet besvaret ud fra organisatorisk implementeringsadfærd.

9.3 Interorganisatorisk implementeringsadfærd

Ud over den organisatoriske implementeringsadfærd, der spiller en rolle i implementeringsprocessen, har den *interorganisatoriske implementeringsadfærd* ifølge den integrerede implementeringsmodel også en effekt på implementeringsprocessen. Følgende afsnit vil derfor omhandle de barrierer og muligheder, der ses ved denne del af implementeringsprocessen. Hermed behandles arbejdsspørgsmålene: *Hvordan implementerer Frederikshavn Kommune og Skanderborg Kommune deres sundhedspolitikker fra 2013?* samt *Hvilke barrierer og muligheder medfører implementeringen af sundhedspolitikken for borgerne og for kommunen som organisation?*

Samarbejde med lægerne

Det vurderes, at et af de forhold, der gør sig gældende i den interorganisatoriske implementeringsadfærd i begge kommuner, omhandler kommunernes samarbejde med de praktiserende læger. Dette samarbejde giver ifølge informanterne både nogle muligheder og barrierer. Samarbejdet mellem de praktiserende læger og kommunerne er interessant at se nærmere på, da lægerne har en central rolle i forbindelse med kommunens borgere, og hermed også sygedagpengemodtagerne. Generelt mener både informanterne i Frederikshavn Kommune og Skanderborg Kommune, at de har et godt samarbejde med lægerne. IP3 forklarer blandt andet at samarbejdet:

"(...) fungerer godt og konstruktivt, og vi har nogle dialoger med lægerne som minimum én gang om året, hvor vi forsøger at fortælle, hvad politikkerne inden for vores område er, og hvorfor er

politikkerne, som de er. Og så forsøger vi jo og se efter, om vi kan finde en fælles bane i forhold til lægerne.” (Bilag 4c: 10)

IP2 forklarer også, at kommunen i denne proces skal arbejde sammen med lægerne og regionerne i forbindelse med de borgerforløb, der køres sammen med eksterne aktører (Bilag 4b: 5). Sådanne forløb omhandler blandt andet sammenhængen mellem sygehusindlæggelser og tilbagevenden til eget hjem (Holten 2015). IP4, som arbejder med borgerne, forklarer endvidere, at kommunen har et godt samarbejde med lægerne, da de har et kommunalt lægefagligt udvalg, der skal samarbejde med de praktiserende læger og regionen (Bilag 4d: 16).

I Skanderborg Kommune er samarbejdet med lægerne også en faktor, der spiller ind på den interorganisatoriske implementeringsadfærd. Politiker, IP7, siger i interviewet, at de praktiserende lægers opgaver er tæt forbundet med kommunens opgaver, og at dette samarbejde gerne må være endnu tættere (Bilag 5a: 2). IP7 fortæller videre, at:

”Der er jo en sundhedsplan eller en sundhedsaftale i hver region, men der er også en praksisplan, og det er en, som retter sig efter de praktiserende lægers opgaver, og hvordan de indgår i hele sundhedsarbejdet. Og det er jo den praktiserende læge, som borgerne kommer til, når han har et problem.” (Bilag 5a: 2)

Med dette citat samt ovenstående afsnit argumenterer IP7 netop for, at samarbejdet med de praktiserende læger er en central del af kommunens opgaveløsning. Yderligere siger IP7, at der fra kommunens side er et ønske om, at lægerne i højere grad benytter det system, som kommunen bruger (Bilag 5a: 2). Således kan kommunikationen og dermed samarbejdet på den måde forbedres.

Ud fra ovenstående kan der skabes den forestilling om, at samarbejdet mellem kommunerne og de praktiserende læger i høj grad fungerer godt. Dog oplever de i både Frederikshavn Kommune og i Skanderborg Kommune, at der er nogle barrierer i forbindelse med dette. IP3 siger blandt andet, at en barriere i forbindelse med samarbejdet med lægerne kan være, at lægerne ønsker, at sygemeldinger skal vare længere tid, end det ifølge kommunens aktører måske er nødvendigt (Bilag 4c: 8). IP3 forklarer dette på følgende måde:

”(...) at lægerne jo nogen gange vil, formentlig fordi de gerne vil tage omsorg om deres patienter, så vil de jo gerne være med til, at sygemeldingen den skal vare noget længere, men i den virkelige verden, så kan det, at forlænge sygedagpengeperioden, være kontraproduktivt i længden i forhold til at få de pågældende personer på benene igen. Det kan rent faktisk være forbundet med healing

og bedring, at man får en tilknytning til arbejdsmarkedet, så vi satser på en tilknytning til arbejdsmarkedet.” (Bilag 4c: 8)

Der kan dermed opstå den barriere i implementeringsprocessen, at de praktiserende læger kan have en anden dagsorden end kommunen. Dette kan medføre, at f.eks. sygedagpengemodtagerne kan risikere, at være for længe væk fra arbejdsmarkedet. Endvidere kan det have den betydning, at det kan være problematisk at vende tilbage til arbejdsmarkedet efter endt sygdomsperiode.

Informanterne i Skanderborg Kommune fortæller også, at de oplever nogle barrierer med hensyn til de praktiserende læger. IP7 fortæller f.eks., at lægerne i højere grad kunne henvise borgere til de eksisterende sundhedstilbud, som kommunen udbyder. IP7 forklarer dette med den traditionelle sundhedsstruktur, der findes mellem staten og kommunerne, hvor lægerne i højere grad tidligere har været *“(…) vant til at referere til sygehuse og ikke så meget til kommunerne, og det er sådan et lidt nyt tankesæt, de skal have ind i hoved[et].* (Bilag 5a: 2). IP11 fortæller også at: *“(…) vi arbejder med dem, vi er dybt afhængige af dem, men vi er også nødt til at vente på dem”* (Bilag 5d: 8). Dette kan antyde, at lægerne ikke nødvendigvis altid arbejder ud fra de samme målsætninger, som kommunerne gør, hvilket kan være med til at sætte en barriere i forbindelse med den interorganisatoriske implementeringsadfærd.

Det skal dog bemærkes, at dette afsnit er udarbejdet ud fra informanterne fra kommunerne og deres svar. Derfor kan det ikke udelukkes, at de praktiserende læger er af en anden opfattelse, end hvad der er blevet analyseret i dette afsnit.

Samarbejde med lokale virksomheder

Kommunernes samarbejde med de lokale virksomheder og omkringliggende samfund er også et gennemgående tema i interviewene. IP2 fortæller f.eks. at de har været på besøg hos virksomheden MAN Diesel & Turbo, og på denne virksomhed har de i høj grad taget sundhedspolitikken til sig. IP2 forklarer dermed, at det også fra virksomhederne ses som en god investering at implementere en sundhedspolitik, da de ikke ved, om det pludselig bliver svært at rekruttere medarbejdere (Bilag 4b: 16). Det bliver yderligere uddybet i følgende citat:

”Hvis ikke du har en ordentlig sundhedsprofil, hvis ikke du gør nogle af alle de her tiltag. Det kan både være på den fysiske, på den mentale sundhed, jamen så kommer man bagud på point, og så kan man blive valgt fra.” (Bilag 4b:16)

Selvom dette kun er et eksempel på én virksomhed, der bliver samarbejdet med fra kommunens side, kan der argumenteres for, at hvis det er en generel tendens for hovedparten af virksomhederne, så har Frederikshavn Kommune øjensynligt et godt samarbejde med de lokale virksomheder. Der kan dog stilles spørgsmålstegn ved, hvor godt dette samarbejde i virkeligheden er, da der udelukkende eksemplificeres til en enkelt virksomhed i interviewene. Samtidig kan der også argumenteres for, at det er nødvendigt at have sådanne samarbejder med virksomheder, i en kommune som Frederikshavn Kommune, der jævnfør afsnit 3 *Casebeskrivelser* har mange ufaglærte, som arbejder i industrier med fysisk arbejde. Derfor kan borgere i Frederikshavn Kommune i højere grad end Skanderborg Kommune være i risikozonen for at få fysiske arbejdsskader, der kan holde dem væk fra arbejdsmarkedet i længere tid. Dette er hverken godt for virksomhederne i Frederikshavn Kommune, men heller ikke for kommunen. Der kan derfor argumenteres for, at det kan være en mulighed for Frederikshavn Kommune, at de støtter de lokale virksomheder i at implementere en sundhedsprofil, der er attraktive for deres medarbejdere. Arbejdsmarkedschefen, IP3, i Frederikshavn Kommune forklarer også, at de inden for arbejdsmarkedet er gået aktivt ind som medspiller i sundhedspolitikken, da den kan ses som en støtte for lokalsamfundet og samfundet generelt (Bilag 4c: 2). Derudover forklarer IP3, at det er vigtigt, at der fra de faglige organisationer er en accept af, at arbejdsmarkedsområdet ser sundhedspolitikken som et vigtigt arbejdsredskab (Bilag 4c: 4). Dermed kan der argumenteres for, at IP3 mener, at det er vigtigt at samarbejde med de relevante aktører uden for kommunen blandt andet i forbindelse med sygedagpengemodtagerne.

I Skanderborg Kommune er et vigtigt element i den interorganisatoriske implementeringsadfærd også samarbejdet med virksomhederne. Blandt andet fortæller IP8, at:

”Vi kører f.eks. en satsning, som vi har kørt igennem de sidste tre år, som hedder sundhed på arbejdspladsen. Hvor vi så simpelthen har taget den her ulighedsbrille, og så har vi sagt okay, vi vil ikke bare ud til alle dem, som egentlig godt kan klare sig selv.[...] Vi vil derud, hvor der virkelig er noget at arbejde med. Så der har vi sagt, vi vil gerne ud og have fat i private virksomheder. Men virksomheder, som har mange ufaglærte, mange kortuddannede, mange mænd og hvor der er treholdsskift, så ved vi, at der er noget at arbejde med.” (Bilag 5b: 8)

Ovenstående citat sammenholdes med den strategi, de arbejder efter i Frederikshavn Kommune, hvor kommunen opsøger de lokale virksomheder for at tilbyde at samarbejde med dem omkring den generelle sundhedstilstand på arbejdspladserne. IP8 forklarer yderligere, at de i Skanderborg Kommune har rettet denne indsats til virksomheder med omkring 100 medarbejdere. Samarbejdet med sådanne virksomheder betyder, at Skanderborg Kommune er med til at udar-

bejde en profil i forhold til, hvordan sundhedstilstanden er på arbejdspladsen, og ud fra dette bliver der yderligere foretaget sundhedssamtaler med den enkelte medarbejder (Bilag 5b: 8). IP10 bekræfter i interviewet, at virksomhederne gerne vil samarbejde med kommunen i forbindelse med at gøre vilkårene på arbejdspladserne så gode som muligt for på den måde at tiltrække arbejdskraft (Bilag 5d: 4-5). Dermed ses det som en mulighed i forbindelse med den interorganisatoriske implementeringsadfærd.

Sundhedsfremmechef, IP8, forklarer dog, at samarbejdet med de private virksomheder kan være problematisk, da der kan opstå to problemstillinger i den forbindelse. Den ene problemstilling relaterer sig til, at mange af medarbejderne i virksomhederne ikke er bosat i kommunen, og de bidrager dermed ikke med de kommunale skatteindtægter. Dette kan gøre det besværligt at overbevise det politiske niveau om, at det er fordelagtigt at investere i disse borgere. Den anden problemstilling, som IP8 beskriver, omhandler, at kommunen ikke har den samme beslutningskompetence ude i virksomhederne, som de har, når det gælder internt i kommunen. Dette forklarer IP8 med, at kommunen godt kan have nogle idéer til, hvordan virksomheden bedst kan implementere en sundhedsstrategi, men i sidste ende er det ledelsen på virksomheden, der har beslutningskompetencen (Bilag 5b: 17). Disse problemstillinger er reelle problemstillinger som sandsynligvis også kommer til udtryk i Frederikshavn Kommune, da Frederikshavn Kommunes virksomheder med stor sandsynligvis også har mange medarbejdere, der ikke er bosat i kommunen. Derudover gælder det også for Frederikshavn Kommune, at de ikke har beslutningskompetencer, når det kommer til implementeringen af en sundhedsstrategi i virksomhederne. Kommunerne er dermed afhængige af, at virksomhederne er samarbejdsvillige, når der skal implementeres sundhedstilbud i virksomhederne. Der kan stilles spørgsmålstejn ved, hvorvidt virksomhederne i høj eller lav grad er interesseret i at samarbejde med kommunen, da dette kan tage tid fra deres egne opgaver og interesser.

I sidste ende kommer det borgerne til gode, at kommunerne har et godt samarbejde med de omkringliggende aktører, da disse aktører også er en medvirkende faktor til at reducere den sociale ulighed i sundhed.

9.3.1 Delkonklusion

I ovenstående afsnit er arbejdsspørgsmålene: *Hvordan implementerer Frederikshavn Kommune og Skanderborg Kommune deres sundhedspolitikker fra 2013?* samt *Hvilke barrierer og muligheder medfører implementeringen af sundhedspolitikken for borgerne og for kommunen som organisation?* blevet besvaret. Der er påvist ét specifikt tema, der har været anset som værende en barriere og en mulighed i henholdsvis Frederikshavn Kommune og Skanderborg Kommune.



Dette tema har omhandlet, hvorledes samarbejdet med de eksterne aktører fungerer. I begge kommuner er der tale om de praktiserende læger og de lokale virksomheder. De praktiserende læger ses som en vigtig medspiller i forbindelse med borgernes sundhed og dermed også i kampen for at reducere den sociale ulighed i sundhed. Kommunernes samarbejde med de praktiserende læger skaber både muligheder og barrierer i implementeringsprocessen. En mulighed, som opstår i begge kommuner, er det daglige samarbejde med lægerne, som overvejende fungerer godt. En barriere opstår, når kommunerne oplever, at lægerne ikke har de samme målsætninger som kommunerne. Dette kan f.eks. indtræffe i forbindelse med sygedagpengeperioder, hvor lægerne, ifølge informanterne, har den holdning, at borgerne har bedre af at være længere tid på sygedagpenge, end de kommunale ansatte mener. En lignende tendens er observeret, når det gælder samarbejdet med de lokale virksomheder. Informanterne oplever både i Skanderborg Kommune og Frederikshavn Kommune, at samarbejdet med de lokale virksomheder fungerer konstruktivt, og at der er en god dialog mellem dem. Den store barriere, der opstår i forbindelse med den interorganisatoriske implementeringsadfærd omhandler problemer med beslutningskompetencer i virksomhederne. Derfor er kommunerne afhængige af, at virksomhederne er samarbejdsvillige.

9.4 Ledelsesadfærd

Implementeringsresultaterne påvirkes for det andet af ledelsen ifølge den integrerede implementeringsmodel. Jævnfør afsnit 7.3.2 *Implementeringsprocessen*, kan der hermed stilles spørgsmålstejn ved, om sundhedspolitikken med fokus på henholdsvis rammesætningen *Ulighed i sundhed* og strategisporet *Større lighed i sundhed* når fra ledelsen og ud til medarbejderne i henholdsvis Frederikshavn Kommune og Skanderborg Kommune. I dette afsnit bliver der analyseret relevante problemstillinger i forbindelse med ledelsens rolle i implementeringsprocessen. Således behandles arbejdsspørgsmålene: *Hvordan implementerer Frederikshavn Kommune og Skanderborg Kommune deres sundhedspolitikker fra 2013?* samt *Hvilke barrierer og muligheder medfører implementeringen af sundhedspolitikken for borgerne og for kommunen som organisation?* ud fra begrebet ledelsesadfærd.

De udarbejdede displays er igennem analysen struktureret således, at muligheder og barrierer er sat op overfor hinanden i forhold til de forskellige informanter i henholdsvis Frederikshavn Kommune og Skanderborg Kommune, jævnfør afsnit 6.2.7 *Meningskondensering*. Teksten i kursoriv er den direkte udtalelse fra de respektive informanter, hvor imens tekst der ikke står i kursoriv, er det, der ligger latent i informanternes udtalelser.

Tabel 5: Display over ledelsesadfærd i Skanderborg Kommune

Ledelsesadfærd	Muligheder	Barrierer
Skanderborg Kommune	<p>"[Chefen for Beskæftigelse og Sundhed] Han går helt vildt meget op i det, så det blev godt modtaget." (IP7)</p> <p>"(...) ledelsens opgave at være med til at motivere de medarbejdere." (IP7)</p> <p>"(...) jeg vil i hvert fald sige, at det er mere end bare fine ord på papiret." (IP8)</p> <p>"(...) ejerskab, der er det nøgleordet" (IP8)</p> <p>"Dels for at skabe forståelsen for sundhedspolitikken men i den grad også for at skabe ejerskabet". (IP8)</p> <p>IP10 og IP11 kender sundhedspolitikken (IP10 & IP11)</p> <p>"(...) vi bruger sundhedspolitikken mere, end vi sådan selv lige er klar over" (IP10)</p>	<p>"(...) hvis ikke der er ledelsesmæssig opbakning, så kommer det ingen vegne." (IP8)</p>

Table 6: Display over ledelsesadfærd i Frederikshavn Kommune

Ledelsesadfærd	Muligheder	Barrierer
Frederikshavn Kommune	<p>"Ledelsen er tæt på der, hvor medarbejderne er, og hvor borgerne er." (IP1)</p> <p>Centercheferne får ansvaret for implementeringen af sundhedspolitikken (IP1)</p> <p>Medarbejderne ved måske ikke bevidst, at det er sundhedspolitikken de arbejder med. (IP2)</p> <p>"(...) medarbejdere der har så meget viden." (IP2)</p> <p>Der arbejdes sammen på tværs (IP2)</p> <p>Et krav at lederne kan sundhedspolitikken (IP2)</p> <p>"(...) så mange inkluderet som muligt." (IP2)</p> <p>Sundhedspolitikken har meget trækraft (IP2)</p> <p>"(...) man skal klæde ledelsen på og samtidig og give ledelsen nogle redskaber." (IP3)</p> <p>"Vores formål er jo egentlig at være med til at motivere til at man finder drivet..." (IP3)</p> <p>"Medarbejderne helst skal kunne den uden af" (IP3)</p> <p>"(...) vi finder ud af hvad er det for nogle elementer af den her jeg kan gøre brug af" (IP6)</p> <p>"For mig er det mere sådan et 'aha' arbejdsredskab" (IP6)</p>	<p>"(...) så kan man ikke rigtig smyge sig udenom" (IP1)</p> <p>"Og vi kan også godt måske have svært ved at afgive noget suverænitet" (IP2)</p> <p>"(...) der er rigtig, rigtig langt fra det der forkromet sundhedspolitiske blad, der ligger også ned til den virkelige verden og ned til borgerne." (IP6)</p> <p>"(...) der hvor jeg synes den måske spiller en lille smule fallit, det er, at den er svær at holde liv i, i hverdagen." (IP6)</p> <p>Bruger ikke sundhedspolitikken aktivt i hverdagen (IP6)</p> <p>"Man kan godt blive frustreret når [sundhedspolitikken] kommer" (IP6)</p>

Centerchefernes ansvar

Ifølge IP1, politiker i Frederikshavn Kommune, er det de enkelte centerchefer: "(...) *der har haft ansvaret de forskellige steder.*" (Bilag 4a: 9). Hermed kan det siges, at ledelsen er det forbindende led fra organisationsniveauet og til at få sundhedspolitikken implementeret ud til medarbejderne i praksis. Den såkaldte informationsasymmetri påvirker ifølge Winter dette aspekt mellem ledelsen og markarbejderen. Der kan argumenteres for, at ovenstående citat skaber en mulighed i forbindelse med implementeringen af sundhedspolitikken i Frederikshavn Kommune. Dette ses i kraft af udarbejdelsen af de konkrete handleplaner, hvor der sikres et bedre ejerskab ude i det enkelte center, når centercheferne får ansvaret herfor. Tillige skabes der en mulighed ved implementeringen af sundhedspolitikken, når centercheferne får ansvaret for at implementere handleplanerne som tidligere nævnt. Jævnfør tabel 6 *Display over ledelsesadfærd Frederikshavn Kommune* ses dette i og med at: "*Ledelsen er tæt på der, hvor medarbejderne er, og hvor borgerne er.*" (Bilag 4a: 9). Hermed kan ledelsen jævnligt tilpasse midler samt personalemæssige ressourcer for at løse opgaven og endvidere levere på de målsætninger, de har i Frederikshavn Kommune (Bilag 4a: 8). På den anden side kan dette også ses som en barriere, hvis den enkelte leder ikke udviser et engagement for sundhedspolitikken jævnfør afsnit 9.2.1 *Organisatorisk implementeringsadfærd.*

Jævnfør tabel 5 *Display over ledelsesadfærd i Skanderborg Kommune*, mener IP7 overfor ovenstående, at det i Skanderborg Kommune er chefen for forvaltningen Beskæftigelse og Sundheds overordnede ansvar at få sundhedspolitikken implementeret ordentlig ud i kommunen. Jævnfør afsnittet *Organisatorisk implementeringsstrategi*, er det derudover den enkelte centerchef, der har det daglige ansvar for implementeringen. Der vil antageligvis blive skabt et bedre ejerskab af sundhedsindsatsen med fokus på social ulighed i sundhed, såfremt disse ledere også er engagerede i deres arbejde med sundhedspolitikken. Jævnfør tabel 5 *Display over ledelsesadfærd i Skanderborg Kommune*, er dette ejerskab, ifølge sundhedsfremmechefen i Skanderborg Kommune, nøgleordet. Det er en forudsætning for en succesfuld implementering, at politikerne har opbakning fra ledelsen (Bilag 5b: 10). Det kan være svært at sikre det politiske ejerskab i kraft af, at der kommer nye byrådsmedlemmer til ved ny valgperiode. Det kan udgøre en barriere, hvis der ikke tænkes langsigtet i forhold til at reducere den sociale ulighed i sundhed. Med andre ord er det af signifikant betydning at få skabt en forståelse for sundhedspolitikken samt at skabe ejerskab til medarbejderne blandt ledelsen for at få sundhedspolitikken implementeret (Bilag 5b: 11).

IP7 tilføjer i forlængelse af kommentaren om ansvar hos centerchefen at: "[beskæftigelses- og sundhedschefen] *går helt vildt meget op i det, så det blev godt modtaget*" (Bilag 5a: 9). I kraft af at

chefen er meget motiveret i sit arbejde, kan der argumenteres for, at dette skaber en mulighed til videre implementering af sundhedspolitikken og ud til markarbejderne. Heroverfor kan en barriere pointeres, idet IP8 siger at: *"(...) hvis ikke der er ledelsesmæssig opbakning, så kommer det ingen vegne."* (Bilag 5b: 14). Hermed ikke sagt at ledelsen ikke bakker op, men selvom der sidder en motiveret medarbejder, så bliver sundhedspolitikken ikke ført ud i livet, hvis ikke der er opbakning hertil fra ledelsens side. Det skaber en mulighed på sigt, da IP8 nævner, at der bliver arbejdet med dette ledelsesmæssige fokus løbende (Bilag 5b: 14). Endvidere fremgår der en mulighed i implementeringsprocessen i Frederikshavn Kommune, hvor IP3 siger at: *"(...) man skal klæde ledelsen på og samtidig og give ledelsen nogle redskaber."* (Bilag 4c: 5). Derfor uden siger arbejdsmarkedschefen, at ledelsen spiller en stor rolle for implementeringsprocessens succes, hvorfor han siger at: *"Vores formål er jo egentlig at være med til at motivere til, at man finder drivet."* (Bilag 4c: 10). Med dette citat forstås, at formålet med det hele er at få borgerne tilbage på arbejdsmarkedet igen, og dette er blandt andet ledelsens opgave. Ledelsens rolle og opgave identificeres også af formanden for Kultur- og Sundhedsudvalget i Skanderborg Kommune, der siger, at det er *"(...) ledelsens opgave at være med til at motivere de medarbejdere."* (Bilag 5a: 10).

En yderligere mulighed ses, hvor IP1 udtrykker, at der fremadrettet skal arbejdes mere målrettet med hensyn til at sætte de ansatte sammen. Herved undgås den barriere, der hedder at: *"(...) så kan man ikke rigtig smyge sig udenom"* (Bilag 4a: 13). Ifølge IP1 kan der argumenteres for, at det er politikerens indtryk, at sundhedspolitikken kan ses, som noget der kommer udefra. Herved forstås, at sundhedspolitikken ikke ses som en del af de ansattes kerneopgave ifølge IP1. Ved ikke at sidde sammen i det samme lokale med den samme dagsorden, kan det gældende center komme til at springe over, hvor gærdet er lavest (Bilag 4a: 13).

Kendskab til sundhedspolitikken

Ledelsen giver udtryk for, at medarbejderne måske ikke bevidst ved, at det er sundhedspolitikken, de arbejder med. Dette ligger latent, i det IP2 siger, når IP2 udtaler, at sundhedspolitikken er hentet fra et niveau højere oppe og ned jævnfør tabel 6 *Display over ledelsesadfærd i Frederikshavn Kommune*. Her uddyber IP2, at medarbejderne ikke behøver at vide, at den er hentet oppefra, bare den også giver trækraft den anden vej fra medarbejderne, hvilket ses ud fra et bottom-up perspektiv (Bilag 4b: 9). Ifølge IP2 er det hermed ledelsens holdning, at medarbejderne ikke behøver at være bekendt med, at det specifikt er sundhedspolitikken, de arbejder med. Dette er vigtigt at have in mente, når vi analyserer, hvorvidt sundhedspolitikken er blevet implementeret helt ud i alle led, for måske arbejder medarbejderne ubevidst med sundhedspolitikens elementer. Jævnfør foranstående udtaler IP2 også senere i interviewet, at medarbejder-

ne ikke skal forholde sig til, at det kommer fra sundhedspolitikken. Ifølge IP2 skal politikken deles ud i nogle konkrete handlingstiltag, således det bliver mere håndgribeligt for medarbejderne at arbejde med (Bilag 4b: 10). I forlængelse heraf kan det siges, at IP2 har tillid til medarbejderne. Det er hermed IP2s indtryk, at medarbejderne er klædt godt på til opgaven, hvorfor IP2 siger: "(...) *vi har jo kompetente, virkelig kompetente medarbejdere der har så meget viden.*" (Bilag 4b: 11). Ud fra denne betragtning må det antages, at sundhedspolitikken, trods en vis ubevidsthed blandt medarbejderne, bliver implementeret ud til markarbejderne. Modsat medarbejdernes viden om den specifikke sundhedspolitik, er det et krav ifølge IP2, at lederne kan sundhedspolitikken, hvorfor IP2 siger: "(...) *det er selvfølgelig et krav, [at lederne kan den]*" (Bilag 4b: 15). Modsat IP2, mener IP3, der er arbejdsmarkedschef at: "*Medarbejderne helst skal kunne den uden af*" (Bilag 4c: 11). Herved forstås at de medarbejdere, der har tilknytning til sundhedspolitikken, skal kende den, hvor ledelsen gør den kendt via lederstrukturen (Bilag 4c: 11). I Frederikshavn Kommune er de to centerchefer inden for henholdsvis sundheds- og beskæftigelsesområdet hermed uenige om, hvilken form for kendskab medarbejderne skal have til sundhedspolitikken. I og med arbejdsmarkedschefen ønsker, at medarbejderne skal have et bevidst kendskab til sundhedspolitikken, antages det, at sundhedspolitikken delhandleplaner bliver implementeret bedre ud til markarbejderne på beskæftigelsesområdet.

Ledelsesmæssigt samarbejde

Som tidligere nævnt ligger sundhedsdagsordenen hos alle centercheferne i kraft af, at de alle har ansvaret for at få sundhedspolitikken implementeret ud til markarbejderne i Frederikshavn Kommune. IP2 uddyber i interviewet, at centercheferne har sat sig sammen og arbejdet på tværs. Dette skaber en mulighed i implementeringsprocessen, hvorfor der kan argumenteres for, at sundhedspolitikken bliver bedre implementeret, da der sikres kendskab til den på tværs (Bilag 4b: 12). At der samarbejdes på tværs synes at skabe en mulighed i første omgang, men i og med sundhedschefen, IP2, desuden udtaler, at det kan være svært at afgive suveræniteten, opstår der en barriere for implementeringsprocessens succes. Herved forstås, at sundhedschefen i Frederikshavn Kommune har svært ved at dele tingene ud, da de i sundhedscentret har den selvopfattelse, at de ved bedst (Bilag 4b: 17). Hermed kan der argumenteres for, at de heller ikke har tillid til de andres varetagelse af sundhedsopgaven. Denne problemstilling kan ses i forhold til informationsasymmetrien som nævnt i afsnit 7.3.2 *Implementeringsprocessen*. Herved forstås, at de forskellige aktører har forskellig viden på området vedrørende sundhedspolitikken, hvis sundhedschefen forsøger at udnytte sin særlige viden til egen fordel og ikke vil dele ud af denne viden. Denne strategi kan være uhensigtsmæssig for kommunen. Ønsket om en vellykket implementering af sundhedspolitikken, med fokus på den sociale ulighed i sundhed, kommer til

udtryk, da alle og herunder den enkelte borger i sidste ende vil være bedre stillet, hvis kendskabet til sundhedspolitikken bliver kommunikeret ud til alle.

Dog påpeger sundhedschefen senere i interviewet, at det er vigtigt at sætte ind med en sundhedspolitik på beskæftigelsesområdet for at hjælpe borgerne. Sundhedschefen nævner i denne sammenhæng, at det er vigtigt "(...) *at få så mange inkluderet som muligt*" (Bilag 4b: 15), for netop ikke at køre eksklusion på nogen. Det kan hermed diskuteres, hvorvidt ledelsesadfærden er at agere således, flest mulige aktører bliver inkluderet, jævnfør afsnittet *Organisatorisk implementeringsstrategi*. I analyseafsnittet udtrykker arbejdsmarkedschefen i Frederikshavn Kommune, at sundhedspolitik og beskæftigelsespolitik er to forskellige områder. Hermed stilles der spørgsmålstejn ved, hvor villig arbejdsmarkedschefen er til at implementere sundhedspolitikken.

Sundhedspolitikken har trækraft

En anden mulighed, der opstår i denne del af implementeringsprocessen i Frederikshavn Kommune er, når sundhedspolitikken har meget trækraft, som IP2 giver udtryk for, den har. Ifølge IP2, er dette et succeskriterium, og IP2 er stolt af at arbejde med en sundhedspolitik, der har denne trækraft, hvormed menes, at det er den politik, der er blevet nævnt flest gange i organisationen (Bilag 4b: 20). Med trækraft forstår vi også, at sundhedspolitikken er mest udbredt, når der sammenlignes med andre politikker i kommunen samt, at aktørerne har forsøgt at "trække" politikken ind i andre forvaltninger. At politikken har denne trækraft er også en forudsætning for, at den kan lykkes med at blive bedre implementeret ud i leddene. Modsat sundhedschefen kan der stilles spørgsmålstejn ved, hvorvidt afdelingslederen på jobcentret mener, at sundhedspolitikken har denne trækraft. IP6 siger netop: "(...) *der er rigtig, rigtig langt fra det der forkromede sundhedspolitiske blad, der ligger, og så ned til den virkelige verden og ned til borgerne.*" (Bilag 4e: 8-9). Hermed synes der, ifølge IP6, at være langt fra sundhedspolitikken og til at få den "trukket" ud til borgerne i praksis. Modsat afdelingslederen på jobcentret i Frederikshavn Kommune mener sundhedsfremmechefen inden for Beskæftigelse og Sundhed i Skanderborg Kommune: "*at det er mere end bare fine ord på papiret*" (Bilag 5b: 9). I kraft af at de har slået beskæftigelse og sundhed sammen i Skanderborg Kommune, kan der hermed argumenteres for, at der sikres et større ejerskab til sundhedspolitikken, end der gør hos afdelingslederen på jobcentret i Frederikshavn Kommune.

Implementering i det kommunale jobcenter

Det synes interessant at se nærmere på, hvorledes det kommunale jobcenter ser på denne implementering af sundhedspolitikken i de to kommuner qua de kommunale politikere, ledere og medarbejderes synspunkter som ovenfor beskrevet.

En mulighed der ses i Frederikshavn Kommune er, når afdelingsleder i jobcentret, IP6, siger: *"For mig er det mere sådan et 'aha' arbejdsredskab"* (Bilag 4e: 10). Med dette vurderes det, at IP6 ser, sundhedspolitikken som en øjenåbner i sit arbejde, hvilket skaber en mulighed. IP6 udtaler også at: *"(...) der hvor jeg synes, den måske spiller en lille smule fallit, det er, at den er svær at holde liv i, i hverdagen"* (Bilag 4e: 4). Citatet fortæller her, at det bliver en barriere i implementeringen, da IP6 netop ikke mener, at sundhedspolitikken har trækraft ud i jobcentret, i og med den bliver svær at fastholde i deres daglige arbejde. I forlængelse heraf får det den konsekvens, hvor IP6 siger, at de ikke bruger sundhedspolitikken aktivt i hverdagen (Bilag 4e: 4). En yderligere barriere er, jævnfør tabel 6 *Display over ledelsesadfærd i Frederikshavn Kommune*, at IP6 giver udtryk for frustration over for sundhedspolitikken, hvormed IP6 siger: *"Man kan godt blive frustreret, når den kommer"* (Bilag 4e: 10). I første omgang kan det foranstående citat godt ses som en barriere, idet de måske ikke føler sig klædt godt nok på til opgaven, men når de så i jobcentret har siddet og arbejdet lidt med den, giver det mere anledning til en mulighed, hvorfor hun siger, at der også er mange positive ting i den, *"(...) som vi kan arbejde videre med uden det koster [en] jetjæger"* (Bilag 4e: 10). Disse udtalelser taget i betragtning vidner på den ene side om, at implementeringen af sundhedspolitikken svigter, når den når ud til jobcenteret, i og med de ikke bruger den aktivt i deres hverdag og, at den kan fremstå lidt overvældende. På den anden side gives der udtryk for, at der alligevel arbejdes videre med den. Hermed kommer den til at give mere mening for IP6, idet sundhed dækker så mange områder, og den kan bruges på arbejdsmarkedsområdet, når de har arbejdet sig i gang med, hvordan de kan anvende sundhedspolitikken i praksis (Bilag 4e: 10).

9.4.1 Delkonklusion

Afsnittet *Ledelsesadfærd* skitserer hermed, hvorledes sundhedspolitikken fra 2013 er blevet implementeret i praksis, og herunder hvilken rolle ledelsen spiller i denne implementeringsproces. En forskel der gør sig gældende for de to kommuner er, hvor ansvaret for at få politikken implementeret ud til medarbejderne, ligger henne. I Frederikshavn Kommune er det ledelsen i form af alle centercheferne, som har ansvaret for at få implementeret sundhedspolitikken og herunder delhandleplanerne ud til medarbejderne i praksis. Dette kan både medføre muligheder og barrierer alt afhængig af ledelsens engagement. Heroverfor kan det opsummeres, at det i Skanderborg Kommune er beskæftigelses- og sundhedschefen, der har det overordnede ansvar



for at få sundhedspolitikken og herunder sundhedsplanerne implementeret ud i kommunen. Herunder er det hver enkelt centerchef, der har det daglige ansvar i forbindelse med sundhedspolitikken. Det udgør en barriere i Frederikshavn Kommune såfremt, ledelsen ikke opnår det ejerskab, som det antages at være tilfældet i Skanderborg Kommune, da der netop er en overordnet chef på området, som fremmer dette ejerskab. En anden forskel, der gør sig gældende, er ledelsens holdning til kendskabet om sundhedspolitikken i Frederikshavn Kommune. Her er der forskel på sundhedschefens og arbejdsmarkedschefens holdning til, hvorvidt medarbejderne skal have et bevidst eller ubevidst kendskab til sundhedspolitikken. Arbejdsmarkedschefen i Frederikshavn Kommune argumenterer for, at medarbejderne bør have kendskab til sundhedspolitikken, hvilket fremmer, at politikken lettere bliver implementeret ud på beskæftigelsesområdet. Dette antages også at komme sygedagpengemodtagerne til gode. En barriere, der kommer til udtryk i Frederikshavn Kommune er, hvor sundhedschefen udtaler at have svært ved at afgive suverænitet. Herved bliver det svært at få implementeret sundhedspolitikken ud på tværs af centrene. Modsat udtaler sundhedschefen i Frederikshavn Kommune, at sundhedspolitikken har en såkaldt trækraft, hvilket skaber en mulighed for implementeringens succes. Dog mener afdelingslederen på jobcentret, at der er langt fra sundhedspolitikken og ud til borgerne i praksis. Til forskel herfor kan der opstå en mulighed i Skanderborg Kommune, hvad angår denne trækraft, idet beskæftigelse og sundhed er slået sammen i én forvaltning. Desuden kan det diskuteres, hvorvidt sundhedspolitikken har en trækraft ude i jobcentret i Frederikshavn Kommune, i og med den er svær at fastholde ifølge afdelingslederen på jobcentret. En mulighed opstår heroverfor, når de har arbejdet sig i gang med den. Således er arbejdsspørgsmålene: *Hvordan implementerer Frederikshavn Kommune og Skanderborg Kommune deres sundhedspolitikker fra 2013?* samt *Hvilke barrierer og muligheder medfører implementeringen af sundhedspolitikken for borgerne og for kommunen som organisation?* blevet besvaret ud fra ledelsesadfærden.

9.5 Markarbejderadfærd

Dette afsnit behandler det tredje punkt i implementeringsprocessen, nemlig markarbejderadfærd. Her tages der også udgangspunkt i arbejdsspørgsmålene: *Hvordan implementerer Frederikshavn Kommune og Skanderborg Kommune deres sundhedspolitikker fra 2013?* samt *Hvilke barrierer og muligheder medfører implementeringen af sundhedspolitikken for borgerne og for kommunen som organisation?*

Tabel 7: Display over markarbejderadfærd i Frederikshavn Kommune

Markarbejder- adfærd	Muligheder	Barrierer
Frederikshavn Kommune	<p>"(...) positivt med den tilgang, og de vil gerne arbejde med den dagsorden." (IP1)</p> <p>"(...) jeg tror egentlig, de synes det er rart, at der er fokus på det fra politisk side." (IP1)</p> <p>"(...) centrale nøglemedarbejdere som er rasende dygtige." (IP1)</p> <p>Medarbejderne er glade for samarbejdet og det giver mening kvalitetsmæssigt (IP1)</p> <p>"(...) hvis vi vil ændre noget, er vi nødt til at gøre det langsomt." (IP1)</p> <p>"(...) det er en tankegang, de skal implementere i forhold til den måde, de allerede gør tingene i dag." (IP1)</p> <p>"Medarbejderne de behøver ikke forholde sig til, at det kommer fra [sundhedspolitikken]" (IP2)</p> <p>Effekt at kollegaerne er motiveret (IP3)</p> <p>"jeg tror rent faktisk godt, at du kan', end at sige 'det kan du helt sikkert ikke holde til.'" (IP3)</p> <p>Markarbejderen skal motivere borgeren til at finde drivet og løsningen (IP3)</p> <p>"(...) gøre borgerne til herre i eget liv." (IP3)</p>	<p>Sundhedspolitikken når ikke ud til medarbejderne (IP1)</p> <p>"(...) de ting, der kommer udefra, bliver skubbet lidt til side i så lang tid, som man nu kan." (IP1)</p> <p>"(...) medarbejderne der godt kan se, at de kan få en bedre virkelighed, hvis de fik flere værktøjer." (IP3)</p> <p>"Vi får jo ikke noget ud af at proppe noget ned i halsen af borgeren andet end, at de får kvalme og kommer til at kaste op." (IP3)</p> <p>"Du kan ikke få medarbejdere til at lave noget, der ikke giver mening for borgerne." (IP3)</p> <p>"Jeg tror ikke, der er så mange der ved, at kommunen har en sundhedspolitik" (IP6)</p>

Table 8: Display over markarbejderadfærd i Skanderborg Kommune

Markarbejder- adfærd	Muligheder	Barrierer
Skanderborg Kommune	<p>"Medarbejderne i beskæftigelsesafdelingen de har en god fornemmelse for, hvad det er, de mennesker der, er på besøg inde ved dem har brug for." (IP7)</p> <p>"[Medarbejderne] skal også være med til at løfte borgere." (IP7)</p> <p>"(...) kunsten for os [...] at personalet så vidt muligt er klædt på og kender til de forskellige sundhedstilbud og forebyggelsestilbud." (IP9)</p> <p>"(...) jeg er ret tæt på IP8, [...] [sundhedspolitikken] er et meget aktivt redskab vil jeg sige." (IP9)</p> <p>"(...) vi kan vores eget leksikon." (IP9)</p> <p>"Men jeg tror, også du bruger den meget mere, end du tænker." (IP10)</p> <p>"(...) når borgere bliver syge, så skal jeg sidde på mine hænder, og så skal du ordne det hele, og det skal jeg ikke. Det er faktisk ikke mig, der er hovedrolle i din film." (IP11)</p> <p>"(...) at behandle folk, som man gerne selv vil behandles." (IP10)</p> <p>"Det er en stor integreret del af arbejdet." (IP11)</p>	<p>"(...) jamen det arbejder vi da med. Tjek. Vi behøver ikke gøre mere." (IP8)</p> <p>"Vi skal ikke gøre nogen sunde. Vi skal få dem tilbage på arbejdsmarkedet." (IP11)</p> <p>"(...) vi er bare nødt til at lave et bedre samarbejde, uden at blive sure på hinanden. [...] hvis alle blev en tand skarpere, så vil alting forløbe bedre, og det ville komme borgeren til gode." (IP11)</p> <p>"(...) i vores egen travlhed, så bliver det nogle gange sådan ens egen lovgivning, som lige står her." (IP10)</p> <p>"Nogle gange halter vi lidt bagefter med at få spurgt ind til, hvad er det, du selv lige kommer med." (IP10)</p> <p>Medarbejderne kender sundhedspolitikken (IP10)</p> <p>"(...) Jeg vil godt tilføje, det er jeg ikke sikker på [...] inde ved os, der har der næsten været 50 procent udskiftning, så nej." (IP11)</p>

De forskellige interviewpersoner nævner forskellige muligheder i både Frederikshavn Kommune og Skanderborg Kommune. For det første kan en mulighed i Skanderborg Kommune udledes, hvor IP11, der er medarbejder i sygedagpengeafdelingen siger:

"(...) når borgere bliver syge, så skal jeg sidde på mine hænder, og så skal du ordne det hele, og det skal jeg ikke. Det er faktisk ikke mig, der er hovedrolle i din film." (Bilag 5d: 9)

Med dette citat forstås, at medarbejderen i sygedagpengeafdelingen skaber en mulighed for implementeringsprocessen i forhold til målgruppen ved at ændre borgernes mentalitet til at være mere involveret i eget forløb. Herved bliver *"(...) borgerne til herre i eget liv"* (Bilag 4c: 13), der også er den mentalitet, som arbejdsmarkedschefen i Frederikshavn Kommune ser som en mulighed. Der er hermed ens syn på netop disse to informanternes holdning, hvad angår, at borgere selv skal være med til at definere, hvad de mener, vil være den bedste hjælp.

Når IP10 og IP11, der begge arbejder i det kommunale jobcenter i Skanderborg Kommune, bliver spurgt ind til, om de kender kommunens sundhedspolitik, svarer de, at den kender de (Bilag 5d: 11-12). Men i hvilken grad og hvor godt de bruger den i deres hverdag, kan der stilles spørgsmålstejn ved. Medarbejder i sygedagpengeafdelingen, IP11, udtrykker, at sundhedspolitikken er en integreret del af IP11s eget arbejde (Bilag 5d: 21), men med lovgivningen først (Bilag 5d: 17-18). IP10 siger også at: *"(...) vi bruger sundhedspolitikken mere, end vi sådan selv lige er klar over"* (Bilag 5d: 18), hvorimod medarbejderen IP11 siger: *"Jeg vil godt tilføje, det er jeg ikke sikker på [...] inde ved os, der har der næsten været 50 procent udskiftning, så nej"* (Bilag 5d: 23). Herved forstås, at sundhedspolitikken ikke bliver italesat nok til nye medarbejdere, ifølge IP11, hvilket ikke klæder dem godt nok på i forhold til sundhedsopgaven. Desuden kan der argumenteres for, at hvis der sker en løbende udskiftning i medarbejderstaben, vil det i sidste ende skabe en barriere i forhold til at få sundhedspolitikken ordentligt implementeret, hvis der ikke er fokus på at videreformidle denne. Der kan hermed stilles spørgsmålstejn ved, om sundhedspolitikken er blevet implementeret ud til medarbejderne i det kommunale jobcenter, idet det ifølge medarbejderen, IP11, ikke er blevet godt nok konkretiseret og kommunikeret ud til medarbejderne. Dette lever op til IP1s formodning om, at sundhedspolitikken ikke når ud til medarbejderne (Bilag 4a: 13). Endvidere siger IP10: *"Men jeg tror også, du bruger den meget mere, end du tænker."* (Bilag 5d: 18). Dette vil sige, at den ifølge IP10 ligger mere ubevidst i medarbejderens arbejde, end IP11 selv tror. Dette skaber på sin vis en mulighed, som stemmer godt overens med sundhedschefen IP2 i Frederikshavn Kommune, jævnfør tabel 6 *Display over ledelsesadfærd i Frederikshavn Kommune*, hvorfor IP2 siger: *"Medarbejderne de behøver ikke forholde sig til, at det kommer fra [sundhedspolitikken]."* (Bilag 4b: 10). Hermed ses en lignende tendens både i Skanderborg Kommune og i Frederikshavn Kommune.

Et karakteristikum ved medarbejderadfærd er *"(...) at [man skal] behandle folk, som man gerne selv vil behandles."* (Bilag 5d: 19). Ved at medarbejderen behandler borgerne ordentligt,

fremkommer også en gnidningsfri proces og hermed mulighed for at få sundhedspolitikken implementeret. Hvad angår politikerens mening til medarbejdernes adfærd i Frederikshavn Kommune, har IP1 tillid til sine medarbejdere og siger, at de har nogle "(...) centrale nøglemedarbejdere, som er rasende dygtige." (Bilag 4a: 8). Endvidere i kraft af, at medarbejderne har "(...) fingeren på pulsen" (Bilag 4a: 8) skaber det en mulighed for implementeringsprocessen, at sundhedspolitikken er lagt ud til kommunen, der hvor medarbejderne er tæt på den enkelte borger. IP1 siger også, at medarbejderne synes, at det er "(...) positivt med den tilgang, og de vil gerne arbejde med den dagsorden." (Bilag 4a: 5-6). Med denne feedback, som IP1 har fået fra medarbejderne, skaber det muligheder, at de er engagerede i deres arbejde, hvormed sundhedspolitikken bedre kan føres videre ud til borgerne. Heroverfor mener medarbejderen i Skanderborg Kommune ikke, at folk er dygtige nok, jævnfør tabel 8 *Display over medarbejderadfærd i Skanderborg Kommune*. IP11 siger netop:

"(...) vi er bare nødt til at lave et bedre samarbejde, uden at blive sure på hinanden [...] hvis alle blev en tand skarpere, så vil alting forløbe bedre, og det ville komme borgeren til gode."

(Bilag 5d: 9)

Der synes at være en tendens til, at des længere ud i implementeringskæden man kommer, des mere kritiske stiller aktørerne sig også over for sundhedspolitikken. Dette kommer også til syne i Frederikshavn Kommune, hvor politikerens udtaler sig om medarbejderen: "(...) jeg tror egentlig, de synes, det er rart, at der er fokus på det fra politisk side" (Bilag 4a: 6) og, at medarbejderne er glade for samarbejdet og, at det giver mening kvalitetsmæssigt (Bilag 4a: 12). Dette udgør en mulighed i implementeringen af sundhedspolitikken for kommunen og for borgerne i sidste ende. I forlængelse heraf kan det dog pointeres, at politikerens også skal få kommunen til at fremstå godt udadtil, således borgerne vil stemme på politikerens igen. Derfor kan der stilles spørgsmålstejn ved, om implementeringen af sundhedspolitikken også fungerer så godt, som der gives udtryk for af politikerens i Frederikshavn Kommune. Når der kigges videre ud i implementeringsprocessen til det kommunale jobcenter, fremkommer der flere barrierer ifølge IP6, der er afdelingsleder i jobcenteret. For eksempel siger IP6 at: "Jeg tror ikke, der er så mange, der ved, at kommunen har en sundhedspolitik." (Bilag 4e: 5). Det udgør en markant barriere for målgruppen, hvis medarbejderne ikke har fokus på at bekæmpe den sociale ulighed i sundhed. Endvidere udgør det en barriere for kommunen som organisation, hvis de kræfter, der lægges i det fra politisk side ikke bliver fulgt til dørs. Ud fra foranstående vidner det om, at politikerens har flere positive udmeldinger, end afdelingslederen i jobcentret har. Som nævnt vil det sige, at jo længere ud i implementeringsprocessen vi kommer, jo flere barrierer fremkommer der.

Endnu en mulighed i forbindelse med implementeringen af sundhedspolitikken i Skanderborg Kommune er, at sundhedsindsatsen er lagt ud til kommunen, hvorfor: *"Medarbejderne i beskæftigelsesafdelingen de har en god fornemmelse for, hvad det er de mennesker, der er på besøg inde ved dem, har brug for"* (Bilag 5a: 9). Dog opstår der en barriere i jobcentret i Skanderborg Kommune, da IP10 siger: *"Nogle gange halter vi lidt bagefter med at få spurgt ind til, hvad er det du selv lige kommer med."* (Bilag 5d: 19). Dette vil sige, at selvom de har muligheden for at være tæt på sygedagpengemodtageren og imødekomme deres potentiale, så kan der godt arbejdes på at blive bedre til det. Det kan givetvis imødekommes, hvis medarbejderne får nogle flere værktøjer at arbejde med. Netop dette mener arbejdsmarkedschefen i Frederikshavn Kommune, hvorfor IP3 siger: *"(...) medarbejderne der godt kan se, at de kan få en bedre virkelighed, hvis de fik flere værktøjer."* (Bilag 4c: 7). Dette citat udgør en barriere jævnfør arbejdsspørgsmålet om, hvilke barrierer implementeringen af sundhedspolitikken medfører for borgerne og for kommunen.

Jævnfør tabel 8 *Display over markarbejderadfærd i Skanderborg Kommune*, kan en barriere i forbindelse med implementeringen af sundhedspolitikken ifølge sundhedsfremmechefen være: *"(...) jamen det arbejder vi da med. Tjek. Vi behøver ikke gøre mere."* (Bilag 5b: 11). Herved forstås, at det ikke er nok, at medarbejderne kender sundhedspolitikken og arbejder med den, det er en arbejdsproces, som er under stadig udvikling. Når medarbejderen IP9 i Beskæftigelse og Sundhed så nævner at: *"(...) vi kan vores eget leksikon."* (Bilag 5c: 3), kan der stilles spørgsmålstegn ved, om det udgør en mulighed i implementeringsprocessen, idet det ikke er nok at kunne sundhedspolitikken, den skal også udfoldes i praksis. Medarbejderen IP9 er endvidere *"(...) ret tæt på IP8 [...] [Sundhedspolitikken] er et meget aktivt redskab."* (Bilag 5c: 3). Dette vil sige, at der hvor IP9 er ansat, er der en større chance for, at sundhedspolitikken bliver implementeret ud i forvaltningen, end i det kommunale jobcenter, som befinder sig længere væk fra IP8. For eksempel siger den ansatte i jobcentret, IP10: *"(...) i vores egen travlhed, så bliver det nogle gange sådan ens egen lovgivning, som lige står her."* (Bilag 5d: 18). Herved bliver sundhedspolitikken ikke en del af kerneopgaven ude i jobcentret, men som en løsrevet del herfra. Dette mener politikeren i Frederikshavn Kommune også, at det kan blive: *"(...) de ting der kommer udefra bliver skubbet lidt til side i så lang tid, som man nu kan."* (Bilag 4a: 13). Hermed bliver sundhedspolitikken ikke en del af kerneopgaven. Dette er en barriere for implementeringen af sundhedspolitikken, i og med den, ifølge IP1, gerne skulle være *"(...) en tankegang, de skal implementere i forhold til den måde, de allerede gør tingene i dag."* (Bilag 4a: 16-17). Sundhedsindsatsen skal hermed ikke være nogen ny opgave, men integreres i kerneopgaven, som medarbejderne sidder med (Bilag 4a: 16-17).

Arbejdsmarkedschefen og politikeren i Frederikshavn Kommune er enige i, at forandring skal foregå langsomt, "(...) *hvis vi vil ændre noget, er vi nødt til at gøre det langsomt.*" (Bilag 4a: 16). Det kan siges, at et resultat af at forandre en sundhedspolitik for hurtigt vil blive en barriere for borgerne, ifølge IP3: "*Vi får jo ikke noget ud af at proppe noget ned i halsen af borgeren andet end, at de får kvalme og kommer til at kaste op.*" (Bilag 4c: 14). En barriere, ifølge arbejdsmarkedschefen, er også: "*Du kan ikke få medarbejdere til at lave noget, der ikke giver mening for borgerne.*" (Bilag 4c: 17) og det er netop markarbejderne, der skal motivere borgeren til at finde drivet og løsningen ifølge IP3 (Bilag 4c: 10).

Hvad angår markarbejderadfærd, kan det slutteligt siges, at også markarbejderadfærden smitter af på borgeren. Det skaber hermed en mulighed, hvis markarbejderen siger: "(...) *'jeg tror rent faktisk godt, at du kan', end at sige 'det kan du helt sikkert ikke holde til'*" (Bilag 4c: 8). Det har hermed en effekt på sundhedsfremme, at kollegaerne er motiverede og motiverer kommunens sygedagpengemodtagere på en sådan måde.

9.5.1 Delkonklusion

Afsnittet omhandlende markarbejderadfærden har behandlet arbejdsspørgsmålene: *Hvordan implementerer Frederikshavn Kommune og Skanderborg Kommune deres sundhedspolitikker fra 2013? samt Hvilke barrierer og muligheder medfører implementeringen af sundhedspolitikken for borgerne og for kommunen som organisation?* Endvidere er der sat fokus på, hvilken rolle medarbejderne spiller i forbindelse med implementeringsprocessen for sundhedspolitikkerne fra 2013. Jævnfør tabel 7 og 8 kan lederne bedre forholde sig til at tale om muligheder frem for barrierer, hvor imens medarbejderne gør det modsatte. En mulighed i Skanderborg Kommune er blandt andet medarbejderens syn på mere borgerinvolvering i sygedagpengeafdelingen, og arbejdsmarkedschefen i Frederikshavn Kommune deler dette synspunkt. En anden mulighed opstår, idet sundhedsindsatsen er blevet lagt ud til kommunen, hvorfor medarbejderne er tættere på den enkelte borger. En barriere kan observeres, hvor medarbejderen i Skanderborg Kommune ikke mener, at sundhedspolitikken er blevet kommunikeret godt nok ud til jobcentret, når der er så stor udskiftning i personalet, som der gives udtryk for. En anden barriere opstår, hvor medarbejderen i jobcentret ikke mener, at samarbejdet er tilfredsstillende. En yderligere barriere er, at det ikke er nok, at medarbejderne kan sundhedspolitikken, de skal også kunne udføre den i praksis. Generelt er der en tendens til, at jo længere ud i implementeringskæden vi kommer, jo mere kritiske er aktørerne over for sundhedspolitikken. Herved forstås, at de fleste barrierer kommer til udtryk, hvor aktørerne i jobcentret udtaler sig om sundhedspolitikken. Der stilles spørgsmålstegn ved, hvor godt implementeringen af sundhedspolitikken fra 2013 er gen-

nemført ud i alle led. Slutteligt kan det siges, at markarbejderens adfærd spiller en afgørende rolle for at påvirke sygedagpengemodtageren i sidste ende.

9.6 Målgruppeadfærd

Dette analyseafsnit omhandler det sidste element i implementeringsprocessen, nemlig målgruppeadfærden. Som tidligere nævnt har vi valgt sygedagpengemodtagerne som målgruppe, men det har ikke været muligt at foretage interviews med denne gruppe. Derfor beror dette afsnit på informanternes udtalelser omkring sygedagpengemodtagerne, og hvordan informanterne opfatter målgruppens adfærd.

Tabel 9: Display over målgruppeadfærd i Frederikshavn Kommune

Målgruppeadfærd	Muligheder	Barrierer
Frederikshavn Kommune	Der er ikke identificeret nogen muligheder.	<p><i>"Men I kan jo møde nogen, der ikke nødvendigvis synes, at det her med sundhed, det er særligt fedt at snakke om." (IP2)</i></p> <p><i>"I sygedagpengesystemet er der mange borgere, der er psykisk udfordret. Der er mange, der har udfordringer i forhold til bevægeapparatet og ondt i livet." (IP3)</i></p> <p><i>"(...) ét er regelstyret, det andet er baseret på frivillighed, det kan godt være svært nogen gange. Så det er også en af udfordringerne." (IP5)</i></p> <p><i>"Hvis du går ud og spørger den almindelige borger, om de kender den her, så kan jeg være bange for, at det ved de i hovedparten ikke." (IP4)</i></p> <p><i>"Jeg synes så omvendt også, at borgerne har en forventning om, at vi kan mere, end vi kan i forhold til den." (IP6)</i></p> <p><i>"[Borgeren har] en forventning om, at 'I må jo kunne hjælpe mig med de ting', og 'I må da have nogle hyldevarer, nogle tilbud, noget I kan gøre mere for mig'." (IP6)</i></p> <p><i>"(...) du skal også hjælpe mig med alle de der ting, jeg kan få for at blive rask." (IP6)</i></p>

Tabel 10: Display over målgruppeadfærd i Skanderborg Kommune

Målgruppeadfærd	Muligheder	Barrierer
Skanderborg Kommune	Der er ikke identificeret nogen muligheder.	<p><i>"Jeg mangler virkelig svar på, hvorfor det er, at folk har så mange udfordringer i forhold til det mentale og det psykiske i forhold til, at det stiger så voldsomt." (IP7)</i></p> <p><i>"Men jeg tror da også, at nogle borgere føler sig meget udfordret fordi. Der er jo nogle fuldstændig rigide regelsæt her i landet omkring eksempelvis sygedagpenge [...] jeg tror mange mennesker et eller andet sted føler sig jagtet, og på den måde bliver de måske endnu mere syge." (IP7)</i></p> <p><i>"Vi har problematikker omkring ryg fylder også rigtig meget på sygedagpengeområdet." (IP8)</i></p> <p><i>"Så har vi sådan noget som angst og depression, det er også noget af det, der fylder meget." (IP8).</i></p> <p><i>"(...) vores arbejdsmarked det er jo et fællesskab for voksne, og det at stå uden for fællesskabet har nogle enorme betydninger for hele den mentale sundhed. Følelsen af at være en del af fællesskabet, følelsen af at være noget værd, følelsen af at kunne bidrage." (IP8)</i></p> <p><i>"(...) så er andelen af borgere der føler sig stressede præcis dobbelt så høj for dem, der ikke er i beskæftigelse, som dem der er i beskæftigelse." (IP8)</i></p> <p><i>"Det er også en forventning i samfundet, at når borgere bliver syge, så skal jeg sidde på mine hænder, og så skal du ordne det hele, og det skal jeg ikke. Det er faktisk ikke mig, der er hovedrolle i din film." (IP11)</i></p>

Sundheden for sygedagpengemodtagerne

Ifølge IP6 og IP4, fordeler sygedagpengemodtagerne i Frederikshavn Kommunen sig således, at cirka 65 % af sygedagpengemodtagerne kommer fra beskæftigelse og 35 % kommer fra ledighed over i en sygedagpengeperiode (Bilag 4e: 1). Ud af disse sygedagpengemodtagere er cirka 40 % sygemeldte med bevægeapparatslidelser og cirka 40 % med psykiske lidelser (Bilag 4d: 5). Arbejdsmarkedschefen udtrykker også, at det er inden for psykiatri og bevægeapparatslidelser, at sygedagpengemodtagerne er udfordret, og derfor skal kommunens tilbud gerne rettes mod disse udfordringer (Bilag 4c: 8).

I Skanderborg Kommune oplever informanterne, at sygedagpengemodtagernes udfordringer ligger inden for psykiatrien, som stress, angst og depression samt andre mentale lidelser (Bilag 5a: 5) og (Bilag 5b:7). Men Skanderborg Kommune har også sygedagpengemodtagere med bevægeapparatslidelser. IP8 fortæller således at: "(...) ryg fylder også rigtig meget på sygedagpengområdet." (Bilag 5b: 7).

Når afdelingslederen, IP6, på jobcentret i Frederikshavn Kommune bliver spurgt ind til, hvordan den generelle sundhed for sygedagpengemodtageren er, svarer IP6, at: "*Jeg synes, den er god*" (Bilag 4e: 2). I Skanderborg Kommune er de også af den opfattelse, at sundheden er "god". De omtaler ofte Skanderborg Kommune som "(...) *et smørhul*" (Bilag 5d: 6) og (Bilag 5c: 13), fordi antallet af livsstilssygdomme er lavt, og generelt har folk det godt i Skanderborg Kommune, når der ses på befolkningssammensætningen (Bilag 5d: 6). Ved at sætte ind på beskæftigelsesområdet med sundhed kan det være med til at skabe en sund befolkning, og i forlængelse af det kan kommunen reducere udgifterne til behandling, men der skal bruges nogle midler til at forebygge, hvilket vil blive uddybet i afsnit 9.7 *Implementeringsresultater*.

Sygedagpengemodtagernes vej til beskæftigelse

Jævnfør tabel 1 *Antal personer på sygedagpenge* i afsnit 4 *Målgruppe*, har en sygedagpengemodtager som oftest et job at vende tilbage til. Flere af informanterne i Frederikshavn Kommune udtrykker, at det er vigtigt for en sygedagpengemodtager at bevare tilknytningen til arbejdsmarkedet. Denne tilknytning kan være en væsentlig del af at komme tilbage på arbejdspladsen på fuld tid igen (Bilag 4d: 7). Der er altså et mere jobrettet fokus i forhold til sygedagpengemodtagerne samt fokus på at gøre sygedagpengemodtagerne friske og raske igen (Bilag 4c: 7). Dermed glider sundhedsperspektivet lidt i baggrunden inden for denne målgruppe, da det vurderes, at der er nogle andre faktorer, der kommer i spil før sundhed. Dog beskriver arbejdsmarkedschefen i Frederikshavn Kommune, at det at have en tilknytning til arbejdsmarkedet, kan være en del af sundhedsperspektivet i sig selv:

"Hele strategien i forhold til sygedagpengemodtagerne er jo, som strategierne er, i forhold til de ledige. De er meget centreret omkring det, at det er sundt at have en tilknytning til arbejdsmarkedet. Der er jo noget sundhedsfremmende i at have en tilknytning til arbejdsmarkedet, og der er noget ekskluderende i at være koblet af arbejdsmarkedet, så ved siden af alle de der sundhedsfremmende, der arbejder vi jo også på at få borgerne tilbage på arbejdspladsen."

(Bilag 4c: 8)

I Skanderborg Kommune er der også et ønske om, at sygedagpengemodtagerne skal prøve at bevare en tilknytning til arbejdsmarkedet som et led i at holde sig sund. IP8 udtrykker at:

"(...) vores arbejdsmarked det er jo et fællesskab for voksne, og det at stå uden for fællesskabet har nogle enorme betydninger for hele den mentale sundhed." (Bilag 5b: 12)

Det har, ifølge IP8 og IP3, en stor betydning for målgruppens mentale og fysiske sundhed, at de har en tilknytning til arbejdsmarkedet. Det udgør hermed en mulighed i forhold til sundhedspolitikens implementeringsproces, men det kan også være en barriere, hvis ikke de to ting spiller sammen. IP8 kommer med et helt konkret eksempel på denne problematik:

"Hvis vi ser på andelen af borgere, der føler sig stressede. Hvis vi sammenligner dem, der er i beskæftigelse med dem, der ikke er i beskæftigelse, så er andelen af borgere, der føler sig stressede præcis dobbelt så høj for dem, der ikke er i beskæftigelse, som dem der er i beskæftigelse."

(Bilag 5b: 12)

Flere af informanterne i Frederikshavn Kommune og i Skanderborg kommune påpeger vigtigheden af at borgeren, herunder også sygedagpengemodtageren, lærer at mestre deres eget liv, for på længere sigt at blive selvforsørgende og bevare en tilknytning til arbejdsmarkedet. Begge kommuner ønsker, at adfærden for sygedagpengemodtageren ændres til, at borgeren bliver mere kompetent og lærer at mestre eget liv for at undgå, at de ender på overførselsindkomst. Tillige når borgeren har brug for hjælp fra kommunen, er borgeren i stand til at definere, hvad hjælpen skal gå ud på (Bilag 4c:9) og (Bilag 5b: 12) og (Bilag 5c: 10).

Sygedagpengemodtagernes forventninger

På jobcentret i Frederikshavn Kommune, oplever afdelingslederen målgruppens adfærd således: *"Jeg synes så omvendt også, at borgerne har en forventning om, at vi kan mere, end vi kan i forhold til [sundhedspolitikken]."* (Bilag 4e: 8). Borgeren, hermed også sygedagpengemodtageren, har en forventning om, at jobcentret skal kunne hjælpe dem med både at finde sundhedstilbud, så de kan blive raske og endvidere hjælpe dem med at finde et arbejde. Afdelingslederen beskriver, at

sygedagpengemodtageren har en forventning om, at jobcentret skal have nogle "hyldevarer", i form af sundhedstilbud. Denne målgruppeadfærd oplever afdelingslederen som værende ny, da IP6 ikke har oplevet denne adfærd før (Bilag 4e: 8 og 11). Samme målgruppeadfærd gør sig også gældende i jobcentret i Skanderborg Kommune, hvor medarbejder, IP11, også oplever at sygedagpengemodtagerne har en forventning om, at det er jobcentret, der skal ordne det hele, imens borgeren sidder på sine hænder (Bilag 5d: 9). Hvis informanterne er af den opfattelse, at det er markarbejderne, der skal lave hele arbejdet, er det en barriere i forhold til sundhedspolitikken, da sundhedspolitikken i høj grad lægger op til, at borgeren skal være en kompetent borger og mestre eget liv. Hvis sygedagpengemodtageren ikke er villig til at yde en indsats selv eller ændre adfærden overfor markarbejderne, kan det være vanskeligt at implementere sundhedspolitikken helt ud til målgruppen.

Sygedagpengemodtagernes kendskab til sundhedspolitikken

Flere af informanterne i Frederikshavn Kommune siger samstemmigt, at de er af den opfattelse, at der ikke er ret mange af borgerne i kommunen, herunder også sygedagpengemodtagerne, der kender til sundhedspolitikken. Dette forklarer centerchefen for Sundhed og Pleje i Frederikshavn Kommune på følgende måde:

"Men den almene borger derude, det ved jeg ikke.[...] Dem vi møder, det er altid dem, der er interesseret ikke. Så for dem er det tættere på. Men I kan jo møde nogen, der ikke nødvendigvis synes, at det her med sundhed, det er særligt fedt at snakke om." (Bilag 4b: 16)

Chefkonsulent IP4 underbygger dette citat ved at sige: *"Hvis du går ud og spørger den almindelige borger, om de kender den her, så kan jeg være bange for, at det ved de i hovedparten ikke."* (Bilag 4d: 22). En lignende tendens gør sig gældende i jobcentret i Frederikshavn Kommune hvor afdelingsleder, IP6, forklarer:

"(...) jeg tror ikke, der er, så mange der ved, at kommunen har en sundhedspolitik, det gælder borgere, men også medarbejdere, det gælder jo hele vejen rundt." (Bilag 4e: 5)

Ud fra de ovenstående citater kommer det til udtryk, at der ikke er mange af lederne og medarbejderne, der tror, at borgerne i Frederikshavn Kommune har kendskab til sundhedspolitikken. Ud fra dette vurderes det, at implementeringskæden hopper af, når sundhedspolitikken skal implementeres ud til borgerne og herunder også sygedagpengemodtagerne. Dette er en barriere i forhold til implementeringen af sundhedspolitikken. Området er ikke blevet omtalt af informanterne i Skanderborg Kommune, og det kan der være flere årsager til. Det kan f.eks. tyde på,

at borgerne ikke interesserer sig for kommunens politikker. Dog er det muligvis ikke nødvendigt, at sygedagpengemodtagerne har et indgående kendskab til sundhedspolitikken, så længe de rammesætninger og strategispor, der er i politikkerne kommer ud til dem. Men som belyst i forrige afsnit *Sygedagpengemodtagernes forventninger* er den ønskede adfærd i forhold til, at borgeren skal mestre eget liv ikke smittet af på sygedagpengemodtagerne, og derfor vurderer vi det som en barriere.

9.6.1 Delkonklusion

Afsnittet målgruppeadfærd har hermed behandlet arbejdsspørgsmålet: *Hvilke barrierer og muligheder medfører implementeringen af sundhedspolitikken for borgerne og for kommunen som organisation?* Afsnittet beskriver fordelingen af sygedagpengemodtagere i de to kommuner samt fordelingen af psykiske eller fysiske sygdomme hos sygedagpengemodtagerne. Der er i ovenstående analyseafsnit blevet identificeret barrierer i forhold til målgruppens adfærd, hvor de to mest markante barrierer er adfærden over for markarbejderne og manglende kendskab til sundhedspolitikken. I begge kommuner er informanterne af den opfattelse, at sygedagpengemodtageren har en forventning om, at det er kommunen, der skal trække det største læs, mens sygedagpengemodtagerne sidder på deres hænder. Dette anses for at være en barriere. Yderligere er manglende kendskab til sundhedspolitikken hos målgruppen en barriere idet den ønskede adfærd, der ligger i sundhedspolitikken ikke smitter af på målgruppen. Der fremkommer ingen markante muligheder i forhold til målgruppen ifølge informanterne

9.7 Implementeringsresultater

Efter implementeringsprocessen der blev behandlet i foranstående afsnit 9.2 *Implementeringsprocessen*, vil dette afsnit udlede en række implementeringsresultater, der er det sidste led i den integrerede implementeringsmodel. Implementeringsresultater indikerer de udvalgte informanters svar og indtryk af præstationer og effekter i forbindelse med implementeringen af sundhedspolitikken i specialets to udvalgte kommuner.

Der kan udledes et positivt resultat, hvad angår udgifterne til sundhedsområdet. Politikeren i Frederikshavn Kommune siger netop, at: *"(...) hvis vi ikke havde så godt greb om det, så kunne nogle af de udgifter, vi har, eksplodere, tror jeg. Og det gør de ikke."* (Bilag 4a: 15). Ifølge politikeren, er et resultat af den indsats, de har iværksat med sundhedspolitikken, at andelen af udgifter ikke er steget (Bilag 4a: 15).

Politikeren i Skanderborg Kommune pointerer, at udgifterne til den kommunale medfinansiering til sundhedsvæsenet ser ud som følgende: *"Der er vi mange, mange millioner [kroner] under*

den næste kommune på listen" (Bilag 5a: 4). Her kan det vurderes, at det ikke kun er sundhedsindsatsen, der kan være en medvirkende faktor for, at de lykkes med deres arbejde i Skanderborg Kommune. Det kan også skyldes de socioøkonomiske omgivelser, der vil blive behandlet i afsnit 9.9 *Socioøkonomiske omgivelser*. Endvidere er det politikerens holdning, at en investering i flere medarbejdere til sundhedsfremme vil sænke udgifterne på sygedagpenge på lang sigt. Faktisk kan de se, at indsatsen på beskæftigelsesområdet virker på antallet af sygedagpengemodtagere på nuværende tidspunkt i form af færre udgifter til sygedagpenge (Bilag 5a: 12). Når det angår forebyggelsesindsatsen, fremkommer der en barriere, hvorfor politikerens siger at *"Kommunen har et stort ansvar i forebyggelse, men der er ikke sat nogle penge af til det, så dem skal vi selv finde de penge"* (Bilag 5a: 3). Hermed menes det, at det er en udfordring at få implementeret strategisporet *Større lighed i sundhed* i Skanderborg Kommune, da der ikke er sat penge af til denne forebyggende indsats.

Et resultat af sundhedspolitikken er, ifølge sundhedsfremmechefen i Skanderborg Kommune, at det koster noget for kommunen nu og her:

"Der er nogle af de her ting, der starter man med at give penge ud, og det er jo lige præcis der, hvor det er en fordel at have den her politik i ryggen, fordi vi kan sige ja, det kan godt være det koster noget [...] men det er faktisk det, der er den politiske ambition." (Bilag 5b: 16)

Med citatet menes der, at det ikke bare er en forretning for kommunen. Det handler nærmere betegnet om at behandle borgerne forskelligt, hvis kommunen vil imødekomme strategisporet *Større lighed i sundhed*, hvilket kommunen er politisk klar til (Bilag 5b: 16).

Når to af informanterne i Frederikshavn Kommune bliver spurgt ind til, hvilke foreløbige effekter de kan se af sundhedspolitikken, holder de det op i forhold til antallet af genindlæggelser, da det er måleligt. For eksempel siger sundhedschefen: *"Og det er det fokus, vi har haft, så [...] de resultater [...] Det er også resultater af vores sundhedspolitik."* (Bilag 4b: 17). Tillige siger IP4, at de får årlige tilbagemeldinger på genindlæggelser på sygehuset, hvor de kan se en effekt (Bilag 4d: 7 og 11). Borgerens oplevede livskvalitet er også forbedret, når de har været i forløb ved sundhedscentret (Bilag 4d: 11). Det forhold, at antallet af færre genindlæggelser i Frederikshavn Kommune er et resultat af sundhedspolitikken, kan diskuteres. Der kan netop stilles spørgsmålstegn ved, hvad der er årsag og virkning (Bilag 4b: 17). Kan der, på så kort sigt som et år, ses en effekt af sundhedspolitikken, eller vil det først afspejle sig på længere sigt? Dette kommer an på, hvad det holdes op mod. Når det er et krav fra regeringens side, at middellevetiden skal for-

bedres med tre år frem mod 2020 jævnfør afsnit 1.1 *Det politiske fokus på social ulighed i sundhed i Danmark*, kan det siges, at der ikke foreligger en effekt af sundhedspolitikken endnu.

Et andet parameter, som to af informanterne i Frederikshavn Kommune holder op, i forhold til effekten af sundhedspolitikken, er den tidligere nævnte trækraft. Her nævner både politikeren og sundhedschefen, at sundhedspolitikken har trækraft i forhold til at få løst opgaverne. I hvilken grad sundhedspolitikken har den ønskede trækraft kan diskuteres. Dette udgør en barriere, hvorfor IP1 siger at: *"Det negative udtryk er måske der, hvor den ikke har fået så meget trækraft."* (Bilag 4a: 15). Det er IP1s indtryk, at sundhedspolitikken ikke har fået lige meget trækraft i hele kommunen. Denne barriere kan hermed udlede en reduceret implementeringskraft ud i de enkelte centre.

En ambition Skanderborg kommune har, er, at borgerne i kommunen, herunder også sygedagpengemodtagerne *"(...) skal være røgfrie i 2025."* (Bilag 5a: 6). Dette skaber en mulighed for at øge middelalderen på længere sigt, da rygning er en af årsagerne til den sociale ulighed i sundhed (Bilag 5a: 6). Et output for målgruppen er hermed, at kommunen som organisation går ind og præsterer og påtager sig et ansvar i forhold til at skabe en effekt i forbindelse med at øge middelalderen ved at ændre folks vaner til det bedre. Ifølge sundhedsfremmechefen, ses der allerede en effekt på tobaksområdet, hvor kommunen har tidoblet deres *"(...) indsats på rygeområdet, fra før strategien blev lagt, og til efter vi nu er begyndt at implementere den."* (Bilag 5b: 15). Også medarbejderen IP9 siger, at de ved at rykke på rygeområdet samtidig rykker på ulighed i sundhed: *"Fra 2014-2015 har vi tidoblet vores indsats, og her i 2016 kan vi se ud fra vores tal, hvor stor vores indsats er overfor rygestop."* (Bilag 5c: 4). Herved kan en effekt i forhold til sundhedspolitikken ses, hvor der er sat ind overfor rygestop, ifølge IP9.

Sundhedsfremmechefen i Skanderborg Kommune tror ikke, at sundhedspolitikken har fået en effekt på sygedagpengemodtagerne endnu. Dog mener IP8, at den vil få det på længere sigt. Dette skyldes blandt andet, at nogle af overgangene i forhold til sundhedstilbuddene ikke er på plads på nuværende tidspunkt, men *"(...) brobygningen skal blive endnu stærkere, end den er i dag, før jeg vil sige, at vi er i mål."* (Bilag 5b: 16). Tillige mener politikeren i Skanderborg Kommune heller ikke, at de er i mål endnu, hvorfor IP7 siger, at: *"Vi lykkes godt med det sundhedsarbejde, men det kan selvfølgelig blive bedre, det er klart."* (Bilag 5a: 14-15). Endvidere mener politikeren i Frederikshavn Kommune heller ikke, kommunen er i mål med sundhedspolitikken endnu (Bilag 4a: 9).

En måde, hvorpå de måler effekten af sundhedspolitikken i Skanderborg Kommune, er ud fra de såkaldte sundhedsprofilundersøgelser, der bliver foretaget hvert fjerde år på kommuneniveau. I denne vurdering måles KRAM-faktorerne for at finde frem til, hvor sunde borgerne er. Der kan først ses en effekt af, hvordan det går med borgernes sundhed, når den næste undersøgelse bliver foretaget i 2017 (Bilag 5c: 12).

En barriere ved den forebyggende sundhedsindsats er, at *"(...) det [er] ufatteligt svært at få de penge fri, som man skal bruge på at lave en forebyggende indsats, fordi resultatet kommer så mange år senere."* (Bilag 5a: 10). Effekten ses hermed først efter en vis årrække, hvilket udgør en udfordring i forhold til at få frigivet pengene til det fra regeringen nu. Hvis ikke pengene bliver frigivet, kan det komme til at køre i en ond cirkel, da der hermed bliver sat ind på behandling frem for forebyggelse. Denne forebyggelse skulle på sigt antages at minimere antallet af syge borgere og hermed udgifterne til behandling. Denne barriere påpeges også af IP9: *"Så derfor kan man sige, at det, der forebyggende tiltag, det kan man ikke nødvendigvis lige se resultatet af her og nu, det kommer på sigt. Det er derfor, det er så pokkers svært."* (Bilag 5c: 13).

Slutteligt kan det siges, at arbejdet med sundhedspolitikken og at få reduceret den sociale ulighed i sundhed er en kontinuerlig proces:

"Vi er jo ikke der, hvor tingene er smeltet sammen i skøn harmoni, der er stadigvæk et stykke vej." (Bilag 5b: 14) Og: *"Om det er resultatet af, at sundhedspolitikken ser ud, som den gør, eller om det afhænger af den demografi, du kommer fra i området, jeg tror nærmere på det sidste."*

(Bilag 5c: 13)

Med disse ord kan det siges, at den enkelte borgers motivation er altafgørende for sundhedsfremme.

9.7.1 Delkonklusion

På kort sigt har sundhedspolitikken ifølge informanterne givet den effekt, at udgifterne ikke er steget, og der er blevet færre genindlæggelser på hospitalet i Frederikshavn Kommune. Modsat er det i Skanderborg Kommune en barriere, at der ikke bliver afgivet flere penge til den forebyggende sundhedsindsats. I Skanderborg Kommune er en præstation, at kommunen vil være røgfri i 2025. På nuværende tidspunkt kan der ikke ses en effekt, idet sundhedsindsatsen i de to kommuner skal sammenholdes med middellevealderen i 2020.

9.8 Feedbackmekanisme

Analyseafsnittet feedbackmekanisme vil tage udgangspunkt i de udvalgte informanternes svar samt vores antagelser om, hvilke mekanismer, der kan føres med videre til den næste sundhedspolitik, jævnfør afsnit 7.3.3 *Implementeringsresultater og feedback*.

I Frederikshavn Kommune får formanden for sundhedsudvalget ikke tilbagemeldinger fra centrene i forhold til implementeringen af sundhedspolitikken (Bilag 4a: 9). Hermed kan der opstå barrierer i forhold til udformningen af den næste sundhedspolitik, hvorfor det vurderes, at den ikke kan bero på forbedringer af den nuværende sundhedspolitik, når der ikke forekommer tilbagemeldinger. Når der bliver spurgt ind til IP1s holdninger til at forbedre sundhedspolitikken fra 2013, svares der at:

"(...) det er og sætte nogle nye og igen ambitiøse målsætninger på de her områder [...] men tager fat i de opgaver, som vi rent faktisk laver, fordi det er der sådan en politik rent faktisk giver mening." (Bilag 4a: 16)

Jævnfør afsnit 9.1.1 *Politikformulering i Frederikshavn Kommune* bygger den nye sundhedspolitik på den inkrementelle beslutningsmodel, idet de bygger videre på sundhedspolitikken fra 2013. Men beslutningsmodellen beror ikke på feedback fra de andre aktører, som arbejder med den i praksis. Dermed vidner det også om, at det bliver svært at tage fat i de eksisterende udfordringer.

Interviewet med centerchefen for Sundhed og Pleje i Frederikshavn Kommune udledte en række svar på, hvad der kan tages med videre til den næste politik. Her mener IP2 *"(...) at den skal breddes mere ud."* (Bilag 4b: 10). Jævnfør afsnit 9.4 *Ledelsesadfærd*, da kan der hermed stilles spørgsmålstejn ved, om sundhedspolitikken har den såkaldte trækraft, som IP2 gav udtryk for, hvis der menes, at trækraft er lig med, at den er godt bredt ud i kommunen. IP2 uddyber, at den har haft en stor trækraft, grundet at sundhedspolitikken er styrende. Dertil mener IP2 også at: *"(...) den skal være lidt mere frisat, vores nye politik. Den er måske lidt for styrende den her, på en eller anden måde."* (Bilag 4b: 19). Dette står i kontrast til IP1s holdning. IP1 mener netop, at der igen skal tages fat i ambitiøse målsætninger, og hermed vurderes det, at sundhedspolitikken igen bliver styrende, hvorimod IP2 mener: *"(...) der prøver vi at slippe lidt mere fri af, den der løftede pegefinger."* (Bilag 4b: 22).

IP1s svar som ovenfor beskrevet kan sammenholdes med centerchefen for arbejdsmarked i Frederikshavn Kommune. I takt med at politikerne, i Frederikshavn Kommune, ikke har fået

tilbagemeldinger fra de enkelte centre, bærer det præg af, at denne problematik imødekommes i den nye sundhedspolitik, hvorfor arbejdsmarkedschefen siger: "*(...) der inviterer man jo virkeligheden ind, også de andre centre, og der vil vi have større mulighed for at være med til at præge den.*" (Bilag 4c: 6). Dette vurderes at medføre en mulighed for implementeringen af den nye sundhedspolitik, i og med politikerne sammen med centercheferne og dem, der arbejder med sundhedspolitikken ude i praksis kan være med til at præge de forskellige forhold i sundhedspolitikken. Dette er også en mulighed set ud fra den betragtning, at centercheferne netop får løbende feedback fra både medarbejdere i form af dialogmøder og borgere (Bilag 4c: 16).

Når der spørges ind til, hvordan sundhedspolitikken skal forbedres, nævner IP4 og IP5 også, at der skal arbejdes mere tværfagligt. Der er oprettet en temadag, hvor de involverede har meldt ind med feedback i forhold til, hvordan de sammen i Frederikshavn Kommune kan hjælpe borgerne (Bilag 4d: 14). Dette er en mulighed i form af en involverende tankegang som tidligere nævnt i analyseafsnittet.

Afdelingslederen fra jobcentret fortæller også, at jobcentret får tilbagemeldinger fra borgerne på de sundhedstiltag, de har iværksat. Disse er af positiv karakter, hvilket kan skyldes, at sundhedspolitikken indirekte opleves som en gevinst for borgerne, og derfor er borgerne positivt stemte over for den hjælp, de kan få (Bilag 4e: 9).

Ligesom det blev fremhævet i Frederikshavn Kommune, får politikerne i Skanderborg Kommune heller ikke feedback på sundhedspolitikken (Bilag 5a: 14). I denne forbindelse er det netop sygedagpengemodtagerne, som IP7 ikke får tilbagemeldinger fra, men IP7 får dog tilbagemeldinger fra både ledere, medarbejdere og andre borgere (Bilag 5a: 14). IP7 siger således: "*(...) det hører jeg mange positive tilkendegivelser omkring, at det fungerer rigtig godt, og folk er glade for det, og det bringer dem videre.*" (Bilag 5a: 14). Der kan være adskillige årsager til, at tilbagemeldingerne primært er positive. Blandt andet kan det skyldes, at borgerne oplever, at de får en hjælp til at mestre de udfordringer, de står overfor. Ligesom centerchefen for Sundhed og Pleje i Frederikshavn Kommune også efterspørger, mener politikerne i Skanderborg Kommune, at deres sundhedspolitik "*(...) skal endnu mere ud og virke altså, og den skal være mere fokuseret ude på de enkelte kontraktsteder.*" (Bilag 5a: 15).

Sundhedsfremmechefen i Skanderborg Kommune nævner også, at de løbende får feedback fra medarbejdere og borgere. Hermed kan det udledes, at der forekommer en feedbackmekanisme på det operationelle niveau i begge kommuner, der kan skabe en mulighed til at forbedre den nuværende sundhedspolitik. Endvidere kan det opsummeres, at Frederikshavn Kommune bæ-

rer præg af at have en involverende tankegang under udformningen af den nye sundhedspolitik. Ifølge sundhedschefen i Frederikshavn Kommune og politikeren i Skanderborg Kommune, skal hver deres sundhedspolitik bredes mere ud i praksis. Der stilles i afsnittet hermed spørgsmålstegn ved, om den nuværende sundhedspolitik fra 2013 har trækraft i begge kommuner.

9.9 Socioøkonomiske omgivelser

Jævnfør figur 2 *Den integrerede implementeringsmodel* kan de socioøkonomiske omgivelser påvirke henholdsvis præstationer og effekter samt politikens tilblivelse under politikformuleringen og endvidere hele implementeringsprocessen. Der analyseres i dette afsnit, hvilke socioøkonomiske omgivelser, der kan spille en rolle for implementeringen af sundhedspolitikken i Frederikshavn Kommune og Skanderborg Kommune.

Jævnfør teoriafsnittet 7.3.4 *Socioøkonomiske omgivelser*, er forudsætningerne for at implementere sundhedspolitikken ikke de samme i kommuner med høj og lav beskæftigelse. Tillige kan der også argumenteres for, at befolkningssammensætningen jævnfør afsnit 3 *Casebeskrivelser* også spiller en rolle i forbindelse med, hvorvidt implementeringen af sundhedspolitikken i de to kommuner bedst muligt fører effekter med sig. Dette kommer politiker, IP7, ind på i interviewet, hvor politikeren udtaler: "*Skanderborg Kommune er jo sådan set en sund kommune [...] Altså vi har en veluddannet befolkning.*" (Bilag 5a: 2). Hermed menes, at befolkningssammensætningen, hvad angår uddannelsesmæssig baggrund, også spiller en rolle for den sociale ulighed i sundhed og bekæmpelsen heraf. Det vil sige, at befolkningens uddannelsesniveau, som socioøkonomisk baggrund kan påvirke politikformuleringen såvel som implementeringsprocessens succes og effekterne heraf. Dette skyldes, at en velhavende kommune som Skanderborg Kommune med veluddannede borgere har mere overskud til at tage hånd om egen situation. Herved er der flere ressourcer til at tage sig af borgere, der ligger på et socioøkonomisk lavt niveau (Bilag 5a: 3-4). Dette kan være en baggrundsfaktor for, at man antageligvis lykkes bedre med at bekæmpe den sociale ulighed i sundhed i Skanderborg Kommune i forhold til Frederikshavn Kommune, der har mange borgere med kortere uddannelsesniveau. Blandt andet er Frederikshavn en gammel værftsby (Bilag 4a: 4). Derudover er der længere til uddannelsesinstitutioner i Frederikshavn Kommune end i Skanderborg Kommune, jævnfør afsnit 3 *Casebeskrivelser*. Tillige kan der hermed argumenteres for, at der er en større udfordring i forhold til at bekæmpe den sociale ulighed i sundhed i Frederikshavn Kommune.

En anden barriere, der ses, er ifølge politikeren i Skanderborg Kommune det økonomiske aspekt, hvorfor "*Udgifterne stiger voldsomt.*" (Bilag 5a: 5) til sundhedsydelser. Det vil sige, at udgifterne til sundhedsydelser er af særlig betydning for at gennemføre sundhedsindsatsen i



kommunen. Hvis ikke der er afsat penge til sundhedsindsatsen fra regeringens side, så bliver det vanskeligt at implementere sundhedstilbuddene og hermed få nogle resultater ud af sundhedspolitikken.

Det kan hermed opsummeres, at mekanismer som befolkningssammensætning i form af uddannelsesniveau og sundhedsydelser spiller en rolle for implementeringsprocessens succes og resultater på baggrund af informanternes udtalelser.

Delanalyse 2

Efter at have behandlet empirien i forhold til den integrerede implementeringsmodel tages der i denne delanalyse 2 udgangspunkt i empirien i forhold til koderne *Social ulighed i sundhed, Sundhedstilbud, Kommunens opgaver* samt *Lovgivning*, jævnfør tabel 4 *Startkodeliste*. Formålet hermed skyldes, at den integrerede implementeringsmodel ikke alene kan besvare problemformuleringen. Endvidere er denne delanalyse fundet relevant, da den kan være med til at belyse, hvordan der yderligere arbejdes med at reducere den sociale ulighed i sundhed ud fra informanternes synsvinkler. Analyseafsnittene vil blive behandlet ud fra delanalyse 2s arbejdsspørgsmål, jævnfør afsnit 8 *Operationalisering*.

9.10 Social ulighed i sundhed og sundhedstilbud

Der tages udgangspunkt i arbejdsspørgsmålene: *Hvilke tiltag udarbejdes der for at mindske den sociale ulighed i sundhed i Frederikshavn Kommune og Skanderborg Kommune udover sundhedspolitikken og herunder Hvilken rolle har kommunerne i forbindelse med at reducere den sociale ulighed i sundhed på sundheds- og beskæftigelsesområdet?* Ud fra den indsamlede empiri har det været muligt at inddrage relevante politikområder, som kan være med til at besvare arbejdsspørgsmålene.

Politikeren i Skanderborg Kommune mener, at der skal sættes ind over for dem, der ligger på det laveste niveau i sundhedsmæssig forstand (Bilag 5a: 6). Ifølge IP7, udgør dette en mulighed, hvor de ressourcetsvage borgere løftes for at få bekæmpet den sociale ulighed i sundhed. I forlængelse heraf kan det siges, at kommunen spiller en rolle i forbindelse med at nedbringe den sociale ulighed i sundhed, hvorfor politikeren i Frederikshavn Kommune siger, at: *"Mit politiske udgangspunkt er, at vi har en forpligtigelse til at oplyse, vejlede og hjælpe vores borgere."* (Bilag 4a: 4). Politikeren mener, at kommunen har den forpligtigelse, hvorfor borgerne kan have forskellig grad af viden om at træffe det sunde valg, og hvilke konsekvenser det kan medføre, eller man ikke har ressourcerne til at gøre noget ved det (Bilag 4a: 4). En mulighed for at imødekomme denne udfordring er ved måden, hvorpå kommunen kommunikerer med sine borgere (Bilag 4a: 5).

Et tiltag, der skaber en mulighed for at reducere den sociale ulighed i sundhed i begge kommuner, er ved en tidlig indsats. For eksempel i form af at investere i de kommunale sundhedsplejersker, hvor borgeren er i kontakt med kommunen (Bilag 4a: 5). Der investeres hermed lige fra barns ben, hvilket koster penge her og nu, men på sigt skal det sikre en bedre sundhed og samtidig færre udgifter for kommunen og samfundsøkonomien (Bilag 5a: 8-9 & 15) og (Bilag 4b: 7). Hermed formodes det, at også antallet af sygedagpengemodtagere kan reduceres på sigt. Endvi-

dere har de i Frederikshavn Kommune udarbejdet rygestopkurser for bestemte grupper (Bilag 4a: 5), ligesom de også har gjort i Skanderborg Kommune (Bilag 5c: 9). Der kan her stilles spørgsmålstejn ved, hvornår kommunen skal blande sig, og hvornår de skal lade være. På den ene side kan der argumenteres for, at borgeren også selv har et stort ansvar, men på den anden side skal borgeren heller ikke stå alene med det ansvar ifølge medarbejder IP9 (Bilag 5c: 9). IP9 mener hermed at "(...) *det er et fælles ansvar.*" (Bilag 5c: 8). Dette synspunkt deler politikeren i Skanderborg Kommune (Bilag 5a: 11). Det at tage et medansvar skaber hermed en mulighed ifølge informanterne i Skanderborg Kommune, hvilket også stemmer godt overens med deres Kommune 3.0 koncept. Kommune 3.0 indebærer netop: "(...) *at vi som borgere har et medansvar for, hvordan vores naboer har det.*" (Bilag 5a: 16).

Et andet tiltag der sættes ind med i begge kommuner er ønsket om at blive røgfri. Sundhedschefen i Frederikshavn Kommune udtaler i interviewet:

"Vi i vores center er røgfri, røgfri i arbejdstiden. Det blev vi 1. januar fordi, at vi er jo ikke en røgfri kommune, men hvis vi mener noget med sundhedsdagsordenen, og vi vil prøve [at] forebygge ulighed i sundhed, så ved vi, at rygning det er der, det starter." (Bilag 4b: 12-13)

Med dette citat skaber det en mulighed for implementeringsprocessen, da kommunen også er røgfri, og dermed bliver kommunen mere troværdig som afsender af at bekæmpe den sociale ulighed i sundhed. I Skanderborg Kommune er der lagt en strategi om, at Skanderborg skal være røgfri i 2025. Dette skyldes, at tobak er et område, hvor der er en signifikant social ulighed i sundhed. IP7 uddyber netop, at der blandt højtuddannede cirka er 7 %, der ryger dagligt, hvor imens det cirka er 44 %, af de kortuddannede eller uuddannede borgere, der ryger. Med *Røgfri Skanderborg 2025* menes, at andelen af dagligrygere reduceres med 4 % point i 2025 (Bilag 5b: 2) og (Bilag 5c: 4). Det skaber en mulighed, at de i Skanderborg Kommune sætter så meget ind over for rygning i forhold til at bekæmpe den sociale ulighed i sundhed, idet rygning er den største faktor for ulighed i sundhed ifølge IP9 (Bilag 5c: 4). De laver hermed en tobaksforebyggende indsats, hvor borgerne får en række mestringsstrategier, de også kan bruge i andre sammenhænge. For eksempel uddyber medarbejder, IP9: "*På den måde er det en positiv knap, vi kan dreje på.*" (Bilag 5c: 8). Herved forstås, at de ved at lykkes med rygestop også finder frem til og har mod på andre forandringer som f.eks. at begynde på en ny uddannelse (Bilag 5c: 8).

Et tredje tiltag der sættes ind på i Frederikshavn Kommune for at mindske den sociale ulighed i sundhed er på uddannelsesområdet. "*Hvis man tænker på ulighed i sundhed, så skal vi jo tænke uddannelsesområdet med.*" (Bilag 4b: 6). At kommunen skal tænke uddannelsesområdet ind i

forhold til social ulighed i sundhed skyldes, at man har viden om, at graden af uddannelsesniveau er en af årsagerne til social ulighed i sundhed. Ved at uddanne en større del af ungdomsårgangene, da vil disse personer forhåbentlig også klare sig bedre i livet (Bilag 4b: 6). Tillige har de i kommunen også et ønske om et højt kompetenceniveau blandt deres medarbejdere *"For at kunne løse opgaven derude."* (Bilag 4b: 14). For eksempel har de, ifølge IP2, et mål om at efteruddanne de kommunale SOSU-hjælpere, således de kan få en assistentuddannelse og forholdet mellem hjælpere og assistenter bliver 50/50. At de ligesom *Røgfri kommune* også uddanner egne kommunale medarbejdere udgør en mulighed i processen med at få implementeret sundhedspolitikken. Det antages, at de i kommunen ved at indføre tiltag overfor deres kommunale medarbejdere også bedre får implementeret sundhedspolitikken ud til borgerne. Jævnfør afsnit 1.1 *De politiske fokus på social ulighed i sundhed i Danmark*, er det vigtigt at have fokus på uddannelse for at kunne mindske den sociale ulighed i sundhed.

Et fjerde tiltag kan ses i forhold til, hvem der skal sættes ind over for, hvad angår social ulighed i sundhed. Her mener sundhedskonsulent i Skanderborg Kommune, IP9, at det skaber en mulighed, hvis der sættes ind over for de ressourcetsvage borgere. Hermed spiller kommunen en rolle i forhold til at arbejde tæt sammen med de ressourcetsvage borgere, idet de ressourcestærke, ifølge IP9, nok skal klare sig ud fra de muligheder, der er til rådighed (Bilag 5c: 12). Modsat mener sundhedskonsulent, IP4, i Frederikshavn Kommune at: *"Man rykker dem faktisk ved at rykke hele hovedgruppen."* (Bilag 4d: 21). Hermed menes, at den sociale ulighed i sundhed ikke kun reduceres ved at rette blikket mod de borgere, der har det dårligt. Det er også nødvendigt at sætte ind over for dem, der har det bedst samtidig med midtergruppen for at rykke den sociale ulighed i sundhed (Bilag 4d: 21). Herved skabes der en mulighed ved at rykke hele hovedgruppen, modsat Skanderborg Kommune, der mener, man skal rykke de ressourcetsvage borgere (Bilag 5a: 6) og (Bilag 4c: 12).

Kommunens rolle og herunder Center for Arbejdsmarked i Frederikshavn Kommune er en vigtig medspiller i forbindelse med at reducere den sociale ulighed i sundhed. IP3 uddyber, at det er sammen med sundhedsområdet, de løfter det i flok, hvorfor IP3 siger: *"Nej vi kan ikke løse det alene"* (Bilag 4c: 15). Endvidere spiller kommunen også en rolle for at mindske social ulighed i sundhed ifølge sundhedskonsulenten i Frederikshavn Kommune, hvad angår en tidlig indsats (Bilag 4d: 3). Således siger IP5:

"(...) hvis vi gør noget tidligt for vores borgere, så får vi jo dem ikke så langt tid i systemet, og forhåbentlig får vi dem hurtigt ud af systemet, eller vi kan måske undgå, at vi får nogle ind i vores system" (Bilag 4d: 3).

Med ovenstående citat menes, at en tidlig og forebyggende indsats i form af at sætte fokus på social ulighed i sundhed samt antallet af sygedagpengemodtagere også kan reduceres markant ved hjælp fra kommunen. Det skaber en effekt både for det enkelte menneskes sundhed, men også økonomisk for kommunen.

I forlængelse af ovenstående, hvad angår mere uddannelse, som IP2 også nævner, da mener IP5 også at: "(...) *jo mere vi kan imødekomme den ulighed i sundhed, jo bedre forudsætninger har vi for at få borgeren ud i uddannelse og på arbejdsmarkedet.*" (Bilag 4d: 6). Hermed er sundhedskonsulenten i Frederikshavn Kommune af den forståelse, at arbejdsmarkedet er en medvirkende faktor og spiller en væsentlig rolle i forhold til at reducere den sociale ulighed i sundhed. "(...) *har du ikke noget tilknytning til arbejdsmarkedet, jamen så er du længere syg, du bliver marginaliseret*" (Bilag 4d: 6). Det vil sige, at jo bedre Center for Arbejdsmarked formår at imødekomme den sociale ulighed i sundhed, jo bedre forudsætninger har de også for at få borgeren og hermed sygedagpengemodtageren ud på arbejdsmarkedet og i uddannelse (Bilag 4d: 6). Tillige siger IP4, der er sundhedskonsulent:

"(...) kan vi skille fårene fra bukkene, så kan vi også finde ud af, hvordan kan vi understøtte den gruppe, som måske har det sværest i forhold til sundhed." (Bilag 4d: 6-7)

Herved forstås, at man, med den nye sundhedspolitik, vil prøve at lave nogle indsatser, der er rettet mod de målgrupper, der har brug for hjælpen. Ved at gøre borgerne så robuste som muligt, kan borgerne også klare sig selv langt hen ad vejen, hvormed der bliver ressourcer til at hjælpe dem, som har brug for hjælpen. Det vil også sige, at de borgere, der kan selv, også skal selv (Bilag 4d: 6-7).

Kommunens rolle i forhold til at reducere den sociale ulighed i sundhed kan diskuteres ud fra følgende citat: "*Vi går jo ikke ind og er dommer for, om folk de ryger eller ej.*" (Bilag 4d: 5). Det store fokus på sundhed i kommunen kan udgøre en barriere, hvorfor der kan stilles spørgsmålstegn ved, hvor grænsen går for, om kommunen skal gå ind og blande sig i den enkelte borgers sundhed som tidligere nævnt. Denne problemstilling stiller afdelingslederen på jobcentret i Frederikshavn Kommune også: "*vi [er] jo nogle selvstændige mennesker, der er jo ingen, der kan tage det fra os, vi er jo ikke umyndiggjort.*" (Bilag 4e: 6). Der kan hermed stilles spørgsmålstegn ved, hvornår kommunen skal handle på borgerens usunde vaner eller ej, i forbindelse med at få den enkelte til at stoppe med at ryge. I forlængelse heraf fremgår der også en barriere i forhold til, at afdelingslederen på jobcentret i Frederikshavn Kommune siger: "*Jeg ved ikke, om vi arbejder så meget med social ulighed, fordi vi har jo en tankegang om, at hvert individ bestemmer over sig*

selv." (Bilag 4e: 13). Herved forstås, at afdelingslederen på jobcentret ikke mener, at de som kommune skal spille en rolle i forhold til at "(...) *bedømme, om det er rigtig sådan, som du lever, eller sådan som jeg lever.*" (Bilag 4e: 13). Dette synes IP6 ikke at kunne gøre mere ved, hvilket står i modstrid med hele implementeringen af sundhedspolitikken. Det udgør en signifikant barriere i forhold til at få implementeret de gældende sundhedsindsatser overfor sygedagpengemodtageren. Når ikke afdelingslederen på jobcentret deler synspunkt med centercheferne, bliver det en udfordring at få reduceret den sociale ulighed i sundhed. Dog siger sundhedschefen i Frederikshavn Kommune: "*Livet det er jo ikke en kommunal opgave vel.*" (Bilag 4b: 21). Hermed kan der argumenteres for, at borgeren skal forstyrres mindst muligt af kommunen. Her kommer den såkaldte empowerment tankegang ind i billedet. Kommunen vil således skabe et mind-set blandt borgerne om, at man som borger helst vil være herre over eget liv (Bilag 4b: 21). Modsat afdelingslederen på jobcentret i Frederikshavn Kommune mener medarbejderen i sundhedsfremmeafdelingen i Skanderborg Kommune, at kommunen spiller en væsentlig rolle i forbindelse med at få reduceret social ulighed i sundhed hvorfor:

"(...) vi har en super vigtig rolle på det her felt, fordi det netop er de parametre, vi arbejder med i forhold til borgernes sundhed og i forhold til borgerens beskæftigelsesgrad, der kan gå ind og rykke i forhold til uligheden." (Bilag 5c: 8)

Der kan hermed udledes en mulighed i Skanderborg Kommune, idet kommunen hjælper til i forbindelse med at reducere den sociale ulighed i sundhed.

Det, at Skanderborg Kommune har lavet en intensiv indsats på tobaksområdet, skaber en mulighed i forhold til at reducere den sociale ulighed i sundhed, da en årsagsfaktor til ulighed i sundhed netop er rygning (Bilag 5b: 9), jævnfør afsnit 1.1 *De politiske fokus på social ulighed i sundhed i Danmark*. IP10 fra jobcentret beskriver forholdene i Skanderborg Kommune således:

"Vi er i den situation i Skanderborg Kommune, [at] vi faktisk har flere sygemeldte, end vi har ledige. Så det vil sige, den efterspørgsel, der er fra virksomhederne, lige nu er kæmpe stor på arbejdskraft. Så vi har rigtig meget brug for, at den arbejdsreserve, der ligger [ovre] i sygedagpengeafdelingen, er arbejdskraft, som ellers ville kunne have stået til rådighed for arbejdsmarked[et], at vi bedst muligt får bragt dem i spil." (Bilag 5d: 4)

En mulighed skabes hermed, hvorfor man i Skanderborg Kommune har valgt at lægge beskæftigelses- og sundhedsforvaltningen sammen i én enhed. Derforuden skaber det den mulighed, at man i sygedagpengeafdelingen i Skanderborg Kommune sætter fokus på social ulighed i sund-

hed, idet udfordringen vedrørende forholdet mellem sygemeldte og ledige som beskrevet i citatet ovenfor imødekommes.

En anden måde, de i Frederikshavn Kommune vil lave en forebyggende indsats på, er ved i et samarbejde med den enkelte arbejdsplads omkring tidlig indsats i forhold til sygemeldte medarbejdere. Arbejdsmarkedschefen kalder denne løsning for en: "(...) *minus 15, 1, 5, 14 [...] aktion.*" (Bilag 4c: 4). Hermed menes, at der gribes ind allerede, når lederen eller medarbejderen har en formodning om, at der er en medarbejder, der er på vej til at blive syg. En opfølgning foregår således med den enkelte, der er på vej til at blive syg i form af en samtale, hvor de sammen ser på, hvilke foranstaltninger der vil være mest hensigtsmæssige at sætte i værk (Bilag 4c: 4). Formålet med en tidlig indsats skyldes: "(...) *at hvis du er sygemeldt, og du er sygemeldt i en rum tid, så falder sandsynligheden for, at du kommer tilbage i forhold til den periode, du er væk.*" (Bilag 4c: 4). En tidlig og forebyggende indsats er hermed en væsentlig faktor, hvad angår, at man af menneskelige årsager kan få en bedre sundhed. Derudover er der økonomiske årsager hertil (Bilag 4c: 4). Disse sundhedsfremmetiltag har Skanderborg Kommune også indført med arbejdspladserne i kommunen. Politikeren i Skanderborg Kommune siger således:

"(...) så har vi jo f.eks. de der virksomhedskonsulenter, som kommer ud og tilbyder virksomhederne og lave en sundhedsindsats på virksomhederne. Der kan man sige, at det jo er virksomhedernes egen sundhedstiltag, vi går ind og blander os i, hvis man kan sige det. Men det er fordi, at hvis man får fat i folk på deres arbejdsplads, så har man større chance for succes for, at de kommer i gang med den indsats, der er behov for." (Bilag 5a: 8)

Denne sundhedsindsats går blandt andet ud på, at den enkelte på arbejdspladsen kan få målt sit blodtryk og blodsukkerniveau samt lavet en KOL test (Bilag 5a: 8). Derforuden har virksomhedskonsulenterne også stået på et byggecenter og spurgt forbigående borgere, om de vil have lavet nogle sundhedstests (Bilag 5a: 8).

Af sundhedstilbud har de blandt andet et hold, der hedder *Job og Mestring* for ledige på beskæftigelsesområdet. Job og Mestring er til for, ved hjælp fra ergoterapeuter, fysioterapeuter og psykologer, at hjælpe, hvis der f.eks. er nogle ledige borgere, der har udfordringer med en dårlig skulder. Dette skal forebygge, at borgeren ikke ender på sygedagpenge, men de tilbudte hjælpemidler skal medvirke til, at den ledige borger kan passe et arbejde. Arbejdsmarkedschefen siger således:

"Så nogen gange kan man jo også opleve, at personer som var fjernt fra arbejdsmarkedet, dem får vi ved en kombination af hjælpemidler og fysioterapi og nogle drøftelser om, at det faktisk ikke er farligt, så får vi dem tilbage." (Bilag 4c: 5-6)

Ifølge IP3 hjælper dette tiltag hermed på at få borgeren tilbage på arbejdsmarkedet og dermed undgår de at komme på sygedagpenge, hvilket bliver en gevinst både for borgeren, men også økonomisk set for kommunen (Bilag 4c: 6). I sygedagpengeafdelingen er der også sundhedsfremmetilbud i form af afvænningsstilbud, mindfulness og tilbud i forhold til coaching (Bilag 4c: 8).

Modsat Skanderborg Kommune siger afdelingslederen i jobcentret i Frederikshavn Kommune, at: *"Rygning har vi aldrig kigget på."* (Bilag 4e: 2). Det kan hermed udgøre en barriere, at der ikke laves tilbud i forhold til f.eks. rygestop i Frederikshavn Kommune, i og med det er en af de årsagsfaktorer, der er skyld i den største ulighed i sundhed ifølge Skanderborg Kommune (Bilag 5a: 6). Derimod siger afdelingslederen i jobcentrets sygedagpengeafdeling, at de har et sundhedstilbud, der hedder *Kost og Motion*. Her kan sygedagpengemodtagerne få vejledning fra fysioterapeuter eller ergoterapeuter om, hvad der er godt for den enkelte at spise samt en motive-rende samtale om motion. Sygedagpengemodtagerne får lavet en plan over et forløb på 6 uger med mulighed for efterfølgende opfølgning, således de får en god proces. Der er også psykologer ansat til at coache sammen med motion og kost, hvilket ifølge IP6: *"(...) er rigtig, rigtig godt til mange af dem der. Fordi man vender noget i hoved[et] på dem samtidig med."* (Bilag 4e: 3).

I Skanderborg Kommune har de også mestringsamtaler med borgere i jobcentret. Her forsøges det *"(...) at involvere og inkludere den mentale sundhed og trivsel i stort omfang."* (Bilag 5a: 5). En barriere politikerer pointerer er, at den mentale sundhed er under pres alle steder fra, hvorfor udgifterne stiger hertil (Bilag 5a: 5). Endvidere har man i Skanderborg Kommune på arbejdsmarkedsområdet lavet en indsats, der hedder *Lev længe med kronisk sygdom*. Her kan borgeren indgå i en gruppe og få råd om, hvordan man bedre kan klare sig med en kronisk sygdom (Bilag 5a: 7).

"(...) i en sygedagpengesag, så har vi selvfølgelig en række tilbud, som gerne skulle understøtte at de hurtigt kommer hen, i den her ende herhøved, der hedder fuldt raskmeldte." (Bilag 5d: 2)

På jobcentret har de hermed også en række sundhedstilbud i Skanderborg Kommune. Dog kan der også blive for mange sundhedstilbud. Således udtaler IP10: *"Og måske skal vi ikke have 20 tilbud, måske skal vi bare have 5 tilbud, som vi har evidens for det virker, vi ved lidt om, hvorfor"*

virker det her. (Bilag 5d: 26-27). Det kan hermed blive en barriere, hvis der er for mange sundhedstilbud, hvormed det måske ikke er alle sundhedsfremmetilbud, der virker lige godt.

9.10.1 Delkonklusion

I analyseafsnittet *Social ulighed i sundhed og sundhedstilbud* er arbejdsspørgsmålene: *Hvilke tiltag udarbejdes der for at mindske den sociale ulighed i sundhed i Frederikshavn Kommune og Skanderborg Kommune udover sundhedspolitikken samt Hvilken rolle har kommunerne i forbindelse med at reducere den sociale ulighed i sundhed på sundheds- og beskæftigelsesområdet?* blevet besvaret. Tiltag til at reducere den sociale ulighed i sundhed i begge kommuner er en tidlig indsats, *Røgfri Skanderborg 2025*, og at alle ansatte i Frederikshavn Kommune er røgfri i arbejdstiden. Tillige sættes der ind med en række tiltag på uddannelsesområdet for at mindske den sociale ulighed i sundhed. Et punkt hvor kommunerne adskiller sig fra hinanden er, hvor der ses på hvilke befolkningsgrupper, der skal sættes ind overfor. Her mener sundhedskonsulenten i Skanderborg Kommune, at der kun skal sættes ind overfor de resourcesvage borgere. Modsat mener sundhedskonsulenten i Frederikshavn Kommune, at der skal rykkes på hele gruppen, både ressourcestærke og resourcesvage borgere. Der stilles i afsnittet spørgsmålstegn ved, hvilken rolle kommunen spiller, og hermed hvor grænsen går for, om kommunen skal gå ind og blande sig i den enkelte borgers sundhed. En barriere fremkommer, hvorfor afdelingslederen på jobcentret udtaler, at de ikke arbejder så meget med social ulighed i sundhed i forbindelse med sygedagpengemodtagerne. Modsat mener medarbejderen i sundhedsfremmeafdelingen i Skanderborg Kommune, at kommunen spiller en signifikant rolle i forhold til at reducere den sociale ulighed i sundhed. I begge kommuner samarbejder de med virksomhederne i forhold til sundhedstilbud. Ifølge arbejdsmarkedschefen i Frederikshavn Kommune er der også i sygedagpengeafdelingen sundhedsfremmetilbud i form af mindfulness, coaching samt afvæningstilbud. Afdelingslederen i jobcentret i Frederikshavn Kommune nævner, at der er sundhedstilbud som *Kost og Motion*, men rygning er der ikke fokus på i forhold til sygedagpengemodtagerne.

9.11 Kommunens opgaver og lovgivning

Dette afsnit analyserer: *Hvilke fordele og ulemper er der for sygedagpengemodtagerne tilknyttet jobcentret, at kommunerne overtager flere sundhedsopgaver?* Efter Strukturreformen i 2007, overtog kommunerne en del af sundhedsopgaverne fra staten. Dette afsnit vil omhandle, hvilke fordele og ulemper, der er forbundet med denne overtagelse baseret på den indsamlede empiri. Endvidere vil lovgivningens indflydelse på områderne blive analyseret.

En fordel ved, at kommunerne overtager sundhedsopgaverne er, at sundheden kommer tæt på borgerne, i forhold til sundhedstilbud og genoptræning. Dette påpeger informanterne i begge kommuner. IP2 udtrykker det således: *"Vi kalder det, det borgernære sundhedsvæsen, det er jo fordi, det er rykket ud i kommunerne."* (Bilag 4b: 4) og: *"Altså at sundheden den rykker ud der, hvor borgeren den er."* (Bilag 4b: 15). Medarbejderen i Skanderborg Kommune, finder det også naturligt, at kommunen overtager genoptrænings- og sundhedsopgaven, da kommunen er nødt til at være tæt på borgerne (Bilag 5c: 11).

En anden fordel for sygedagpengemodtagerne er, at sundheden kommer ud til dem, da man fra kommunernes side er blevet bevidst om at lave nogle strategier med: *"(...) henblik på at hjælpe borgerne og understøtte borgerne i det hele liv."* (Bilag 4c: 9). Derudover har man i Frederikshavn Kommune forsøgt at bruge: *"(...) sundhedsområdets tankegang om forebyggelse og rehabilitering og sund livsstil til også og løfte nogle borgere i nogle andre områder."* (Bilag 4a: 2). På langt sigt kan det være en fordel for sygedagpengemodtagerne, at kommunen har fokus på den forebyggende indsats for at forhindre, at borgerne bliver syge.

9.11.1 Lovgivning

Afsnittet omhandler hvilke muligheder og barrierer, der spiller en rolle i forhold til implementeringen af sundhedspolitikken. Endvidere hvilken påvirkning lovgivningen har for samarbejdet mellem sundheds- og beskæftigelsesområdet.

Der ses en mulighed i forhold til at fremme den enkelte borgers og kommunes sundhed, hvor sundhedskonsulenten, IP4, i Frederikshavn Kommune nævner lovgivning på rygeområdet: *"Altså vi rykker det ved at rykke lovgivningen, og vi kan jo se, at der har det faktisk virket. Så sundheden stiger på det grundlag"* (Bilag 4d: 11). Det er dog ikke nok at have lovgivning på rygning, hvis ikke de også sætter krav i kommunen om rygeforbud blandt de ansatte. Herved forstås, at de i Frederikshavn Kommune fungerer som et team og har en helhedstankegang i forhold til at komme rygning til livs. Det vurderes hermed, at dette kommunale tiltag vil styrke rygestoprådgiverens position i forhold til at have betydning for samtalerne om rygning. I sidste ende kan dette være medvirkende til at bekæmpe den sociale ulighed i sundhed på rygeområdet. Tillige spiller lovgivning også en afgørende rolle ifølge IP3, der siger: *"(...) det kan også overvejes, om der er noget ved den lovgivning, man har lavet på Christiansborg, der er for et-benet"* (Bilag 4c: 7). Således spiller lovgivningen en rolle for implementeringens succes ifølge Frederikshavn Kommune. Hvorvidt lovgivning spiller en rolle for at bekæmpe den sociale ulighed i sundhed kan diskuteres i forhold til, at politikeren i Skanderborg Kommune mener: *"(...) at man kan ikke flytte folk med regler [...] Men jeg tror ikke så meget på det der med alle de forbud"* (Bilag 5a: 13).



Herved kan en baggrundsfaktor som lovgivning og rygeforbud, ifølge politikeren i Skanderborg Kommune, ikke have en afgørende betydning for implementeringens succes og til at fremme sundhedsindsatsen. I forlængelse heraf uddyber IP7, at borgeren også skal være motiveret til at stoppe med at ryge, og ikke kun fordi det er dem påbudt (Bilag 5a: 13).

Ud fra informanternes tilbagemelding ses der en barriere ved, at kommunen overtager sundhedsopgaven. En ulempe der er blevet identificeret er et ønske om, at lovgivningerne inden for sundhed og eksempelvis beskæftigelse bliver bedre sammenkoblet og forenklet (Bilag 4c: 19). IP3 mener, der er meget implementeringskontrol i disse lovgivninger og har et ønske om at "(...) turde og sætte kommunerne fri." (Bilag 4c: 19), da IP3 ikke mener, der er tiltro nok til kommunerne fra statens side (Bilag 4c: 19). Kobles dette sammen med afsnit 5.1 *Social ulighed i sundhed* og rapporten *Ulighed i sundhed - årsager og indsatser*, så peger rapporten på, at sundhed ikke kun er en sundhedspolitisk opgave. IP3 giver også udtryk for, at der skal være bedre sammenhæng mellem lovgivningerne på sundheds-, social- og beskæftigelsesområderne (Bilag 4c: 19).

Der hvor sundhedsområdet og beskæftigelsesområdet kan skabe barrierer i forhold til hinanden, men også i forhold til målgruppen, det er, hvordan områderne er styret, som IP5 udtrykker det: "(...) ét er regelstyret, det andet er baseret på frivillighed, det kan godt være svært nogen gange. Så det er også en af udfordringerne." (Bilag 4d: 9). Det, som er regelstyret er beskæftigelsesområdet, og det der er baseret på frivillighed, er sundhed. Regler og lovgivning kan skabe en barriere i forhold til implementering af sundhedspolitikken i Frederikshavn Kommune og Skanderborg Kommune, da lovgivningen kan forhindre, at forvaltningerne samarbejder på bedst mulig vis, og i sidste ende er det sygedagpengemodtagerne, det går ud over.

10. Konklusion

Konklusionen vil besvare specialets problemformulering, der lyder: *Hvordan er sundhedspolitikken fra 2013 i Frederikshavn Kommune og i Skanderborg Kommune blevet implementeret med fokus på social ulighed i sundhed på sundheds- og beskæftigelsesområdet? Endvidere hvilke barrierer og muligheder er der opstået i denne proces for aktørerne på disse områder?*

Konklusionen er opbygget efter den integrerede implementeringsmodel i kronologisk rækkefølge. Den første fase konkluderer på politikformuleringen og politikdesignet. Anden fase konkluderer på implementeringsprocessen. Tredje fase konkluderer på implementeringsresultaterne. Fjerde fase konkluderer på feedbackmekanisme. Femte fase konkluderer på socioøkonomiske omgivelser. For det sjette konkluderes der på Social ulighed i sundhed og sundhedstilbud. For det syvende bliver der konkluderet på Kommunernes opgaver. De to sidste punkter ligger ud over den integrerede implementeringsmodel.

10.1 Politikformulering og politikdesign

For det første kan det konkluderes, at både Frederikshavn Kommunes sundhedspolitik og Skanderborg Kommunes sundhedspolitik fra 2013 er formuleret ud fra et top-down perspektiv. Begge tager ligeledes udgangspunkt i samme politikdesign, hvorfor de sætter fokus på social ulighed i sundhed som henholdsvis rammesætning i Frederikshavn Kommune og som strategispor i Skanderborg Kommune. Begreberne dækker dermed over, at de har designet sundhedspolitikkerne ens, hvad angår social ulighed i sundhed. Det politiske niveau har stået for politikformuleringen i sundhedspolitikkerne fra 2013, hvorefter det er hver forvaltningsleders ansvar først at udarbejde delhandleplaner på baggrund af sundhedspolitikken, og derefter skal det implementeres ud til medarbejderne i praksis.

10.2 Implementeringsprocessen

For det andet konkluderes det, at der er opstået en række muligheder og barrierer, der gør sig gældende gennem sundhedspolitikken implementeringsproces.

10.2.1 Organisatorisk implementeringsadfærd

Muligheder:

Ved at oprette et samarbejdsforum i opstartsfasen, skal dette være med til at forbedre samarbejdet mellem arbejdsmarkeds- og sundhedsområdet i Frederikshavn Kommune, hvilket udgør en mulighed for implementeringens succes.

Det udgør en mulighed, at der i begge kommuner arbejdes ud fra en decentral implementeringsproces. Dette skyldes, at de implicerede aktører i større grad kan tilegne sig delhandleplaner, der er relevante for deres eget område.

Der opstår en mulighed i samarbejdet mellem arbejdsmarkeds- og sundhedsområdet, da der på baggrund af sundhedspolitikken kommer flere sunde borgere og samtidig forbedres kommunens økonomi ved en forebyggende indsats. Kommunens indsats i forhold til at få borgere på sygedagpenge tilbage på arbejdsmarkedet igen skaber en mulighed i begge kommuner i kraft af, at der bliver lavet en fælles indsats fra kommunens side.

Tillige udgør det en mulighed for implementeringsprocessen i Skanderborg Kommune, at Beskæftigelse og Sundhed er én forvaltning. Dermed konkluderes det, at sundhedspolitikken implementeres bedre på beskæftigelsesområdet i Skanderborg Kommune, end det gør i Frederikshavn Kommune, da de har opdelt sundhed og beskæftigelse i to forvaltninger.

Derforuden udgør det en mulighed for implementeringens succes, da både Frederikshavn Kommune og Skanderborg Kommune, hver især, har valgt at samle deres administration under et tag, og dette muliggør, at samarbejdet bliver lettere.

Barrierer:

Da begge kommuner har valgt en decentral implementeringsstrategi, er det vigtigt, at de enkelte centre i hver kommune påtager sig opgaven med at implementere delhandleplanerne. Hvis forvaltningerne ikke påtager sig dette ansvar udgør det en barriere for implementeringen af sundhedspolitikken.

En yderligere barriere er, at sundhedsopgaven ikke tidligere har været en del af Center for Arbejdsmarkeds fokusområde i Frederikshavn Kommune, og dermed kan det blive svært at implementere det, der ligger ud over eget kerneområde.

Tillige kan kommunikationen fra det politiske niveau og til medarbejderniveau være en barriere for implementeringsprocessens succes, da denne kommunikationsvej kan være lang og udfordrende, hvis der er nogle aktører, der ikke tager sundhedspolitikken til sig på vejen.

Endvidere kan der udledes en barriere, hvad angår engagementet og ejerskabet til sundhedspolitikken ude i de forvaltninger, der ikke er sundhedsforvaltningen. Det vil sige, at jo længere sundhedspolitikken bevæger sig væk fra sundhedsforvaltningen, jo sværere bliver det at indtænke sundhed i disse forvaltninger i begge kommuner.

I Frederikshavn Kommune kan der opstå overlap af opgaver mellem beskæftigelses- og sundhedsområdet, hvormed menes, at forvaltningerne kommer til at varetage de samme sundhedsopgaver. Dette udgør ligeledes en barriere.

Desuden er silotænkningen en barriere for implementeringens succes, da det interne samarbejde herved ikke bliver tilstrækkeligt udført på tværs af forvaltningerne i begge kommuner.

10.2.2 Interorganisatorisk implementeringsadfærd

Muligheder:

Inden for den interorganisatoriske implementeringsadfærd er der observeret én overvejende mulighed, der gør sig gældende i både Frederikshavn Kommune og Skanderborg Kommune. Denne mulighed er samarbejdet med de eksterne aktører såsom lægerne og de lokale virksomheder. Muligheden opstår, hvis samarbejdet mellem kommunen og de eksterne aktører både bliver forbedret og udbygget, hvilket i sidste ende vil komme borgerne til gode. Hvis samarbejdet forbedres og udbygges kan det yderligere konkluderes, at det kan være en medvirkende faktor til at reducere den sociale ulighed i sundhed, idet lægerne og virksomhederne har en medvirkende rolle i forhold til den borgerrettede forebyggelse på sundhedsområdet.

Barrierer:

En barriere, der kan udledes ved denne del af implementeringsprocessen, er dog også ved kommunernes samarbejde med de eksterne aktører, hvor det kan siges, at kommunerne ikke har beslutningskompetence i forhold til virksomhederne, om og når virksomhederne skal implementere en sundhedspolitik.

Tillige ses en barriere også i forhold til, at kommunerne mener, at lægerne i nogen grad har en anden målsætning i forbindelse med længden af sygedagpengeperioder, hvilket ifølge kommunerne, kan skabe nogle konsekvenser for sygedagpengemodtagerne i det lange løb. Hermed menes, at borgeren kan få sværere ved at vende tilbage til arbejdsmarkedet igen.

En sidste barriere, inden for interorganisatorisk implementeringsadfærd, kommer til udtryk i Skanderborg Kommune, hvor det ses, at medarbejderne i de forskellige virksomheder ikke altid er bosat i den pågældende kommune. Hermed menes, at det udgør en barriere, hvis det politiske niveau ikke ser det som fordelagtigt at investere i disse borgere. Selvom informanterne i Frederikshavn Kommune ikke giver udtryk for denne barriere, konkluderes det, at dette også må gøre sig gældende i Frederikshavn Kommune.

10.2.3 Ledelsesadfærd

Muligheder:

En mulighed ved ledelsesadfærden i begge kommuner er, at det er forvaltningschefernes ansvar, at implementere sundhedspolitikkerne i deres forvaltning. Dette ses som en mulighed, da det kan være med til at skabe et bredt ejerskab blandt forvaltningscheferne i forhold til sundhedspolitikken.

Samtidig ses det som en mulighed, at ledelsen netop er tæt på, hvor medarbejderne og borgerne er, og de kan derfor let modtage og give feedback. Samtidig kan dette være med til at skabe et større engagement blandt forvaltningslederne i begge kommuner, hvilket skaber en mulighed for implementeringens succes.

Derudover er der opstået den mulighed gennem implementeringsprocessen, i Frederikshavn Kommune, at ledelsesadfærden er blevet mere målrettet i forhold til, hvordan der skal arbejdes på at sætte de rigtige medarbejdere sammen. Dermed kan det undgås, at nogle ledere tager de lette udveje.

En mulighed der kommer til udtryk i Frederikshavn Kommune er, at implementeringen godt kan lykkes, ifølge ledelsen, selvom medarbejderne ikke kender bevidst til sundhedspolitikken. Dog er det vigtigt, at ledelsen har et indgående kendskab til sundhedspolitikken for at implementeringen kan blive en succes.

En sidste mulighed er, at sundhedspolitikken, ifølge flere informanter i Frederikshavn Kommune, har meget trækraft ud i forvaltningerne. Dette kan overføres til Skanderborg Kommune, da kommunen, som nævnt, har slået Beskæftigelse og Sundhed sammen i én forvaltning.

Barrierer:

Manglende engagement og ejerskab blandt ledelsen udgør også en barriere for implementeringens succes, da sundhedspolitikernes rammesætning og strategispor i så fald ikke når ud til medarbejderne i Frederikshavn Kommune og i Skanderborg Kommune.

Derudover ses der også en barriere, i Skanderborg Kommune, i forbindelse med det sundhedspolitiske ejerskab i forhold til, at der kommer nye byrådsmedlemmer til ved kommunalvalg. Dette gør, at der er risiko for, at politikerne udelukkende tænker frem til næste valgperiode. Denne barriere konkluderer vi også vil gøre sig gældende i Frederikshavn Kommune, da de er underlagt samme regler.

Endvidere udgør ledelsens manglende ønske om at afgive suverænitet i Frederikshavn Kommune en barriere for implementeringsprocessens succes, hvormed der kan opstå en form for informationsasymmetri mellem de forskellige aktører.

Slutteligt udledes det som en barriere i Frederikshavn Kommune, hvad angår ledelsesadfærden, at sundhedspolitikken kan være overvældende ude på jobcentret i den forstand, at det kan være problematisk at arbejde med den og holde den i live i hverdagen. Denne problematik skyldes, at sundhedsdagsordenen ligger ud over jobcentrets kerneopgaver.

10.2.4 Markarbejderadfærd

Muligheder:

Det konkluderes, at det på markarbejderniveau er en mulighed, at sundhedsindsatsen i højere grad end tidligere er blevet lagt ud til kommunerne, da de kommunale administrative medarbejdere er kommet tættere på den enkelte borger.

Derudover ses der en mulighed i markarbejderadfærden i Skanderborg Kommune, da de ser sundhedspolitikken som en integreret del af deres arbejde. En lignende mulighed ses i Frederikshavn Kommune, hvor markarbejderne i høj grad er engagerede i deres arbejde. For at markarbejderne kan være engagerede i arbejdet med sundhedsdagsordenen, konkluderes det, at de også har det som en integreret del af deres arbejde i Frederikshavn Kommune. Det konkluderes, at denne mulighed er vigtig for implementeringens succes.

Der udledes yderligere en mulighed i markarbejderadfærden i jobcentrene i begge kommuner, da de medarbejdere, der arbejder med sundhedspolitikken, har været medvirkende til at skabe mere borgerinvolvering.

Slutteligt konkluderes det ved markarbejderadfærden, at denne spiller en afgørende rolle for at påvirke målgruppeadfærden hos sygedagpengemodtagerne i sidste ende. Det er dermed markarbejdernes ansvar at implementere den ønskede adfærd fra sundhedspolitikken ud til sygedagpengemodtagerne i begge kommuner.

Barrierer:

En barriere ved markarbejderadfærden, i Skanderborg Kommune, ses i forhold til, at der jævnligt sker personaleudskiftning. Dette udgør en barriere i Skanderborg Kommune, da nogle informanter mener, at markarbejderne ikke bliver klædt godt nok på til opgaven. Dermed skabes der ikke en god forståelse for sundhedspolitikken, da den ikke bliver godt nok kommunikeret ud

til medarbejderne i jobcentret. Det konkluderes at personaleudskiftningen er en faktor, som kan påvirke implementeringsprocessens succes, i begge kommuner.

Selvom medarbejdernes engagement er set som en mulighed i Frederikshavn Kommune, konkluderes dette som en barriere i Skanderborg Kommunes jobcenter. Dette skyldes, at der er nogle informanter, der mener, at engagementet og samarbejdet vedrørende sundhedsopgaven ikke er tilstrækkeligt.

Slutteligt konkluderes det, at en barriere opstår, hvis implementeringen af sundhedspolitikken foregår for hurtigt, og hvis de dertilhørende nye opgaver ikke indgår i medarbejdernes kerneopgaver. Barrieren består således i, at medarbejderne ikke når at få bearbejdet de nye opgaver. Dette gør endvidere, at sundhedspolitikken i sidste ende får svært ved at nå ud til borgerne.

10.2.5 Målgruppeadfærd

Muligheder:

Der ses ikke nogen overvejende muligheder blandt specialets informanter, hvad angår målgruppeadfærden i forhold til implementeringen af sundhedspolitikkerne fra 2013.

Barrierer:

I forhold til målgruppeadfærden ser markarbejderne, i begge kommuner, den største barriere i, at sygedagpengemodtagerne ikke involverer sig nok i eget forløb, og dermed overlader arbejdet til medarbejderne i jobcentret. Dette konkluderes som en barriere, da implementeringskæden vil hoppe af, såfremt markarbejderne ikke formår at få den ønskede adfærd smittet af på målgruppen.

Desuden konkluderes det at være en barriere, at det er informanternes indtryk, at den enkelte sygedagpengemodtager ikke kender til sundhedspolitikken. Hvis dette er tilfældet vil implementeringskæden hoppe af. Det er dog ikke vigtigt, at målgruppen skal have et kendskab til sundhedspolitikken for, at implementeringen kan ses som en succes, så længe sundhedspolitikens ønskede elementer afspejles i målgruppen. Den ønskede adfærd er ikke afspejlet i målgruppen i de to kommuner, og derfor konkluderes det som en barriere.

10.3 Implementeringsresultaterne

Ud fra afsnittene Politikformulering og Politikdesign, samt Implementeringsprocessen, kan det, for det tredje konkluderes, at implementeringsresultaterne på nuværende tidspunkt ikke kan ses, da resultaterne af sundhedspolitikkerne med fokus på den sociale ulighed i sundhed først

viser sig på langt sigt. Et resultat af sundhedspolitikken fra 2013 er dog at efterstræbe en forbedring af den enkelte borgers sundhed samt kommunens økonomi. Arbejdet med at forbedre disse to aspekter er en kontinuerlig proces, som foregår løbende, og der kan dermed ikke konkluderes endegyldige resultater herpå. Samtidig har informanterne fra Frederikshavn Kommune og Skanderborg Kommune ikke givet udtryk for, at de laver evalueringer af sundhedsarbejdet. Derudover kan det være problematisk at udlede resultater af sundhedspolitikkerne, når disse ikke har klare definerede mål.

10.4 Feedbackmekanisme

For det fjerde kan det konkluderes, at politikerne i de to kommuner giver udtryk for, at de ikke har fået feedback fra forvaltningerne i forhold til implementeringen af sundhedspolitikken fra 2013. Det bliver dermed svært at håndtere de eksisterende udfordringer. Ifølge nogle af interviewpersonerne, er en feedback mekanisme til den kommende sundhedspolitik fra 2017, at kommunerne skal involvere de relevante aktører, såsom forvaltningsledere, medarbejdere, borgere og virksomheder, i politikformuleringsfasen. Herved forventes det, at de relevante aktører i forvaltningerne kan være medvirkende til at belyse, hvad der er centralt for netop deres område. Hermed kan den kommende implementeringsproces af sundhedspolitikken fra 2017 forbedres.

10.5 Socioøkonomiske omgivelser

For det femte påvirker de socioøkonomiske omgivelser henholdsvis politikformuleringen, implementeringsprocessen og implementeringsresultaterne. Disse kommer til udtryk i form af befolkningens uddannelsesniveau, og hvilke midler der er afsat til sundhedsydelse på baggrund af informanternes udtalelser. Disse elementer er vigtige at have in mente gennem hele implementeringen af sundhedspolitikken fra 2013, da politikken skal være målrettet befolkningssammensætningen og kommunens rammebetingelser.

10.6 Social ulighed i sundhed og sundhedstilbud

Der er for det sjette udarbejdet en række sundhedstiltag i kommunerne for at implementere sundhedspolitikken med fokus på social ulighed i sundhed. Røgfri kommune, tidlig indsats og sundhedstilbud i form af afvænningsstilbud og mindfulness er elementer til at fremme sundheden blandt sygedagpengemodtagerne. Der sættes hermed ind på KRAM-faktorerne for at reducere den sociale ulighed i sundhed. Det kan konkluderes, at udfordringen vedrørende den sociale ulighed i sundhed tackles forskelligt i de to kommuner. Informanterne i Frederikshavn Kommune mener, der skal sættes ind over for hele hovedgruppen, hvor imens informanterne Skanderborg Kommune mener, at der primært skal sættes ind overfor de resourcesvage borgere.



10.7 Kommunernes opgaver

For det syvende konkluderes der på kommunernes opgaver. At kommunerne har overtaget sundhedsopgaverne skaber en mulighed for implementeringens succes, idet kommunens ansatte er tættere på borgerne, end de var før Strukturreformen. Endvidere kan det skabe en fordel for sygedagpengemodtagerne på langt sigt, at kommunen har fokus på den forebyggende indsats. Lovgivningen kan være med til at skabe en barriere i forbindelse med implementeringen af sundhedspolitikkerne fra 2013, da kommunerne, herunder arbejdsmarkedsområdet, er præget af mange strikse lovgivninger og stramme budgetpuljer, som kan gøre det problematisk at implementere nye tiltag og gøre samarbejdet mellem forvaltningerne besværligt.

Afslutningsvist kan det ud fra problemformuleringens første del: *Hvordan er sundhedspolitikken fra 2013 i Frederikshavn Kommune og Skanderborg Kommune blevet implementeret med fokus på social ulighed i sundhed på beskæftigelses- og sundhedsområdet* konkluderes, at jo længere ud i implementeringsprocessen vi undersøger, des mere kritiske stiller aktørerne sig over for denne implementeringsproces. Dermed mindskes implementeringens succes i takt med, hvor langt ud i leddene vi undersøger i begge kommuner. Ud fra problemformuleringens sidste del: *hvilke barrierer og muligheder er der opstået i denne proces?* kan det konkluderes, at der er kommet flere barrierer og muligheder til udtryk i implementeringsprocessen. De fleste barrierer kommer til udtryk, hvor aktørerne i jobcentret udtaler sig om sundhedspolitikken, hvor imens der er flere muligheder, der gør sig gældende blandt aktørerne tidligere i implementeringsprocessen samt hos de eksterne aktører.

11. Metodisk diskussion

Formålet med dette afsnit er at diskutere, om valget af metode danner et tilstrækkeligt grundlag for undersøgelsen, og hvorvidt det kunne have været mere optimalt at benytte andre metoder.

I det følgende vil de metodiske overvejelser der gør sig gældende i forbindelse med specialet blive diskuteret. Til specialet er der som nævnt gjort brug af den kvalitative metode i form af ni interviews. Det kan med fordel diskuteres, hvorvidt de samme resultater kunne have fundet sted, hvis vi i stedet havde benyttet os af f.eks. den kvantitative metode. Denne metode kunne dermed have bidraget til at få et bredere perspektiv, da denne metode i højere grad fokuserer på bredde fremfor dybde, som den kvalitative fokuserer på. Den kvalitative metode bidrager endvidere med mere righoldige svar, idet vi løbende har kunnet spørge ind til informanternes udsagn. Den kvantitative metode kunne have været anvendt som et supplement til specialet, da den formodentlig kunne have bidraget til at få lettere adgang til sygedagpengemodtagerne. Dette kan være tilfældet, da der kan tilskrives en højere form for anonymitet i en sådan undersøgelse. Samtidig vil det ikke i samme omfang være lige så tidskrævende for respondenter at svare på et spørgeskema i forhold til at stille op til et interview. Selvom det kunne have været interessant at benytte den kvantitative metode, har vi valgt at afgrænse os til den kvalitative metode, da den kvantitative metode i høj grad er tidskrævende. Samtidig ønskede vi, at fokusere på alle relevante aktører i implementeringsprocessen, hvilket den kvalitative metode ville være mere behjælpelig med, da den netop har til formål, at bidrage med fyldestgørende svar.

Hvis informanterne i de gældende kommuner på forhånd har talt sammen på forhånd og aftalt, hvad de skulle sige i interviewene, og dermed påvirket analysens resultater, kan dette svække den interne validitet i undersøgelsen. Den interne validitet kan dermed styrkes ved, at observere arbejdsgangene vedrørende implementeringen og se, hvorvidt observationerne stemmer overens med informanternes udtalelser.

Den eksterne validitet kan også diskuteres. Hvorvidt sammenhængen mellem informanternes svar og resultaterne heraf kan generaliseres ud til også at gøre sig gældende i andre kommuner, kan der stilles spørgsmålstegn ved. Resultaterne kan kun bredes ud, hvis kommunerne har samme strategi i forhold til at sætte fokus på social ulighed i sundhed i deres sundhedspolitik og har samme rammebetingelser som Frederikshavn Kommune og Skanderborg Kommune. Der kan argumenteres for, at den eksterne validitet er høj i denne undersøgelse, da denne undersøgelses resultater formodentlig kan bredes ud til andre danske kommuner med de samme ram-



mebetingelser. Endvidere gør dette sig gældende, da de danske kommuners organisationsstruktur og opbygning er forholdsvis ens.

De vedlagte interviewguides gør det muligt at gentage undersøgelsen, og dette kan styrke reliabiliteten. Det er dog diskutabelt, hvorvidt andre vil få de samme svar fra informanterne igen, da der er tale om en kvalitativ undersøgelse. Hermed menes, at interviewsituationer altid vil være situationsbestemte, og det er derfor ikke altid sikkert, at de samme resultater vil frembringes ud fra de samme interviewguides, da disse netop er semistrukturerede. En fordel ved, at vi har interviewet de forskellige aktører gennem implementeringsprocessen, er, at vi har kunnet bekræfte, hvad informanterne har sagt i forhold til hinanden. Hermed er reliabiliteten større end, hvis vi kun havde valgt et fåtal af informanter. Derudover har dét, at vi har interviewet alle led i implementeringskæden, på nær borgerne, styrket reliabiliteten, da de forskellige informanter må antages at have forskellig viden om implementeringen af sundhedspolitikkerne. Det antages, at politikerne og lederne i høj grad har en stor viden om, hvordan implementeringsprocessen er forløbet, hvor medarbejderne i højere grad kan fortælle om konsekvenserne af sundhedspolitikkerne.

12. Perspektivering

Specialet har undersøgt implementeringen af sundhedspolitikken fra 2013 med fokus på social ulighed i sundhed i Frederikshavn Kommune og Skanderborg Kommune. Der perspektiveres videre til, hvilke barrierer kommunerne bør være opmærksomme på i en videre implementeringsproces samt refleksioner over temaer der er frembragt gennem specialet.

Social ulighed i sundhed

Den sociale ulighed i sundhed er ikke en problematik, der kan løses fra den ene dag til den anden. Det er en proces, der tager lang tid, da nøglen til at håndtere udfordringen ikke kun ligger på sundhedsområdet. Derimod kræver det en tværgående indsats fra andre forvaltninger i kommunerne, hvilket f.eks. kan være på arbejdsmarkedet, som dette speciale har beskæftiget sig med, men også skole og uddannelsesområdet, børn og ungeområdet samt ældreområdet.

For at reducere den sociale ulighed i sundhed, er det af afgørende betydning, at der sættes ind med få kommunale sundhedstilbud, der har evidens for at virke. Dette ses både på baggrund af analysen, men også på baggrund af den foreliggende forskning (Diderichsen et al. 2011: 137). Løsningen beror på en nedbrydning af silotankegangen, bedre kommunikation samt et bedre samarbejde mellem forvaltningerne og endvidere med eksterne aktører. Såfremt der sættes ind med en sundhedspolitik på udvalgte politikområder, vil det kunne reducere den sociale ulighed i sundhed.

Dernæst er det interessant, at informanterne i dette speciale ikke giver udtryk for, at der laves evalueringer af sundhedspolitikkerne. For bedre at kunne implementere en sundhedspolitik vil det være en mulighed at lave løbende opsamlingsmøder eller evalueringer for at se, om kommunen arbejder i den rigtige retning i forbindelse med borgernes sundhed og bekæmpelsen af den sociale ulighed i sundhed. Dette kan eventuelt gøres ud fra KRAM-faktorerne, da disse faktorer er nemmere at måle på end middelalderen. Dette gøres allerede i Sundhedsprofilundersøgelserne, men kommunerne kan også selv lave disse undersøgelser, så det bliver muligt at sætte ind med indsatser på områder som kost, rygning, alkohol og motion. Udover KRAM-faktorerne, kan der være utallige årsager til, at resultaterne ser ud, som de gør. Blandt andet kan de socioøkonomiske omgivelser som nævnt, spille en rolle for implementeringen af sundhedspolitikkerne og borgernes helbred. Foruden de nævnte socioøkonomiske omgivelser i analyseafsnittet, kan faktorer såsom arbejdsmiljø, levevilkår og arbejdsvilkår samt arbejdsløshed også spille en stor rolle for borgernes helbred, jævnfør afsnit 7.3. *Socioøkonomiske omgivelser*.



Implementering

Sundhedsområdet og sundhedspolitikken er områder, der som nævnt er sket forandringer på gennem de senere år. Dette gør sig også gældende i Frederikshavn Kommune og Skanderborg Kommune. Der kan argumenteres for, at sundhedsområdet er præget af at være et område, der til en vis grad findes relevant på mange områder i den kommunale forvaltning. Det er hermed et område, der går på tværs af kommunens forvaltninger. Dette kan i så fald medføre, at der opstår overlap af opgaver, hvilket ses som en barriere i forhold til en implementeringsproces. Hvis kommunerne dermed ønsker at implementere en sundhedspolitik eller indføre en sundhedsdagsorden, skal de i så fald være opmærksomme på, at der ikke sker overlap af arbejdsopgaver.

Desuden er det vigtigt, at kommunerne i den indledende fase af politikformuleringen formår at lave en god beslutningsproces. Beslutningsprocesserne er vigtige at have fokus på, da disse processer er med til at forme politikken samt definere, hvilke mål der skal arbejdes ud fra. Det er derfor vigtigt, at de relevante aktører bliver hørt i denne proces for at kunne afhjælpe deres problemstillinger. Ved at aktørerne får indflydelse på beslutningsprocessen, kan det være med til at styrke de næste led i implementeringsprocessen.

I forlængelse af dette er det vigtigt, at samarbejdet mellem forvaltningerne fungerer, da samarbejdet er en væsentlig faktor i en implementeringsproces. Samarbejdet, i den enkelte forvaltning og på tværs af forvaltningerne, er også vigtigt i en implementeringsproces. Hvis samarbejdet fungerer godt, kan det være med til, at borgeren i sidste ende får et mere helhedsorienteret forløb.

Refleksioner

Endvidere kan det diskuteres, hvorvidt borgeren får et dårligere helbred af at stå uden for arbejdsmarkedet eller borgeren kommer til at stå uden for arbejdsmarkedet grundet dårligt helbred. Det kan være vanskeligt at vurdere, hvad der er årsag og virkning i denne sammenhæng. For eksempel kan borgere med hårdt fysisk arbejde få dårlig ryg af at være på arbejdsmarkedet, og i det lange løb kan den dårlige ryg være årsag til, at borgeren kommer til at stå uden for arbejdsmarkedet. Omvendt kan det, at stå uden for arbejdsmarkedet, påvirke det psykiske helbred, da borgeren kan få en følelse af at stå uden for fællesskabet og ikke være i stand til at forsørge sig selv. Dette kan medføre en bi-effekt, da det, at stå uden for arbejdsmarkedet, på længere sigt formodentlig kan påvirke ens evne til at varetage et job. Det kan derfor være svært at finde løsningen på denne problematik, da der både skal sættes ind på borgere, der er i beskæftigelse, og borgere, der står udenfor arbejdsmarkedet.



Afslutningsvist kan det diskuteres, om det er indsatserne, der bliver lavet i forbindelse med implementeringen af en sundhedspolitik, der gør, at borgerne bliver mere sunde eller hvorvidt der er andre faktorer, der spiller ind herpå. Da det er blevet konkluderet i analysen, at borgerne i høj grad ikke kender til sundhedspolitikken i henholdsvis Skanderborg Kommune og Frederikshavn Kommune, kan der stilles spørgsmålstejn ved, om det er de kommunale sundhedspolitikker, der har en effekt på borgernes sundhed. Dermed kan der sættes spørgsmålstejn ved, hvad kommunernes ambitioner og motiver er med at lave disse sundhedspolitikker. Udarbejdes sundhedspolitikkerne blot som symbolpolitik, er det netop fordi kommunerne ønsker, at borgerne skal blive sundere eller er der en helt tredje årsag til dette?

Litteraturliste

- Andersen, Lars et al. (2007): "*Fordeling og levevilkår*", Arbejderbevægelsens Erhvervsråd
 - <http://www.ae.dk/files/dokumenter/publikation/ae-fordeling-og-levetilkaar-2007.pdf>

- Andersen, Lotte Bøgh (2010): "*Forskningskriterier*" i Andersen, Lotte Bøgh; Hansen, Kasper Møller; Klemmensen, Robert "*Metoder i statskundskab*", 1. udgave, 1. oplag, Hans Reitzels Forlag, København

- Antoft, Rasmus; Salomonsen, Heidi Houlberg (2007): "*Det kvalitative casestudium*" i Antoft et al. (red.) "*Håndværk og horisonter – Tradition og nytænkning i kvalitativ metode*"

- Bach, Bettina & Jensen, Jeanette Magne (2009): "*Sundhedspolitiske implementeringsprocesser*" Danmarks Pædagogiske Universitetsskole, senest lokaliseret 01.10.2016
 - http://pure.au.dk/portal/files/696/Bach_B.og_Jensen_J.M.Sundhedspolitisk_e_implementationprocesser.pdf

- bm.dk a (2017): "*Sygedagpenge kort fortalt*", Senest lokaliseret 12.12.2016
 - bm.dk/da/Beskaeftigelsesomraadet/Ydelser/Sygedagpenge.aspx

- bm.dk b (2017): "*Hovedelementerne i sygedagpengereformen*", Senest lokaliseret 14.12.2016
 - <http://bm.dk/da/Beskaeftigelsesomraadet/Et%20godt%20arbejdsliv/Sygedagpengereform/Hovedelementerne-i-sygedagpengereformen.aspx>

- Borger.dk a (2017): "*Sygedagpenge hvis du er lønmodtager*", Senest lokaliseret 10.01.2017
 - <https://www.borger.dk/Sider/Sygedagpenge-hvis-du-er-loenmodtager.aspx?NavigationTaxonomyId=578a0f30-2b58-438e-bc4d-1468ab0eb076>

- Borger.dk b (2017): "*Sygedagpenge hvis du er ledig*", Senest lokaliseret 10.01.2017

- <https://www.borger.dk/Sider/sygedagpenge-hvis-du-er-ledig.aspx?NavigationTaxonomyId=578a0f30-2b58-438e-bc4d-1468ab0eb076>
- Brinkmann, Svend; Tanggaard, Lene (2010): "*Kvalitative metoder – en grundbog*" 1. udgave, 4. Oplag, Hans Reitzels Forlag
- Brinkmann, Svend; Tanggaard, Lene (2010): "*Interviewet: Samtalen som forskningsmetode*" i Brinkmann, Svend; Tanggaard, Lene "*Kvalitative metoder: en grundbog*" 1. udgave, 4. oplag, Hans Reitzels Forlag, København
- Christiansen, Nanna et al. (2014): "*Kortlægning. Kommunernes arbejde med implementering af Sundhedsstyrelsens forebyggelsespakker*" Center for Interventionsforskning, Statens Institut for Folkesundhed, Syddansk Universitet, København., Senest lokaliseret 04.10.2016
 - [http://www.si-folkesundhed.dk/upload/midtvejsrapport_2014_\(endelig_version\).pdf](http://www.si-folkesundhed.dk/upload/midtvejsrapport_2014_(endelig_version).pdf)
- Christensen, Anne Illemann et al. (2009): "*KRAM-undersøgelsen i tal og billeder.*" Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse, Statens Institut for Folkesundhed, Syddansk Universitet
 - http://www.si-folkesundhed.dk/upload/kram-rapport_til_web.pdf
- COWI (2010): "*Bedre koordination mellem sundheds- og beskæftigelsesområdet – en analyse af syv kommuner*", Indenrigs- og Sundhedsministeriet, Kailow Graphic A/S tryk. Senest lokaliseret 15.11.2016
 - http://www.sum.dk/Aktuelt/Publikationer/~media/Filer%20-%20Publikationer_i_pdf/2010/COWI-2010/SundhedBeskaeftigelse/SammenfatningCOWI.ashx
- Dahlgren, Göran & Whitehead, Margaret (1991): "*Policies and Strategies to Promote Social Equity in Health*" Stockholm: Institute for future studies, 1991.
 - http://s2.medicina.uady.mx/observatorio/docs/eq/li/Eq_2007_Li_Dahlgren.pdf

- Dahler-Larsen, Peter (2010): *"Display"* i Andersen, Lotte Bøgh; Hansen, Kasper Møller; Klemmensen, Robert *"Metoder i statskundskab"*, 1. udgave, 1. oplag, Hans Reitzels Forlag, København
- Danmarks Statistik a (2017): Senest lokaliseret 07.01.2017
 - <http://www.dst.dk/da/Statistik/kommunekort/kommunefakta/kommune.aspx?kom=813>
- Danmarks Statistik b (2017): Senest lokaliseret 07.01.2017
 - <http://www.dst.dk/da/Statistik/kommunekort/kommunefakta/kommune.aspx?kom=746>
- Danmarks Statistik c (2017): Senest lokaliseret 07.01.2017
 - <http://www.dst.dk/da/Statistik/kommunekort/arbejdsloeshed/langtidsledige>
- Danmarks Statistik d (2017): Senest lokaliseret 07.01.2017
 - <http://www.dst.dk/da/Statistik/NytHtml?cid=20049>
- Diderichsen, Finn; Andersen, Ingelise; Manuel, Celie (2011): *"Ulighed i sundhed – årsager og indsatser"* København, Sundhedsstyrelsen, Senest lokaliseret 07.01.2017
 - <http://www.sst.dk/~media/F674C77308FB4B0CA00EB038F17E239B.ashx>
- Fivelsdal, Egil (1990): *"Nogle problemer ved interviewing af personer i ledende stillinger"* i *"Valg af organisations sociologiske metoder"*, 1. udgave, Samfundslitteratur, København
- Frederikshavn Kommune (2008): *"Sundhedspolitik 2008-2012"*, Senest lokaliseret 01.12.2016
 - http://frederikshavn.dk/Documents/ledelsessekretariatet/politikker_visioner/sundhedspolitik_forkortet_udgave.pdf
- Frederikshavn Kommune (2013): *"Sundhedspolitik 2013-2016"*, Senest lokaliseret 12.11.2016
 - <http://frederikshavn.dk/PDF%20Dokumenter/Dag-og-Fritidstilbud/Sundhedspolitik%202013-2016.pdf>

- Greve, Bent (2008): *"Velfærdssamfundet – en grundbog"*, 1. udgave, 1. oplag, Academica
- Grøn, Caroline Howard; Hansen, Hanne Foss (2011): *"Organisationers indre liv i et rationelt perspektiv"* i Berg-Sørensen, Anders; Grøn, Caroline Howard; Hansen, Hanne Foss *"Organiseringen af den offentlige sektor – Grundbog i offentlig forvaltning"*, 1. udgave, 1. oplag, Hans Reitzels Forlag, København
- Hall, Peter A. (1993): *"Policy Paradigms, Social Learning, and the State The Case of Economic Policymaking in Britain"*, Senest lokaliseret 07.01.2017
 - <http://www.jstor.org/stable/pdf/422246.pdf>
- Hansen, Kasper Møller (2010): *"Kvantitative datakilder"* i Andersen, Lotte Bøgh; Hansen, Kasper Møller; Klemmensen, Robert *"Metoder i statskundskab"*, 1. udgave, 1. oplag, Hans Reitzels Forlag, København
- Harrits, Gitte Sommer; Pedersen, Carsten Strømbæk; Halkier, Bente (2010): *"Indsamling af interviewdata"* i Andersen, Lotte Bøgh; Hansen, Kasper Møller; Klemmensen, Robert *"Metoder i statskundskab"*, 1. udgave, 1. oplag, Hans Reitzels Forlag, København
- Hague, Rod; Harrop, Martin (2010): *"Comparative government and politics – An introduction"*, 8. udgave, Palgrave Macmillan
- Indenrigs- og Sundhedsministeriet (2005): *"Kommunalreformen kort fortalt"*, Senest lokaliseret 12.01.2017
 - <http://sim.dk/media/15719/kommunalreformen-kort-fortalt.pdf>
- Jacobsen, Dag Ingvar og Thorsvik, Jan (2008): *"Hvordan organisationer fungerer – Indføring i organisation og ledelse"* 2. udgave, 5. oplag, Hans Reitzels Forlag
- Jakobsen, Mads Leth; Harrits, Gitte Sommer (2010): *"Kvalitativ analyse: kodning og dybtgående tekstanalyse"* i Andersen, Lotte Bøgh; Hansen, Kasper Møller; Klemmensen, Robert *"Metoder i statskundskab"*, 1. udgave, 1. oplag, Hans Reitzels Forlag, København
- Jobindsats.dk a (2017): *"Antal sygedagpengemodtagere i Danmark"*, Senest lokaliseret 13.01.2017

- http://www.jobindsats.dk/jobindsats/sv/DatabankViewer/ShowResult?mGroupIds=mgrpA03_2&AreaType=All&AreaSort=none&AreaIds=27&FrequencyId=y&PeriodIds=2015Y01&ygrpA02=288%2C274%2C304%2C275%2C309%2C303%2C310%2C307%2C299%2C301%2C308%2C302%2C306%2C305%2C298%2C300%2C297&kon=257&BenefitGroupId=PTV&MeasurementId=PTV_A03&Name=&CubeId=star_ptva02&HasPivot=True&RowAxis=omrade%2C_omrade_f3b%2C_kon%2C_ygrpA02&ColumnAxis=periode%2CMeasurementAxis#step3
- Jobindsats.dk b (2017): "Antal sygedagpengemodtagere i Frederikshavn Kommune og Skanderborg Kommune", Senest lokaliseret 13.01.2017
 - http://www.jobindsats.dk/jobindsats/sv/DatabankViewer/ShowResult?BenefitGroupId=Y07&MeasurementId=Y07A02&AreaType=nykom&FrequencyId=y&CubeId=star_y07a02&AreaSort=alpha&HasPivot=true&MGroupIds=mgrpA02_1%2CmgrpA02_3&AreaIds=104%2C98&PeriodIds=2014Y01%2C2015Y01&kon=257&alderA=12&sagsart=283&RowAxis=periode%2C_omrade&ColumnAxis=MeasurementAxis&Name=#step3
- Jobindsats.dk c (2017): "Status før sygedagpenge i Frederikshavn Kommune og Skanderborg Kommune", Senest lokaliseret 13.01.2017
 - http://www.jobindsats.dk/jobindsats/sv/DatabankViewer/ShowResult?mGroupIds=mgrpA03_2&AreaType=nykom&AreaSort=alpha&AreaIds=104%2C98&FrequencyId=y&PeriodIds=2014Y01%2C2015Y01&kon=255%2C256&alderA=12&sagsart=293%2C282%2C280%2C292&BenefitGroupId=Y07&MeasurementId=Y07A03&Name=&CubeId=star_y07a02&HasPivot=True&RowAxis=omrade_f3b%2C_sagsart%2C_kon%2C_alderA&ColumnAxis=periode%2CMeasurementAxis%2C_omrade#step3
- Jobindsats.dk d (2017): "Sygedagpenge. Antal forløb fordelt på varighed på ydelsen", Senest lokaliseret 13.01.2017
 - http://www.jobindsats.dk/jobindsats/sv/DatabankViewer/ShowResult?BenefitGroupId=Y07&MeasurementId=Y07A01&AreaType=nykom&FrequencyId=m&CubeId=star_y07a01

[d=star_y07a01&AreaSort=alpha&HasPivot=true&MGroupIds=mgrpA01_1_Y07&AreaIds=104%2C98&PeriodIds=2015M01%2C2015M02%2C2015M03%2C2015M04%2C2015M05%2C2015M06%2C2015M07%2C2015M08%2C2015M09%2C2015M10%2C2015M11%2C2015M12&kon=257&alderA=12&RowAxis=MeasurementAxis&ColumnAxis=periode%2C_omrade&Name=#step3](#)

- Kamper-Jørgensen, Finn; Almind, Gert; Jensen, Bjarne Bruun (2010): "*Forebyggende sundhedsarbejde*" 5. udgave, 3. oplag, Munksgaard Danmark
 - <https://books.google.dk/books?id=T6oyMjm7T30C&pg=PA46&lpg=PA46&dq=who+1984+sundhed+for+alle&source=bl&ots=BO0RIIdqOxS&sig=2rM50DElScY-IqsouW52gslFVG8&hl=da&sa=X&ved=0ahUKEwiDgbPW5p3PAhXMiSwKHdHFA DcQ6AEINTAE#v=onepage&q=who%201984%20sundhed%20for%20alle&f=false>
- Karpatschof, Benny (2010): "*Den kvalitative undersøgelsesforms særlige kvaliteter*" i Brinkmann, Svend; Tanggaard, Lene "*Kvalitative metoder: en grundbog*" 1. udgave, 4. oplag, Hans Reitzels Forlag, København
- Kristiansen, Søren (2010): "*Kvalitative analyseredskaber*" i Andersen, Lotte Bøgh; Hansen, Kasper Møller; Klemmensen, Robert "*Metoder i statskundskab*", 1. udgave, 1. oplag, Hans Reitzels Forlag, København
- Kvale, Steinar; Brinkmann, Svend (2009): "*Interview – Introduktion til et håndværk*", 2. udgave, 3. oplag, Hans Reitzels Forlag, København
- Kvale, Steinar; Brinkmann, Svend (2011): "*Interview – Introduktion til et håndværk*", 2. udgave, 4. oplag, Hans Reitzels Forlag, København
- Lehn-Christiansen et al. (2016): "*Ulighed i sundhed – Nye humanistiske og samfundsvidenskabelige perspektiver*", 1. udgave, 1. oplag, Frydenlund Academic
- Nielsen, Vibeke Lehmann (2011): "*Implementeringsteori*" i Berg-Sørensen, Anders, Caroline Howard Grøn og Hanne Foss Hansen "*Organisering af den offentlige sektor. Grundbog i offentlig forvaltning*". Hans Reitzels Forlag, København K.

- Nielsen, Vibeke Lehmann (2014): *"Implementering"* i Blom-Hansen et al. (red) *"Offentlig forvaltning – et politologisk perspektiv"*, Hans Reitzels Forlag, København

- Rambøll a (2013): *"Organisering af integrerede beskæftigelses-, social og sundhedsindsatser i kommunerne"*, Senest lokaliseret 13.01.2017
 - https://www.kl.dk/ImageVaultFiles/id_79083/cf_202/Modeller_for_integreret_samarbejde.PDF

- Rambøll b (2013): *"Organisering af integrerede beskæftigelses-, social- og sundhedsindsatser"*, Senest lokaliseret 13.01.2017
 - https://www.kl.dk/ImageVaultFiles/id_79082/cf_202/Kortl-gning_af_barrierer_og_muligheder.PDF

- Region Nordjylland (2012): *"Social ulighed i sundhed i Nordjylland"*, Senest lokaliseret 19.10.2016
 - http://www.rn.dk/Sundhed/Til-sundhedsfaglige-og-samarbejdspartnere/Folkesundhed/Publikationer/~ /media/Rn_dk/Sundhed/Til%20sundhedsfaglige-og-samarbejdspartnere/Folkesundhed/Publikationer/Social%20ulighed%20i%20sundhed%20i%20Nordjylland.ashx

- Retsinformation kapitel 4, § 6: *"Sygedagpengelovens bekendtgørelse af sygedagpenge"*, Senest lokaliseret 10.10.2016
 - <https://www.retsinformation.dk/Forms/r0710.aspx?id=182048>

- Retsinformation kapitel 84, § 277: *"Sundhedsloven - Ikrafttrædelses- og overgangsbestemmelser"*, Senest lokaliseret 13.01.2017
 - <https://www.retsinformation.dk/Forms/R0710.aspx?id=183932#id9ce6b3efe612-44a6-a7ea-a5c4e3531eb9>

- Retsinformation kapitel 35, § 119: *"Sundhedsloven – forebyggelse og sundhedsfremme"*, Senest lokaliseret 13.01.2017
 - <https://www.retsinformation.dk/Forms/R0710.aspx?id=183932#id9ce6b3efe612-44a6-a7ea-a5c4e3531eb9>

- Ritzau (2016): *"Fakta: Her er ledighedsprocenten i din kommune"*, Senest lokaliseret 11.01.2017
 - <http://www.denoffentlige.dk/fakta-her-er-ledighedsprocenten-i-din-kommune>

- Rønnov, Louise Paulsen & Marckmann, Bella (2010): *"Implementeringsforskning om forebyggelse – en baggrundsrapport"* Udarbejdet for Sundhedsstyrelsen, Senest lokaliseret 13.01.2017
 - <http://www.sst.dk/~media/6572271958D347B7BB990BC28E0DD6EF.ashx>

- Skanderborg.dk: *"Stabe og fagsekretariater"*, Senest lokaliseret 07.01.2017
 - https://www.skanderborg.dk/politik-og-faellesskab/administration/organisation#kommunens_vaerdier

- Skanderborg Kommune (2013): *"Skanderborg Kommunes sundhedspolitik 2013"*, Senest lokaliseret 24.11.2016
 - <https://www.skanderborg.dk/politik-og-faellesskab/vision-og-politikker/sundhedspolitik>

- Statistikbanken.dk (2017): Senest lokaliseret 10.01.2017
 - http://www.statistikbanken.dk/statbank5a/Graphics/MakeGraph.asp?menu=y&maintable=HFUDD15&pxfile=20161228114726183710460HFUDD15.px&gr_type=1&PLanguage=0

- Sund By Netværk (2010): *"9 skridt til bedre sundhed og trivsel på arbejdspladsen – Den gode kommunale model"*, Senest lokaliseret 13.01.2017
 - <http://sund-by-net.dk/wp-content/uploads/2015/09/9-skridt-til-sundhed-og-trivsel-p%C3%A5-arbejdspladsen-%E2%80%93-den-gode-kommunale-model.pdf>

- Sundhedsstyrelsen (2009): *"Lighed i sundhed - sundhedsfremme og forebyggelse målrettet borgere uden for arbejdsmarkedet"*, Senest lokaliseret 12.12.2016
 - <http://www.sst.dk/~media/8BC262B85A2A44CD80FD8D33FC6D83E8.ashx>

- Sundhedsstyrelsen a (2010): "*Sundhed i beskæftigelsesindsatsen*", Senest lokaliseret 12.12.2016
 - <http://www.sum.dk/~ /media/Filer%20-%20Publikationer i pdf/2010/COWI-2010/SundhedBeskaeftigelse/SST-rapport.ashx>

- Sundhedsstyrelsen b (2010): "*Tværgående evaluering af 'lighed i sundhed' – en erfaringsopsamling fra udviklingsprojekter i seks kommuner*", Senest lokaliseret 13.01.2017
 - <https://www.sst.dk/da/udgivelser/2010/~ /media/926E0985606D4F088E885D762C8A291C.ashx>

- Sundhedsstyrelsen (2016): "*Ulighed i sundhed*", senest lokaliseret 20.09.2016
 - <https://sundhedsstyrelsen.dk/da/planlaegning/ulighed>

- Winter, Søren C. og Nielsen, Vibeke Lehmann (2008): "*Implementering af politik*" 1. udgave, 1. oplag, Academica

Bilagsliste

Bilag 1 Interviewguides til ansatte i Frederikshavn Kommune

- Bilag 1a: Interviewguide til IP1, politiker og formand for sundhedsudvalget i Frederikshavn Kommune
- Bilag 1b: Interviewguide til IP2, sundhedschefen i Frederikshavn Kommune
- Bilag 1c: Interviewguide til IP3, arbejdsmarkedschefen i Frederikshavn Kommune
- Bilag 1d: Interviewguide til IP4, chefkonsulenten i sundhedscentret samt IP5, arbejdsmarkedskonsulent i beskæftigelsescentret i Frederikshavn Kommune
- Bilag 1e: Interviewguide til IP6, jobcentrets afdelingsleder på sygedagpengeområdet i Frederikshavn Kommune

Bilag 2: Interviewguides til ansatte i Skanderborg Kommune

- Bilag 2a: Interviewguide til IP7, politiker og formand for Kultur- og sundhedsudvalget i Skanderborg Kommune
- Bilag 2b: Interviewguide til IP8, sundhedsfremmechefen i Beskæftigelse og Sundhed i Skanderborg Kommune
- Bilag 2c: Interviewguide til IP9, medarbejder i Beskæftigelse og Sundhed i Skanderborg Kommune
- Bilag 2d: Interviewguide til jobcentret IP10, jobcenterchef og IP11, medarbejder i jobcentret i Skanderborg Kommune

Bilag 3: Transskriptionsguide

Bilag 4: Transskriberinger af interviews i Frederikshavn Kommune

- Bilag 4a: Transskribering af IP1
- Bilag 4b: Transskribering af IP2
- Bilag 4c: Transskribering af IP3
- Bilag 4d: Transskribering af IP4 og IP5
- Bilag 4e: Transskribering af IP6

Bilag 5: Transskriberinger af interviews i Skanderborg Kommune

- Bilag 5a: Transskribering af IP7
- Bilag 5b: Transskribering af IP8
- Bilag 5c: Transskribering af IP9
- Bilag 5d: Transskribering af IP10 og IP11