

# ”Alt overalt, men overalt forskelligt?”

- en deskriptiv analyse af tilgangen til etablering af kommunale sundhedspolitikker



Speciale udarbejdet af Louise Kallestrup  
Kandidatuddannelsen Politik & Administration



---

## Titelblad

Forfatter: Louise Kallestrup  
Studienummer: 2003 1384

Uddannelse: Politik & Administration  
Institut for Økonomi, Politik og Forvaltning  
Aalborg Universitet

Vejleder: Adjunkt Christian Albrekt Larsen

Periode: 1. februar – 11. august 2008  
Semester: 10. semester  
Omfang: 30 ECTS-points

Specialets danske titel: Alt overalt, men overalt forskelligt?  
– en deskriptiv analyse af tilgangen til etablering af kommunale  
sundhedspolitikker

Specialets engelske titel: Everything everywhere, but everywhere diverse?  
- a descriptive analysis of the approach to establishment of municipalities'  
health policies

Antal anslag: 204.680 (85 normalsider)

### Forsiden

Citatet er hentet fra den norske organisationsteoretiker og professor i statsvidenskab Kjell Arne Røviks bog "Moderne organisation" (1998) og hentyder til homogeniteten i de danske kommuners sundhedspolitikker - en homogenitet som måske alligevel indeholder store forskelligheder...

Billederne er hentet fra Sundhedsstyrelsens hjemmeside og illustrerer fire vigtige faktorer inden for folkesundhed.

---



---

## Abstract

Due to the fact that citizen level health policy has been a municipal task since the municipal reform in 2007, this master thesis falls between the categories of health policy and municipal policy. The thesis sets out with an introduction to the consequences of the initiation of the municipal reform within the health area, including the guidelines of the new law on health. In light of the current health debate, there is an overview of the public health of the Danish population, focusing on the generally unhealthy way of life and the consequently low average age and poor health. The mediocre health condition has given rise to substantial health debates both politically and among the population, and concurrently it has increased the political focus that surrounds the parts of health policy called prevention and health promotion. As a consequence of the municipal reform, prevention and health promotion have become municipal tasks inasmuch as the municipalities are seen to be the natural authorities when citizen issues are concerned. The public sector in Denmark is based on the idea of task solution at a decentralized level with special areas of responsibilities at each level. This gives the municipalities open opportunities to formulate their own policies independent of state and without deference to other municipalities. As such, the municipal autonomy gives the municipalities every opportunity to formulate local policies adjusted to citizen needs and requests, and thus to shape unique policy formulation within, for instance, the health field.

As part of the implementation of this first generation municipal health policies, many municipalities have chosen to set up a health profile, holding a detailed description of the general citizen health condition. The profile studies turned out to be quite similar and the regional differences fairly small. Furthermore, most of the municipalities have formulated health policies based on the same four factors (diet, smoking, alcohol and exercise – in Danish shortened to KRAM) which inevitably leads to policies with many similarities. Because of this homogeneity in the policy formulation, this master thesis will be a study of municipalities' approach to the health tasks as well as the factors and political figures that play important roles within the field of politics and in the decision-making process. The homogeneity among the municipal health policies has captured my interest because I find it interesting to look at the existing facts and study why the municipalities apparently imitate each other and why this phenomenon has had such a big impact on the health policy field. Because of the decentralized task solution, is it natural that the municipalities develop their own unique policies within the health field based on citizen needs and requests, which will presumably generate great diversity in the policy formulation. As such, I will study and analyze the health policy field on the basis of this research question: How are the municipalities able to shape a health policy which is adjusted to the citizens' specific needs and requests?

---

---

The approach to the master thesis is to make use of qualitative methods using three municipalities in North Jutland as case studies. To obtain the best possible understanding of the issue, I have chosen to use three theories: new institutionalism, coalition models and negotiation models, and furthermore analyze whether or not there is a use of rationality. Using these theories will provide a general overview of the issues discussed in this thesis as well as of the relevant political figures in the decision-making process, all of which has not yet been researched. This master thesis analyzes and discusses how theory can contribute to explain and characterize decision-making processes in the municipal world. The result of the analysis is that decision-making processes in the chosen case municipalities are characterized by the absence of political disagreements and incremental initiatives, and that they are centered around the fact that the municipalities have acted upon what they experienced to be surrounding expectations and norms of the field, rather than what seemed to be rational. The municipalities consider the health profiles and the KRAM factors as institutionalized recipes with full legitimacy at both administration and policy-maker level. The analysis furthermore shows that the municipalities adjust the potential of the KRAM factors to their local conditions, and in this way both the administration and the politicians play an important role in the formulation of each municipality's health policy.

On the basis of the above, it is feasible to draw the conclusion that the answer to the research question is that the municipalities are able to adjust the health policies to the citizens needs and requests by adopting institutionalized and legitimized recipes like the KRAM factors and health profiles, and then simply adjusting the content to the local conditions of each particular municipality.

---

---

## Forord

Udarbejdelsen af dette speciale markerer afslutningen på fem års studier ved Aalborg Universitet, hvor forløbet frem mod kandidattitlen har været præget af interessante kurser og spændende problemstillinger. Specialet er et bidrag til den næsten ikke-eksisterende debat om sundhed i kommunal regi, hvilket blev en realitet efter kommunalreformens nye opgavefordeling. Netop på grund af emnets aktualitet, er der på nuværende tidspunkt kun meget lidt forskning til rådighed på området, hvorfor jeg forventer og håber, der i årene fremover vil blive forsket yderligere på området.

Som led i afdækningen af specialets problemstilling har det været spændende og inspirerende at foretage interviews med en række relevante aktører i den kommunale verden. Jeg vil derfor gerne takke dem alle for at stille sig til rådighed og medvirke i interviews i en ellers travl og hektisk hverdag, idet min kvalitative empiri er af særlig vigtig betydning for specialet.

Afslutningsvist skal der lyde en stor tak til min vejleder, Christian Albrekt Larsen, for engageret og inspirerende vejledning samt for sit altid høje humør!

Med ønsket om en god læselyst!

---

Louise Kallestrup

---





---

## Indledning

I de senere år har danskernes sundhedstilstand været nedadgående samtidig med at debatten om folkesundheden har været stigende. Denne debat bygger i høj grad på statistik, der viser, at danskerne har den korteste gennemsnitslevetid i Vesteuropa - og ikke nok med det; i den relativt korte tid vi lever, har vi tilmed også et dårligere helbred. For at rette op på danskerne livsstil, som er en bekostelig affære for samfundet, og forbedre sundhedstilstanden, er der igennem de seneste årtier initieret folkesundhedsprogrammer med større eller mindre virkning. Som en konsekvens af dette samt kommunalreformens opgaveflytning har kommunerne siden 2007 overtaget ansvaret for de forbyggende og sundhedsfremmende tiltag over for borgerne. Sundhedsloven foreskriver kommunernes retningslinier på sundhedsområdet, hvilket er formuleret meget løst, idet ordlyden blot er ”kommunernes opgave i forhold til borgerne er at skabe rammer for en sund levevis”. Langt de fleste kommuner udfører denne lovfæstede opgave ved at formulere og politisk vedtage en konkret sundhedspolitik, der angiver retningslinier, fokusgrupper, mål m.v. over en given årrække.

Da sundhedsområdet er et nyt politikområde, er der kun bedrevet meget lidt forskning på området, hvorfor dette speciale skal ses som værende et bidrag til en forhåbentlig voksende debat og interesse for området. Den indtil videre begrænsede forskning viser, at kommunerne i høj grad anvender såkaldte kommunale sundhedsprofiler som et redskab til at strukturere og prioritere sundhedsaktiviteterne ud fra. Statistikken viser desuden, at der kun er marginale forskelle på kommunernes udarbejdede sundhedsprofiler, hvilket betyder, at de samme forhold inden for sundhedsområdet gør sig gældende i kommunerne. Med andre ord er der omtrent samme andel rygere, overvægtige, kronisk syge borgere m.v. i alle kommuner, hvilket gør grundlaget for udarbejdelsen af konkrete sundhedspolitikker meget ensartet. Grundidéen med at overføre de forebyggende aktiviteter til kommunerne er, at kommuner er den myndighed, der er tættest på borgerne og dermed bedst kan varetage de borgernære opgaver og dermed sikre en tilpasning til borgernes ønsker og behov. Til trods for at kommunalbestyrelserne har meget brede beføjelser og en løs lovgivning på området, viser min forskning, der tager udgangspunkt i de nordjyske kommuner, at der er meget store ligheder mellem kommunernes sundhedspolitikker. Idet formålet med sundhedspolitikkerne er, at kommunerne kan udarbejde sundhedspolitiske tiltag, der er møntet direkte på deres egne borgere, er det et paradoks, at der er så stor homogenitet i sundhedspolitikkerne.

Denne påfaldende ensartethed vil være udgangspunktet for dette speciales problemstilling, idet der vil blive set nærmere på kommunale beslutningsprocesser, aktørforhold og bevæggrunde bag formuleringen af sundhedspolitikker. Med andre ord vil dette speciale udforske, hvordan kommunerne tilrettelægger en sundhedspolitik, hvori der tages hensyn til de lokale behov, hvilket vil blive analyseret med brug af beslutningsteori og indhentet kvalitativ empiri fra udvalgte casekommuner.

---



---

# Indholdsfortegnelse

<b>KAPITEL 1 – PROBLEMFELT OG PROBLEMSTILLING .....</b>	<b>3</b>
1.1 – PROBLEMFELT.....	3
1.1.1 – Kommunalreformen og sundhedsloven.....	3
1.1.2 – Kritik af kommunalreformen.....	4
1.1.3 – Danskernes sundhedstilstand.....	6
1.1.4 – Htidig debat og tiltag på folkesundhedsområdet.....	8
1.2 – PROBLEMSTILLING.....	9
1.3 – PROBLEMFORMULERING.....	11
1.3.1 – Begrebsdefinition.....	11
1.3.2 – Afgrænsning.....	11
<b>KAPITEL 2 – TEORETISK RAMME .....</b>	<b>13</b>
2.1 – BESLUTNINGSPROCESTEORI .....	13
2.2 – TEORI OM NYINSTITUTIONALISME .....	14
2.2.1 – Isomorfi.....	16
2.2.2 – Kritik af isomorfi-perspektivet.....	20
2.3 – KOALITIONS- OG FORHANDLINGSTEORI .....	22
2.4 – TEORI OM RATIONALITET ELLER EJ.....	22
2.4.1 – Rational beslutningsteori.....	23
2.4.2 – Inkrementalisme.....	24
2.4.3 – Garbage can.....	25
2.5 – OPSAMLING PÅ TEORIERNE .....	25
<b>KAPITEL 3 – DESIGN, METODOLOGI OG KVALITETSKRITERIER.....</b>	<b>28</b>
3.1 – DESIGN .....	28
3.2 – METODE .....	29
3.2.1 – Kvalitativ metode.....	30
3.2.2 – Dokumentstudier.....	31
3.2.3 – Casebeskrivelse.....	32
3.3 – KVALITETSKRITERIER .....	36
<b>KAPITEL 4 – OPERATIONALISERING.....</b>	<b>39</b>
4.1 – OPERATIONALISERING AF CENTRALE ASPEKTER AF PROBLEMFELTET .....	39
4.2 – OPERATIONALISERING AF KOMMUNERNES TILGANG TIL ETABLERING AF SUNDHEDSPOLITIKKEN .....	40
4.3 – OPERATIONALISERING AF CENTRALE BEGREBER FRA TEORIERNE .....	40
<b>KAPITEL 5 – EMPIRIANALYSE .....</b>	<b>42</b>
5.1 – ANALYSEDEL 1: OMGIVELSER OG CASEUDVÆLGELSE .....	42
5.1.1 – Omgivelser: Den nationale kontekst.....	43
5.1.2 – Caseudvælgelse: Den regionale kontekst.....	46
5.2 – ANALYSEDEL 2: CASEKOMMUNER – DEN KOMMUNALE KONTEKST .....	52
5.2.1 – Koalitions- og forhandlingsmodel .....	52
5.2.2 – Nyinstitutionalisme.....	55
5.2.3 – Kritik af isomorfi-perspektivet.....	61
5.2.4 – Rationalitet eller ej.....	63
5.2.5 – Opsamling på analysedel 2.....	80
<b>KAPITEL 6 – KONKLUSION .....</b>	<b>82</b>
<b>LITTERATURLISTE .....</b>	<b>85</b>
<b>BILAGSOVERSIGT .....</b>	<b>91</b>



## Kapitel 1 – Problemfelt og problemstilling

Dette kapitel vil give et overbliksbillede over hvilket felt, der arbejdes indenfor og lede op til problemformuleringen, der er styrende for selve specialets opbygning og udformning.

### 1.1 – Problemfelt

Specialets problemfelt rummer emnerne lovgivning om sundhedsområdet og information om kommunalreformen samt en introduktion til status på danskernes folkesundhed. Disse emner er valgt ud fra et ræsonnement om, at danskernes fremtidige sundhed er afledt af den førte sundhedspolitik, som er ændret grundet kommunalreformen og sundhedsloven.

#### 1.1.1 – Kommunalreformen og sundhedsloven

Da kommunalreformen trådte i kraft 1. januar 2007 markerede det samtidig startskuddet for store og omsiggribende ændringer i den offentlige sektor og hos de enkelte decentrale myndigheder. Reformen består af en række forskellige lovkomplekser, der er samlet i 53 lovforslag, hvoraf Sundhedsloven er én af disse nye love. Med Sundhedsloven kom gennemgribende forandringer af opgavevaretagelsen på sundhedsområdet, idet kommunerne overtog de sundhedsfremmende og forebyggende opgaver, der tidligere var placeret i amterne. (Mortensen 2007: 5; Vallgård m.fl. 2002: 69)

Selve lovgrundlaget for de nuværende kommunale sundhedspolitikker er fastsat i Sundhedslovens § 118, der angiver en meget klar ansvarsfordeling på det sundhedspolitiske område, idet kommunerne har det fulde ansvar for at initiere sundhedsydelser til befolkningen på en række områder skitseret i § 118 afsnit IV:

*”§ 118. Kommunalbestyrelsen har ansvaret for at tilvejebringe tilbud om sundhedsydelser efter afsnit IX.”  
(Kilde: Indenrigs- og Sundhedsministeriet 2005A)*

Dette speciale tager afsæt i den del af kommunernes sundhedspolitik, der omhandler forebyggelse og sundhedsfremme, hvorfor jeg primært vil arbejde ud fra indholdet i kapitel 35 omhandlende netop forebyggelse og sundhedsfremme. Lovgrundlaget for kommunernes arbejde på området er i Sundhedslovens kapitel 35, § 119 beskrevet på følgende måde:

*”Kapitel 35*

*Forebyggelse og sundhedsfremme*

*§ 119. 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.*

---

*Stk. 3. Regionsrådet tilbyder patientrettet forebyggelse i sygehusvæsenet og i praksissektoren m.v. samt rådgivning m.v. i forhold til kommunernes indsats efter stk. 1 og 2.”*

*(Kilde: Indenrigs- og Sundhedsministeriet 2005A)*

De sundhedsmæssige opgaver kan deles op i to områder afhængig af målgruppen:

- Den raske del af befolkningen: borgerrettet forebyggelse og sundhedsfremme
- Den del af befolkningen der allerede har fået konstateret en (kronisk) sygdom og som dermed på et eller andet niveau er patient i sundhedsvæsenet: patientrettet forebyggelse og sundhedsfremme (Vallgård 2007: 181)

I mit videre arbejde med specialet har jeg valgt at fokusere på den borgerrettede forebyggelse og sundhedsfremme. Dette sker, fordi der er store forskelle i typerne af forebyggelses- og sundhedsfremmeforanstaltninger på hvert af områderne og at det som ikke-sundhedsfaglig uddannet er langt vanskeligere at sætte sig ind i specifikke detaljer ved de forskellige kroniske sygdomme og disses betydning for sundhedsfremmearbejdet. De borgerrettede, sundhedsfremmende foranstaltninger er mere almenforståelige og der skal som sådan ikke tages hensyn til specielle borgergrupper. For forståelses skyld skal der gøres opmærksom på, at der i dette speciale ikke sondres mellem de to begreber sundhedsfremme og forebyggelse, idet begge begreber ofte anvendes og betydningerne overlapper hinanden. Desuden synes mange offentlige myndigheder at foretrække sundhedsfremmebegrebet, fordi dette begreb bl.a. signalerer en højere grad af dialog og åbenhed end det er tilfældet med forebyggelse.

### **1.1.2 – Kritik af kommunalreformen**

Som allerede beskrevet dækker kommunalreformen over de mest omfattende strukturelle ændringer af den offentlige sektor i danmarkshistorien og alligevel kritiseres reformarbejdet for at være uigennemtænkt, udført i hast og at indeholde basale fejl og mangler, der vil skæmme den kommunale struktur i årene fremover. Da kommunalreformen blev vedtaget i sommeren 2004, var der forud for beslutningen fremført kritik fra flere sider af såvel beslutningsprocessen forløb som reformens indhold og konsekvenser. Den voldsomme kritik af strukturændringerne og regeringens håndtering af reformarbejdet i det hele taget kom fra såvel medlemmer af Strukturkommissionen, oppositionen, sundhedsfaglige eksperter og det kommunale bagland.

Poul Erik Mouritzen, professor i politologi og offentlig forvaltning på Syddansk Universitet, beskriver i sin artikel ”Strukturreformen som en skraldespand” fra 2004, hvordan aftalen om strukturreformen kan ses som et brud med tidligere tiders beslutningsmåde. Det afgørende er, at der var tale om en meget kort beslutningsproces med forbavsende få centrale aktører, hvilket

ligeledes kritiseres af oppositionen. Desuden konstaterer Poul Erik Mouritzen sammen med Erik Bonderup, begge uafhængige medlemmer af kommissionen, at de er skuffede over deres reelle indflydelse på beslutningerne, idet politikerne efterfølgende plukkede i kommissionens betænkning og tog det, de kunne bruge uden at skele til at forslagene var fremsat i en bestemt sammenhæng. (Ugeskrift for Læger 2005; Mouritzen 2004: 9-10, 12)

Stort set alle aktører på sundhedsområdet kritiserede enten reformens opgavesammensætning eller finansieringsmodel. Topfolk fra sygehusverdenen påpegede, at kommunernes økonomiske incitament i forhold til at forebygge borgeres anvendelse af sygehusvæsenet var et godt initiativ, men at det ikke var holdbart i længden på grund af for små reelle besparelser. (Ugeskrift for Læger 2005: 2730) Professor i sundhedsøkonomi og sundhedsforskning ved Syddansk Universitet, Kjeld Møller Pedersen, udgav i 2005 en artikel i AKF-Nyt, hvor han kritiserede reformens finansieringsmodel, idet den ikke var blevet gennemanalyseret inden vedtagelse:

*”Når man hertil føjer, at modellen ikke på noget tidspunkt er blevet fagprofessionelt gennemanalyseret og heller ikke er blevet behøvet med data og foreliggende relevante undersøgelser, må det betragtes som et kæmpeeksperiment svarende til, at man vil skifte hjul, mens bilen kører.” (ANF 2005)*

Oppositionens kritik gik hovedsageligt på, at beslutningsprocessen var alt for lukket, og at regeringen til trods for udsagn om stor velvillighed til at indgå et bredt forlig, alligevel i sidste ende kun indgik forlig med støttepartiet Dansk Folkeparti. Socialdemokraternes daværende formand, Mogens Lykketoft, var som en del af oppositionen svært utilfreds med regeringens måde at håndtere beslutningsprocessen. Han mente, at regeringen var totalt usamarbejdsvillig og at han aldrig havde oplevet noget lignende både med hensyn til ringe forberedelse og kritisabelt forhandlingsforløb i forhold til vigtigheden af den politiske beslutning. (Information 2004: 4)

Til kritikken vedrørende den manglende åbenhed for Folketingets øvrige partier svarer Statsminister Anders Fogh Rasmussen:

*”Døren er stadig åben for alle de partier, som ønsker at være med i en kommunalreform. Vi ønsker det bredest mulige flertal. Men vi har lagt et udspil frem, og det er på det grundlag, forhandlingerne nu foregår.” (Information 2004: 4)*

Daværende Indenrigs- og Sundhedsminister Lars Løkke Rasmussen og til genmæle og svarede kritikerne, at han var åben overfor at forbedre finansieringsmodellen, hvis den skulle vise sig at have iboende uhensigtsmæssigheder. (Ugeskrift for Læger 2005)

Da Kommissionen gik i gang med arbejdet i 2002, var det med det formål at afklare, om der var grundlag for en strukturændring af den offentlige sektor. Da kommissionen godt 1½ år senere fremlagde deres rapport, var der ikke længe tale om men snarere *hvordan* en kommende reform kunne organiseres. I den mellemliggende periode havde den offentlige debat været

nærmest ikke-eksisterende, idet regeringen gentagne gange havde afvist at diskutere emnet, så længe kommissionen stadig arbejdede. Den model, som blev rammen for den vedtagne strukturreform, er nemlig ikke at finde i kommissionens betænkning – reformen er derimod et kompromis af kommissionens betænkning og politiske forhandlinger. Denne utraditionelle form for beslutningsproces kritiserede bl.a. oppositionspartierne og professor Erik Bonnerup:

*”Regeringen har overhørt og afvist alle sagkyndiges råd og advarsler. Det gælder også de anbefalinger, som regeringens egen Strukturkommission fremkom med” (Ugeskrift for Læger 2005)*

*”Resultatet blev en rodebutik uden klare anbefalinger, hvor regeringen kunne nøjes med at vælge dele af strukturbetænkningen, men ofte valgte helt at se bort fra, hvad det 12-mand store udvalg havde arbejdet med.” (Berlingske Tidende 2004: 7)*

Disse uhensigtsmæssigheder og den manglende økonomiske sammenhæng fik ligeledes stor kritik fra det kommunale bagland, hvilket bl.a. fremgår af flere kommuners høringssvar til kommissionens rapport. Langt de fleste kommuner var begejstrede for at overtage den nye række opgaver i forbindelse med reformen, idet en større opgaveportefølje ville sikre eksistensgrundlagt for kommunerne langt ind i fremtiden. (IM 2004B; IM 2004C) De kritiske røster lød fra de mindre kommuner, der ikke anså en så gennemgribende ændring af den kommunale struktur som værende nødvendigt. (Nyhedsmagasinet Danske Kommuner 2004) Ligeledes lød der fra kommunal side kritik af sammensætningen af finansieringsmodellen og det blev pointeret, at forebyggelses- og sundhedsfremmeområdet er ressourcekrævende opgave, hvor både de økonomiske og sundhedsmæssige gevinster først viser sig på lagt sigte.

### **1.1.3 – Danskernes sundhedstilstand**

Ifølge den talrige mængde af statistik på sundhedsområdet, står det slemt til med den danske befolknings sundhedstilstand: danskerne har den korteste gennemsnitslevetid i Vesteuropa - og ikke nok med det; i den relativt korte tid vi lever, har vi tilmed også et dårligere helbred. De vigtigste faktorer bag den korte levetid er danskernes forbrug af tobak, alkohol og mad i kombination med manglende fysisk aktivitet. Overordnet set er sundhedstilstanden blevet forværret de senere år og sker der ikke en radikal ændring i danskernes levevis, vil det se meget sort ud i fremtiden. Konsekvensen bliver, at store dele af befolkningen vil få problemer forårsaget af deres levevis og dermed vil flere titusinde danskere hvert år dø unødvendig tidligt pga. rygning, manglende motion, overvægt eller alkohol. (Mandag Morgen 2006: 3)

Samtidig med denne forværring af folkesundheden ses der af de offentlige budgetter, at kun én promille af sundhedsvæsenets økonomi anvendes til forebyggende foranstaltninger - de øvrige midler anvendes udelukkende til behandling, omsorg og kompensation for sygdom. (Mandag Morgen 2006: 7) Den lave prioritering af de forebyggende tiltag bør ændres, hvis der skal ske



forbedringer i folkesundheden på et ambitiøst niveau. Som en reaktion på dette skrækscenarie har Minister for Sundhed og Forebyggelse, Jakob Axel Nielsen (Konservative), i januar 2008 i forbindelse med nedsættelsen af Forebyggelseskommissionen udtalt følgende:

*”Vi har netop hørt, at antallet af sukkersygepatienter er fordoblet på bare 10 år, og at mere end 300.000 danskere lider af en hjertekarsygdom. Hvis den udvikling fortsætter, kommer de livsstilsrelaterede sygdomme til at øde mere og mere af sundhedsvæsnet, samtidig med at livskvaliteten forringes for den enkelte, der rammes af følgesygdommene. Den udvikling skal vi simpelthen have gjort op med.” (Jakob Axel Nielsen – SUM 2008)*

Men hvad kan der fra den offentlige sektor gøres for at sætte en stopper for denne fatale udvikling? I sidste ende er det jo det enkelte individ, der skal ændre holdning til den førte livsstil og foretage en kursændring inden for et eller flere af områderne. Lovmæssigt er de danske kommuner forpligtet til og har ansvaret for at skabe rammer for en sund levevis for befolkningen, hvilket f.eks. kan være at etablere forebyggende og sundhedsfremmende tilbud til borgerne. (IM 2005A; Vallgård 2007: 142). Hvordan kommunerne tilrettelægger og implementerer en sådan sundhedspolitik, er op til den enkelte kommune, hvorfor der naturligvis kan være store forskelle kommunerne imellem.

Det er især de fire faktorer kost, rygning, alkohol og motion, der er afgørende for danskerne ringe helbredstilstand, og i dette afsnit vil de vigtigste fakta på området skitses og derudover kan en uddybning af materialet ses af bilag 2. Ifølge data fra EU er danskernes forventede levetid under EU-27 gennemsnittet<sup>1</sup> og kun de Østeuropæiske landes levetid er ringere end danskernes. (Eurostat 2007A) Der findes endnu ikke statistik omhandlende motion og kost, da disse forhold er sværere at måle rent kvantitativt end f.eks. rygning og alkohol. Til gengæld er der et stort omfang af kontinuerlig statistik på områderne rygning, alkohol og fedme, hvilket vil blive belyst for at anskueliggøre de reelle fakta for Danmark sundhedstilstand.

Ifølge OECD røg 28 % af danskerne i 2003, hvilket er en forbedring fra 1980'erne, hvor halvdelen af den voksne befolkning røg. Tobakken er farlig for helbredet, fordi skadevirkningerne af et langvarigt tobaksforbrug giver sig udslag i rygerlunger, luftvejs sygdomme, hjerte-karsygdomme og fertilitetsproblemer. (Kræftens Bekæmpelse 2006; Hørdam 2003: 68-70) Derudover drikker danskerne i gennemsnit 11,5 liter ren alkohol om året, hvilket er langt mere end andre borgere i EU. Alkohol er en vigtig faktor i belæsningsniveauet af sundhed, idet et stort og langvarigt forbrug af alkohol har en skadelig effekt på helbredet, der bl.a. viser sig som skrumpelever flere forskellige kræftformer. (Kræftens Bekæmpelse 2007B; Hørdam 2003: 87-86) Ifølge OECD's undersøgelse fra 2005 var ca. 11 % af de danske borgere på daværende tidspunkt

---

<sup>1</sup> EU-27 gennemsnittet betegner den forventede gennemsnitslevetid i de 27 EU-lande

fede og skal man følge tendensen fra de øvrige europæiske lande, vil Danmark med tiden få endnu flere overvægtige og fede mennesker. Overvægt og i særdeleshed fedme er skyld i mange dagligdags gener for den enkelte person og desuden forøger fedme risikoen for at udvikle kræft i de indre organer. (Kræftens Bekæmpelse 2008A: 77-80, 93-96, 101-104)

Som det ses af ovenstående korte gennemgang er den danske folkesundhed i fare for at blive til folkesundhed, idet rygning, alkohol og fedme tærer hårdt på gennemsnitslevealderen. I tillæg til den korte levealder er en stor andel af den danske befolkning også besværet med kroniske sygdomme, der direkte kan relateres til den førte livsstil. Sådanne sygdomme er naturligvis en belastning for den enkelte person men lige såvel for arbejdsmarkedet og for sundhedsvæsenet pga. det stigende udgiftspres jf. diagnosticering, behandling, sygedagpenge m.v. Danskernes sundhed er internationalt set ikke noget at prale af, og hvis ikke der sker drastiske ændringer på flere områder, vil det have store konsekvenser for samfundet i den nærmeste fremtid og selve folkesundheden vil stå for forfald.

#### **1.1.4 – Hidtidig debat og tiltag på folkesundhedsområdet**

Overordnet set har der nok aldrig været så meget fokus på sundhed, som der er på nuværende tidspunkt. Den stigende interesse for og debat om emnet ses tydeligt i medierne, hvor emnet dagligt er oppe at vende. Interessen er generelt fokuseret på den stigende usundhed blandt befolkningen og dennes konsekvenser, der viser sig som en stigende frekvens af livsstilssygdomme. (Vallgård 2002: 111) Dette skaber en større opbakning og tiltro til det gamle ordsprog om, at ”det er bedre at forebygge end at behandle” og denne nye tilgang til hele sundhedsbegrebet, er nu ved at træde i karakter. Desuden er det rent sundhedsøkonomisk en meget dårlig forretning at have store befolkningsgrupper med sundhedsproblemer grundet livsstil, da sundhedsvæsenet er dyrt i drift og enhver indlæggelse hurtigt løber op i store beløb samt udgifter til sygedagpenge m.v.

Sideløbende med den stigende debat på sundhedsområdet er der ligeledes kommet et tiltagende politisk fokus på delområdet omkring forebyggelse og sundhedsfremme. Igennem årene har de sundhedspolitiske opgaver pga. organisatoriske ændringer hørt under skiftende ministerier, hvilket illustreres i bilag 3. Idet man i en længere årrække har kunnet se tendenser mod en mere usund levevis og et deraf følgende fald i gennemsnitsalderen i Danmark, er der ikke tale om en pludselig ændring. Ud fra statistikkerne kan man udpege de væsentligste faktorer med betydning for folkesundheden og dermed gribe til handling på først og fremmest disse områder.

De skiftende regeringer har i årenes løb heller ikke siddet truslen mod den danske folkesundhed overhørig, idet der med jævne mellemrum er blevet iværksat handlingsprogrammer og nedsat

udvalg på sundhedsområdet. Det seneste tiltag var i 2002, hvor den nuværende VK-regering igangsatte folkesundhedsprogrammet ”Sund hele livet”, som indeholder nationale mål og strategier for folkesundheden i perioden 2002-2010. (IM 2002) I efteråret 2007 nedsatte sundhedsminister Jakob Axel Nielsen en Forebyggelseskommission, der skal barsele med nye ideer på forebyggelsesområdet ultimo 2009, hvorefter regeringen på baggrund af kommissionens anbefalinger i samarbejde med kommuner og regioner vil udarbejde en national handlingsplan for forebyggelse. (SUM 2008) Detaljer for yderligere tiltag på forebyggelsesområdet kan ses af bilag 4 og af bilag 5 fremgår uddrag af folkesundhedsprogrammet ”Sund hele livet”.

Problemfeltet indeholder således problemstillinger på et meget bredt og overordnet niveau på hele folkesundhedsområdet og angående kommunalreformen og dens kritikpunkter. Initiativerne, der nødvendigvis skal iværksættes for at forbedre folkesundheden i Danmark, skal fremover komme fra kommunerne, da de jf. kommunalreformen er ansvarlig myndighed for forebyggelses- og sundhedsfremmeopgaven.

## **1.2 – Problemstilling**

Problemstillingen vil tage udgangspunkt i, hvilke vilkår kommunerne har for at varetager den nye sundhedsfaglige opgave med hensyn til bl.a. det kommunale selvstyre, de økonomiske forhold samt praksis inden for fagområdet.

Frem til 2007 var forebyggelsespolitik med få undtagelser en ren amtskommunal opgave, idet kommunernes opgaver på forebyggelsesområdet stort set kun indbefattede børnetandpleje, hjemmesygepleje samt plejehjem. Sundhedsstyrelsen og Institut for Folkesundhed igangsatte med jævne mellem kampagner på sundhedsområdet, men den egentlige forebyggelsespolitik var forankret i amterne. Regionerne har overtaget de største sektorer i sundhedsvæsenet og dermed er kommunerne nu suveræne på det forebyggende område og skal varetage et stort og vigtigt hverv. Grænsen mellem de statslige, regionale og kommunale opgaver bygger på idéen om en decentral opgaveløsning, hvor hvert niveau har ansvar for deres egne politikområder. Det kommunale selvstyre er et af de bærende elementer i indretningen af den offentlige sektor og er lovfæstet i Grundlovens § 82:

*”Kommunernes ret til under statens tilsyn selvstændigt at styre deres anliggender ordnes ved lov.”*

Kommunerne har med det decentrale kommunale selvstyre alle muligheder for at udarbejde deres politikker uafhængigt af staten og uden hensynstagen til de øvrige kommuner. Der er således alle muligheder for på bedste vis at tilpasse lokale politikker efter borgernes behov og ønsker og dermed f.eks. udforme unikke politikformuleringer på sundhedsområdet.

Kommunerne varetager en stor del af de borgerrettede opgaver og er den største leverandør af velfærdsservice til danskere. Regeringens udmelding om, at ”pengene skal følge opgaven” gør, at midlerne til f.eks. forebyggelse og sundhedsfremme fra 2007 skal gå til kommunerne i stedet for amterne. I kommunalreformen ligger desuden, at kommunerne skal være med til at finansiere betaling af borgernes hospitalsindlæggelser. Dermed får kommunerne et incitament til at forebygge usund levevis blandt borgerne og som følge deraf lægge flere kræfter i det forebyggende arbejde, da dette også er langt bedre rent økonomisk set. (Vallgård 2007: 155; IM 2005B: 22-23, 45; Greve 2008: 118) Grundet den lange virkningstid for de igangsatte indsatser, kræver det visionære kommunalpolitikere, som kan se ud over deres egen næsetip og valgperiode og alligevel afsætte penge til projekterne til trods for manglende kortsigtede resultater (Mandag Morgen 2006: 15)

I forbindelse med implementeringen af første generation af kommunale sundhedspolitikker har mange kommuner valgt at få udarbejdet en sundhedsprofil, der er en samlet beskrivelse af sundhedstilstanden hos kommunens borgere. Profilen har fokus på forskellige faktorer inden for sundhed og sygdom og giver derfor et detaljeret billede af borgeres livsstil, sygelighed, medicinforbrug m.v. ud fra borgernes egne oplysninger. Formålet med sundhedsprofilerne er at afdække sundhedsproblemer i en bestemt befolkningsgruppe og dernæst bruge den opsamlede viden som et planlægningsværktøj i den kommunale sundhedsforvaltning. (Hørdam 2003: 15-18) Der er ikke en lov om, at hverken kommuner eller regioner skal udarbejde sundhedsprofiler, men jf. Sundhedslovens § 204 skal disse myndigheder sammen udarbejde en indsats på det sundhedsmæssige område. Sundhedsprofilerne er et redskab, der kan give overblik og være med til at strukturere denne indsats. Som det vil blive belyst på et senere tidspunkt i nærværende speciale, er der forbavsende små forskelle på resultatet af kommunernes udarbejdede sundhedsprofiler, hvilket vil blive gjort til genstand for videre undersøgelse i analysen.

I og med sundhedspolitik på et overordnet niveau er en ny opgave for kommunerne, er der ikke meget erfaring med udarbejdelse af mål eller strategier inden for hverken risikofaktorer eller målgrupper. Hvilke tiltag kommunerne vælger at satse på inden for forebyggelse og sundhedsfremme er helt op til kommunalbestyrelserne og de kommunale sundhedsforvaltninger, og de nye opgaver er således en stor omvæltning for kommunerne. Der er derfor, jeg med dette speciale vil undersøge, hvordan udvalgte casekommuner går til opgaven med at formulere en sundhedspolitik. Studiet vil fokusere på kommunernes tilgang til sundhedsopgaven og analysere de faktorer og aktører, der gør sig gældende på politikområdet. I analyseafsnittet vil det blive anskueliggjort, at der er store ligheder mellem kommunernes sundhedspolitikker, hvilket danner basis for forfatterens grundlæggende undren og interesse for området. Denne homogenitet blandt kommunale sundhedspolitikker har vakt min interesse, da jeg mener, det er interessant at

se på, hvilke faktorer der gør sig gældende og hvorfor kommunerne tilsyneladende efterligner hinanden og hvorfor dette fænomen har haft så stor gennemslagskraft inden for sundhedsområdet. I kraft af kommunernes decentrale opgaveløsning vil det være naturligt, at kommunerne udformer deres helt egne og unikke politikker på sundhedsområdet ud fra borgernes behov og ønsker, hvilket antageligvis ville skabe stor diversitet i politikformuleringerne. Det er med udgangspunkt i denne undren, jeg vil udarbejde en undersøgelse af feltet og analysere på denne problemstilling ud fra nedenstående problemformulering.

### **1.3 – Problemformulering**

Hvordan formår kommunerne at udforme en sundhedspolitik, der er tilpasset borgernes specifikke behov og ønsker?

#### **1.3.1 – Begrebsdefinition**

Problemformuleringens omdrejningspunkt er de danske kommuners sundhedspolitikker. De kommuner, der arbejdes med i nærværende speciale, er udvalgt efter omhyggelige overvejelser og fremgår af det senere metodeafsnit. En kommunal sundhedspolitik er en række indsatser, fokuspunkter og mål inden for bl.a. forebyggelse, sundhedsfremme og genoptræning, der er formuleret, nedfældet og politisk vedtaget af kommunens øverste politiske myndighed, kommunalbestyrelsen. Et meget anvendt instrument til at sætte fokus på borgernes behov og ønsker inden for sundhedsområdet er brugen af sundhedsprofiler, der kan give en beskrivelse af borgernes sundhedstilstand, hvorfor sundhedsprofiler vil spille en vigtig rolle i dette speciales undersøgelse.

#### **1.3.2 – Afgrænsning**

En problemstilling indeholder altid en afgrænsning, der skal præcisere, hvad det er, der bliver set bort fra i specialet. Denne afgrænsning medfører ligeledes, at specialets konklusion bliver begrænset, men dette er en nødvendighed for at fastholde en rød tråd gennem arbejdsprocessen og udfærdigelsen af specialet som helhed. Derfor vil dette afsnit indeholde mine overvejelser af fravalg og tilvalg i forhold til min problemstilling og undersøgelsesmetode.

Som beskrevet i problemfeltet er der stort fokus på den ringe folkesundhed i Danmark, hvilket er en del af debatten på både inderigs-, sundheds- samt beskæftigelsesområdet og dels er sundhed på nuværende tidspunkt et meget diskuteret emne hos såvel befolkningen som i Folketingssalen. Derfor er det nødvendig at lave en afgrænsning, der præciserer, hvilke dele af emnet dette

speciale specifikt vil omhandle. Det betyder samtidig, at flere interessante aspekter af både kommunalreformen og sundhedsdebatten ikke bliver inddraget. Specialet er afgrænset til at omhandle etableringen af kommunal sundhedspolitik i tre udvalgte casekommuner og jeg vil derfor beskæftige mig dels med det sundhedspolitiske felt samt mulighederne inden for det kommunale selvstyre. Specialet vil alene tage udgangspunkt i de traditionelle, borgerrettede sundhedsfremmende og forebyggende opgaver, men da det naturligvis hænger sammen med kommunerne øvrige opgaver på det sundhedsfaglige område, vil de blive omtalt i mindre omfang. I kraft af de sundhedsfremmende opgaver er relativt nye for kommunerne, vil specialet rent tidsmæssigt holde sig til nutiden dog med et historisk overblik over udviklingen inden for det folkesundhedsfaglige område.

## Kapitel 2 – Teoretisk ramme

Fremgangsmåden for dette speciales analysearbejde er at anvende flere forskellige teorier samtidig for at få en bedre forståelse af virkeligheden bag det undersøgte fænomen, da det på denne måde er muligt at studere problemstillingen fra flere vinkler på samme tid. Som allerede beskrevet er dette speciale tilrettelagt deskriptivt, fordi det er et nyt og uprøvet politikområde for kommunerne, og samtidig er der på nuværende tidspunkt ikke forskning til rådighed på feltet. Denne undersøgelse er derfor med til at generere ny viden på området, hvilket betyder, at resultatet er interessant på et generelt forskningsmæssigt niveau. Derudover skal det fremhæves, at dette speciales teorier ikke skal ses som et problemløsende værktøj, men snarere som et middel til at fastsætte rammerne for undersøgelsen og give begreber til videre anvendelse i de efterfølgende afsnit af metodisk og analytisk karakter.

Folketinget er den lovgivende magt i Danmark og dermed den vigtigste aktør i beslutningsprocessen på nationalt niveau. Dette gælder også på det sundhedsfremmende område, hvor statsministeren, folketingspolitikere og andre fremtrædende politikere ofte anses som dem, der ”laver” politik, idet de er de mest synlige i processen, når medierne f.eks. formidler nyheder fra den politiske verden. (Lindblom & Woodhouse 1993: 3-4) De mindre synlige aktører i den politiske proces er forvaltningerne i de statslige, regionale og kommunale myndigheder. Traditionelt set implementerer embedsmændene ”bare” den vedtagne politik, hvad enten det er på nationalt eller kommunalt plan. Ikke desto mindre kan det ikke undgås, at forvaltningens embedsmænd får del i politikens udformning og dermed bliver en del af den politiske beslutningsproces. Hvor stor en indflydelse, der reelt kan være tale om, er forskelligt fra emne til emne, men sikkert er det, at der sker en påvirkning i implementeringsfasen, hvilket også er aktuelt for de kommunale sundhedsforvaltninger.

*“Often the latitude of those charged with carrying out policy is so substantial that... policy is effectively ”made” by the people who implement it.”(Lindblom & Woodhouse 1993: 59)*

### 2.1 – Beslutningsprocessteori

Den handling, det er, at vælge mellem forskellige alternativer og derefter gå videre til at initiere selve implementeringsfasen, kaldes beslutningsprocessen. Det kan være svært at afgøre, hvornår noget falder inden for enten beslutningsfasen eller implementeringsfasen, da der løbende træffes beslutninger og det præger processen. (Jacobsen 2004: 296) Dette udtrykkes således af policyteoretikeren Parsons:

*“...the process of decision does not come to an end when the general purpose of an organization has been determined. The task of “deciding” pervades the entire administrative organization.” (Parsons 1995: 245)*

Analyse af beslutningsprocesser kan kort summeres op i sætningen: *"who gets what, when and how"*, som policyteoretikeren Lasswell (1902-1978) formulerede tilbage i 1936. Analyserne består således af deskriptive forklaringer på, hvordan en beslutning eller en serie af beslutninger bliver truffet og hvilke faktorer, der er afgørende. Det fordrer, at jeg som policyanalytiker forstår sammenhængen mellem fakta og værdier, hvilket vil sige samspillet mellem opfattelser, ideer og interesser samt information, kendsgerninger og virkelighed. Det betyder også, at man i sin analyse af givne beslutningsprocesser skal holde sig klart, at ens egne subjektive holdninger kan præge tilgangen til analysen. Parsons udtrykker det således:

*"Facts shape values; values shape facts..." (Parsons 1995: 247)*

Beslutningsanalyse omfatter et bredt udvalg af akademiske discipliner og rammer og fokus varierer naturligvis fra emne til emne. I nogle tilfælde findes der slet ikke forklaringer, men ellers er formålet med en analyse af beslutninger at finde frem til de bagvedliggende overvejelser om værdier og opfattelser, der skaber rammerne for en given teori. Dernæst kan man analysere sig frem til hvilken tilgang eller hvilke tilgange, der har den største forklaringskraft i en given situation. (Parsons 1995: 247-248) Der findes flere modeller for beslutningsprocesser i samfundsvidenskaberne, men de tilgange jeg har til mødet med det empiriske felt kan afspejles i disse tre: nyinstitutionalisme, politiske kamp og rationalitet. Disse tre modeller er hver især kendetegnet ved deres særegne forklaring på, hvordan organisationer formår at træffe beslutninger og hvilke argumenter, der ligger bag beslutningsprocessen. De tre tilgangsvinkler vil i de nedenstående afsnit blive gennemgået ét for ét, så det er muligt at fremdrage forskelle samt angive, hvilken betydning de forskellige vinkler kan have for besvarelse af problemformuleringen.

## **2.2 – Teori om nyinstitutionalisme**

Den nyinstitutionelle tilgang til politikstudiet skal ses som et forsøg på at søge løsninger på et givent problem, og teoritilgangen er markant anderledes fra de øvrige teorier, der anvendes i dette speciale. Hvor de andre teorier i større eller mindre grad bygger på rationalitet eller politiske løsninger, sætter nyinstitutionalismen mere fokus på nødvendigheden af acceptable og passende politiske løsninger, der samtidig kan legitimere handlingen. Inden for samfundsvidenskaberne diskuteres det løbende, hvordan og efter hvilke forskrifter organisationer vælger at indrette sig. Nogle teoretikere lægger vægt på, at bestemte organisationer med væsentlige lighedstræk, eller organisationer der opererer inden for det samme område, med tiden vil komme til at ligne hinanden i udformning og valg af strategi. Netop denne tilgangsvinkel er interessant i forhold til dette speciales problemstilling, idet det ses, at langt de fleste kommuner trods deres ret til kommunale selvstyre og individualisme går til opgaven med at udarbejde en sundhedspolitik på stort set samme måde og med næsten samme resultat. Hvis vi ser på den enkelte kommune, kan den betragtes som et lukket system, hvor beslutningen om at udarbejde en sundhedspolitik f.eks.

---



kan defineres som et rationelt og strategisk valg, som ledelsen har truffet for at nå de mål, den har sat sig. Kommunen som organisationen skal også forstås i samspil med de omgivelser, den befinder sig i, og i forhold til de institutionaliserede forventninger, der er til den.

I dette afsnit vil det kort beskrives hvad baggrunden for forståelsen af de institutionelle mekanismer er, idet disse er en vigtig faktor i forståelsen af kommuner som organisationer og deres institutionelle indretning. Nyinstitutionalisme er en måde hvorpå man analyserer organisationer, deres opståen og forandringer samt selve betydningen af organisationer for samfundet. (Knudsen 1989: 3) Begrebet nyinstitutionalisme kom frem i midten af 1980'erne, hvor teoretikerne James G. March og Johan P. Olsen skrev artiklen "*The New Institutionalism: Organizational Factors in Political Life*" (1984). Opmærksomheden om de politiske institutioner blev skærpet frem til 1980'erne og dette skabte en fornyet interesse for indretningen af organisationer og betydningen af dette i forhold til den politik, organisationerne stod for. I artiklen problematiseres den måde, hvorpå forskningen af politiske organisationer har for meget fokus på individualistiske og nyttemaksimerende tilgange i forhold til at forstå de politiske processer. Denne tilgang formåede ikke at kombinere det individualistiske element med betydningen af normative præmisser og sociale konstruktioner i det politiske felt. Ifølge March og Olsen lagde forskningen for stor vægt på de individualistiske elementer frem for de regler og normer, der foreskriver en passende adfærd for en aktør i en given situation. (March & Olsen 1984: 734-738; Peters 2005: 25; Antonsen 2000: 3-4; Parsons 1995: 323-324)

Nyinstitutionalisme kan ikke ses som én samlet tilgang, idet den har udviklet sig i historiske, rationelle og sociologiske retninger, hvilket giver mulighed for en bred definition af nyinstitutionalismen. (Houlberg 2000: 265-267; Parsons 1995: 323) Den historiske forgrening af teorien anvendes ofte ved studier over en længere tidsperiode, hvor fortiden er af stor betydning. Da udarbejdelsen af sundhedspolitikker er et helt nyt område for kommunerne, er det ikke optimalt at belyse problemstillingen med en historisk tilgangsvinkel. (Peters 2005: 71-73; Parsons 1995: 323) Den rationelle nyinstitutionalisme er meget aktørpræget og har gennemgående et stort fokus på rationalitet og aktørernes bagvedliggende fornuftsbestemte bevæggrunde ved en given situation. (Peters 2005: 48-49; Parsons 1995: 323) Der er derfor væsentlige ligheder med den rationelle teori, der også er valgt, og grundet disse ligheder, er det ikke relevant at anvende den rationelle del af nyinstitutionalismen. Den sociologisk nyinstitutionalisme danner rammen om en kompleks teoritilgang, der har været under stor diskussion og teoretiske debat det meste af det 20. århundrede. Denne tilgang til nyinstitutionalisme hænger naturligvis uløseligt sammen med den sociologiske litteratur, som lægger større vægt på organisationers værdier og symboler end nyttemaksimerende faktorer. (Peters 2005: 107-108, 112, Parsons 1995: 323)

---

Hvor March og Olsen har fokus på det normative element i den institutionelle betydning, ligger den sociologiske nyinstitutionelle tilgang mere vægt på betydningen af, hvordan medlemmer af et institutionelt organisatorisk felt fortolker eller fornemmer situationer. Dette skal ses i forhold til de strukturer, som situationen foregår i og med henblik på, hvordan organisationen reagerer på netop sådanne situationer (Peters 2005: 113). I forhold til problemstillingen betyder det, at for at kunne forstå hvorfor kommunerne udarbejder sundhedspolitik på den måde, de gør, er det nødvendigt at se på det institutionelle organisationsfelt, de er medlem af og ikke mindst på hvilke omgivelser, de træffer deres beslutninger i forhold til. Det gælder både i forhold til de regler, normer og forventninger, der er til en ”passende adfærd” hos den enkelte kommune, men også i forhold til betydningen af det ubevidste og ikke italesatte institutionelle pres fra omgivelserne, der er gældende i det organisatoriske felt. (Peters 2005: 113-115; Nielsen 2005:166-168)

Dette speciales teoretiske tilgang inkluderer derfor den sociologiske nyinstitutionelle tilgang, da jeg mener, den vil være brugbar i forhold til undersøgelsen af, om udarbejdelse af kommunale sundhedspolitikker kan ses som et resultat af stigende homogenitet i det kommunale felt. Den sociologiske nyinstitutionelle tilgang giver os mulighed for at forstå fænomenet, som værende mere end resultatet af rationelle overvejelser, hvilket bliver fremlagt i afsnittet om mere eller mindre brug af den rationelle teori. For at forstå organisationernes handling på et givent organisatorisk felt, er det afgørende at lægge vægt på det forhold, der er mellem kommunerne og deres omgivelser – og dermed ikke se den enkelte kommunes handlinger som en del af et lukket system. Ligeledes er det vigtigt at have organisationernes fortolkninger af de omkringværende normer og værdier in mente. I de følgende afsnit vil det blive beskrevet, hvilke former for institutionelt pres, omgivelserne kan udøve i forhold til det kommunale organisationsfelt.

### **2.2.1 – Isomorfi**

En del af nyinstitutionalismen bygger på teorier om isomorfi og en særlig efterligningspraksis inden for bestemte områder af f.eks. offentlige organisationer eller på særlige politikområder. Isomorfi er det klassiske begreb for det institutionelle pres, omgivelser udøver over for organisationer. Begrebet forbindes specielt med Paul J. DiMaggio og Walter W. Powell og udgivelsen af deres artikel ”*The Iron Cage Revisited: Institutional Isomorphism and Collective Rationality in Organizational Fields*” fra 1991. I artiklen beskrives isomorfi som værende:

*”(...) a constraining process that forces one unit in a population to resemble other units that face the same set of environmental conditions” (DiMaggio & Powell 1991: 12)*

I dette teoretiske afsnit vil DiMaggio og Powells forståelse af betydningen af det institutionelle pres, *isomorfi*, fremgå og der vil blive argumenteret for, hvordan der kan dannes ensartethed inden for et organisatorisk felt. Et sådan felt defineres som værende et anerkendt institutionelt område,

---

der udgøres af flere organisationer med samme identitet og med fælles kognitive, normative og regulative rammer (DiMaggio & Powell 1991: 64). I dette speciale udgør kommunerne det organisatoriske felt, da der kan argumenteres for, at disse har samme regulative rammer jf. lovgrundlaget og at de arbejder ud fra samme tilgang om at yde den bedste service til borgerne. Identitetsmæssigt er kommunerne muligvis mindre homogene, men om ikke andet er der forskning, der viser, at mangfoldigheden blandt kommunerne er aftagende og ensliggørelsen styrkes på flere områder bl.a. på det sundhedsfaglige område. (DiMaggio & Powell 1991: 64; Antonsen m.fl. 2000: 38)

Ifølge DiMaggio og Powells argumentation, vil kommunerne over tid komme til at ligne hinanden mere og mere og benytte de samme strategier. Igennem forskellige gensidige påvirkninger skabes der et pres i retningen af ensartethed i de organisationer, der befinder sig inden for det konkrete organisatoriske felt. DiMaggio og Powell anvender udtrykket institutionel isomorfi, hvilket er udtryk for den måde, hvorved de enkelte institutioner inden for et organisatorisk felt indretter sig efter fælles normer og værdier. Særligt centralt er begrebet om institutionel legitimitet, hvorved de enkelte organisationer opererer i forhold til et publikum og i forhold til at opnå legitimitet (Glavind 2006: 197; Antonsen m.fl. 2000: 38). I forhold til problemstillingen er det interessant at se på, hvordan kommunerne udarbejder sundhedspolitik og om der kan ses antydninger af homogenitet, der kan tolkes som en del af den ensartethed, som ifølge DiMaggio og Powells forståelse vil finde sted i det kommunale organisationsfelt.

Da organisationer til stadighed er drevet mod resultatforbedringer, søger de kontinuerligt at tage andre organisationers nyskabelser til sig for på den måde at fremme deres eget bedste. Men fordi en strategi virker for én organisation, betyder det ikke nødvendigvis, at den er anvendelig for de øvrige organisationer. (DiMaggio & Powell 1991: 63-65; Bjørnholt 2007; Hansen 2000: 246-248) Når en organisation mødes med forandringer i de institutionelle omgivelser, ses isomorfien som en håndteringsstrategi. Den institutionelle vinkel på isomorfi kommer til udtryk i forholdet til andre organisationer og den interne kamp for ressourcer, politisk magt og institutionel legitimitet. Institutionel isomorfi findes i tre varianter og er et meget brugbart værktøj i forståelsen af moderne organisationer. (DiMaggio & Powell 1991: 66; Christensen 2004: 81) De tre former for institutionel isomorfi spænder fra tvangsmæssig isomorfi (*coercive isomorphism*) over mimetisk isomorfi (*mimetic isomorphism*) til normativ isomorfi (*normative isomorphism*).

### **2.2.1.1 – Tvangsmæssig isomorfi**

Forandring foranlediget på baggrund af tvang (*coercive*) kan opstå, når en organisation føler et formelt eller uformelt pres fra andre organisationer, der har en betydning for den enkelte organisation. Presset kan komme til udtryk på flere forskellige måder f.eks. i form af autoritative

---

regler som lovgivning. Derudover kan pres føles som tvang i form af overtalelse eller som en direkte invitation til at tilslutte sig en form for hemmeligt spil. Der er som sådan ikke tale om direkte tvang, da den enkelte organisation har mulighed for at sige fra, men på grund af det store pres er der reelt tale om frivillig tvang. Sidst men ikke mindst kan tvangsmæssig isomorfi stamme fra kulturelle forventninger i samfundet. (DiMaggio & Powell 1991: 6; Christensen 2004: 81-82; Houlberg 2000: 267)

I forhold til kommunerne, som er det organisatoriske felt i denne sammenhæng, kan en sådan tvangsmæssig isomorfi komme fra flere forskellige aktører. Rent lovgivningsmæssigt skal kommunerne rette sig efter pålagte love og retningslinier, der dermed formelt eller uformelt kan tvinge kommunerne til at handle på en given måde. Kommunernes Landsforening (KL) er ligeledes en vigtig aktør, selvom foreningens magt er af en mere positiv karakter, idet KL er kommunernes interesse- og medlemsorganisation. Landsforeningen varetager derfor kommunernes interesser over for f.eks. Regeringen samtidig med, at de støtter kommunernes forvaltninger og kommunalbestyrelser med rådgivning og information, så kommunerne kan løse opgaverne på bedst mulig vis. (KL 2007A) Jf. Sundhedsloven er kommunerne forpligtet til at udarbejde en sundhedspolitik, men omfanget af en sådan politik er ikke fastsat nærmere. For at støtte op om kommunernes arbejde på det sundhedspolitiske område, har KL udgivet materiale til brug for kommunernes udarbejdelse af konkrete sundhedspolitikker, men sådanne udgivelser er kommunerne ikke forpligtet til at anvende. Hvis der er tale om tendenser af tvangsmæssig isomorfi, må det derfor være af mere uformel karakter, hvor kommunerne f.eks. udsættes for et indirekte pres for at følge op på KL's retningslinier for udarbejdelse af en sundhedspolitik på trods af deres selvstyre.

### **2.2.1.2 – Mimetisk isomorfi**

Mimetisk isomorfi betegner den situation, hvor organisationer imiterer eller efterligner andre organisationer inden for samme felt, fordi disse organisationer anses som særligt effektive eller succesfulde. Dette reaktionsmønster ses ofte hos organisationer, når det drejer sig om at tackle usikkerhedsmomenter og nye opgaver. Hvis en organisation bliver konfronteret med nye eller tvetydige problemer, kan det være en løsning at læne sig op ad andre organisationer og på denne måde efterligne eller kopiere deres løsninger. Hvordan organisationen, der bliver efterlignet, forholder sig til dette, skal være usagt, men faktum er, at det ofte sker med organisationens uvidenhed. Den store homogenitet i organisationer kan begrundes med det faktum, at usikre organisationer kopierer andre succesfulde organisationer og dermed forsvinder mangfoldigheden. Tillige konstrueres nye organisationer ofte på principper for allerede eksisterende organisationer, og dermed fastholdes de eksisterende strukturer uden der bliver dannet nye strukturer. Desuden er der en tendens til, at de eksisterende organisationsstrukturer opfattes som mest succesfulde og

---

legitime, og derfor bliver de et forbillede, der er let at efterligne for nye organisationer. (DiMaggio & Powell 1991: 67-70; Christensen 2004: 82; Hansen 2000: 24; Houlberg 2000: 267)

Kommunernes usikkerhed kan udfolde sig på to måder – enten som opgaveusikkerhed eller som identitetsusikkerhed. Ved opgaveusikkerhed vil organisationen som oftest kopiere de institutionelle forskrifter fra lignende organisationer, mens en identitetsusikkerhed vil blive formet ved efterligning af andre organisationer med henblik på netop at få udarbejdet en identitet for organisationen (Glavind 2006: 198; Hansen 2000: 250-251). Kommunalreformen kan i forhold til usikkerhedselementet eksempelvis ses som en væsentlig årsag til, at mange kommuner er usikre i forhold til deres nye opgaver såvel som på deres identitet som storkommune. Kommunerne har taget imod mange nye opgaver fra de tidligere amter og set i forhold til opgavevaretagelsen af f.eks. sundhedsområdet er denne problemstilling aktuell for alle 98 nye kommuner. Derfor kan der argumenteres for, at det er naturligt, at kommunerne i endnu højere grad end tidligere står overfor en række ens usikkerhedsfaktorer og heraf følger også, at resultatet bliver, at kommunerne finder samme løsninger på problemerne ved at efterligne hinandens politikker. Under KL er der oprettet kommunale netværk, de har til formål at skabe kontakt mellem kommunerne for derved at udveksle erfaringer og ideer på politiske områder inkl. sundhedsområdet. (KL 2007B)

### **2.2.1.3 – Normativ isomorfi**

Den tredje retning inden for isomorfi bygger på normative tanker om professionaliseringens virkninger og disses betydninger for de organisatoriske strukturer. Denne mekanisme foregår, når organisationer påtager sig institutionelle forskrifter, som f.eks. professionelle regler og normer, fordi disse forskrifter har deres oprindelse i et fælles fagligt miljø. Det kan f.eks. have sin baggrund i, at organisationer har tendens til at rekruttere ansatte fra de samme uddannelsesinstitutioner eller at de samme typer ansatte cirkulerer mellem organisationerne i feltet. Dette skaber grundlag for anerkendelse og legitimitet og drives af en kraft gående på status og konkurrencementalitet blandt organisationerne. Når det kommer til at fastholde og rekruttere professionelle medarbejdere, vil organisatorisk prestige og ressourcer være en afgørende faktor for alle organisationer, og derfor ses der på dette område også en stigende homogenitet blandt organisationerne. (DiMaggio & Powell 1991: 70-74; Christensen 2004: 82; Hansen 252-253; Houlberg 2000: 267)

Derudover kan organisationernes variationer mindskes igennem tætte netværk, hvor kommunale aktører mødes i KL-regi for i fællesskab at drøfte fremtidige tiltag og strategier. (DiMaggio & Powell 1991: 70-72; Glavind 2006: 199) KL udbyder mange kurser og arrangementer, som netop kan være faktorer, som der er med til at fordre ens normer og professionelle opfattelser. F.eks.

---

har landsforeningen i forbindelse med strukturreformen afholdt møder, temadage og konferencer om de nye kommunale opgaver samt udgivet publikationer med forslag til tilrettelæggelsen af de konkrete politikker. Derfor er det meget naturligt, hvis KL's ideer har fundet plads i de professionelle normer for, hvordan sundhedspolitik skal udarbejdes i kommunerne.

De tre typer af institutionelt pres har alle betydning for, hvordan organisationer i samme organisationsfelt med tiden formes. Som gennemgået i det ovenstående er der tre forskellige former for isomorfi, der kan være med til at udviske diversiteten i kommunernes handlinger. Logikken i de isomorforme processer kan i høj grad ses som en modsætning til tanken om, at organisationer skal være rationelle og effektive. Det institutionelle pres kan tolkes som en argumentation for, at organisationer i samme organisatoriske felt vil tillægge sig ens strategier uden at vide, hvorvidt det har betydning for, om organisationen egentlig bliver mere effektiv. Forandringer behøver ikke bunde i rationelle beslutninger, men kan lige så vel være funderet i et institutionelt pres, som ikke nødvendigvis giver udslag i logiske beslutninger. Årsagen til etableringen af kommunale sundhedspolitikker er naturligvis fastsat ud fra Sundhedsloven, men hvordan kommunerne udformer de reelle politikker og f.eks. prioriterer de forskellige indsatser er ikke nødvendigvis resultatet af en beslutning truffet i den enkelte kommune. Dette kan lige så vel ses som resultatet af institutionelt pres kommunerne imellem. Desuden kan udformningen af en given kommunes sundhedspolitik ses som en legitimitetssøgning i forhold til kommunens omgivelser, hvor værdier og normer netop ensliggøres i forhold til resten af det kommunale organisationsfelt.

### **2.2.2 – Kritik af isomorfi-perspektivet**

Hvorvidt organisationer virkelig bliver mere og mere homogene, når de skal forholde sig til globaliseringen og de udbredte og enslydende ideer og standarder, har den norske professor Kjell Arne Røvik (1998) forsket i. Han argumenterer imod DiMaggio og Powells antagelse om, at organisationer påvirkes i retning af strukturel isomorfi og dermed mere ensartede organisationer og mindre divergens. At noget betragtes som værende en standardisering eller at en opskrift betragtes som institutionaliseret betyder, at den inden for en periode bliver opfattet og omtalt som værende den mest rigtige, hensigtsmæssige, moderne og sågar naturlige måde at organisere et givet område på. (Røvik 1998: 13) Røvik beskriver dette fænomen på denne måde:

*"Dette er bokens nøkkelbegreb (...) Det er en oppskrift som fenger og som har fått en forbilledlig status for flere organisasjoner" (Røvik 1998: 13)*

I Danmark er der f.eks. mange kommuner, der har fået udarbejdet en sundhedsprofil, der kan bruges som et redskab i arbejdet med udarbejdelsen af den kommunale sundhedspolitik. Hvor denne tanke stammer fra er svært at sige, men om ikke andet er ideen slået kraftigt igennem og er

---

blevet en naturlig del af det kommunale sundhedsarbejde, hvilket vil blive belyst i den senere analyse.

Ifølge Røvik bearbejder og oversætter organisationerne de opskrifter eller ideer, som de ser i deres institutionelle felt. Dermed finder der ikke en fuldstændig kopiering sted, idet ideerne tilpasses efter organisationens ønske og formåen. De individuelle præferencer er dermed med til at bevare organisationernes diversitet og hindre en total homogenisering af kommunernes udformning. Røvik mener, at denne forskellighed overses af de øvrige organisationsteoretikere, fordi de kun beskæftiger sig med processerne på makroniveau og dermed ikke iagttager, hvordan organisationerne reelt adopterer en given idé på mikroniveau. Røvik påtager sig derfor den opgave at modificere DiMaggio og Powells tanker og gøre opmærksom på, at organisationers kopiering af ideer ikke nødvendigvis fører til total harmonisering af organisationer, og at det endda kan medføre en større variation end hidtil. Ifølge Røvik vil der opstå forskelle i organisationernes tolkninger, således at der hele tiden vil udvikles nye opskrifter, selvom udgangspunktet var, at de adopterede eller forsøgte at adoptere den samme enslydende strategi. (Røvik 1998: 168) I Tidsskriftet for Politik Videnskab, *Politica*, konkluderer Hanne Foss Hansen, professor i offentlig forvaltning og organisation ved Københavns Universitet, at der med stor sandsynlighed ses stor homogenitet på et overordnet niveau hos kommunerne, men at dette ikke nødvendigvis er ensbetydende med fravær af diversitet på det lokale og lavere kommunale niveau:

*“Nyere analyser viser imidlertid, at efterligningspraksis ofte resulterer i store variationer i lokal praksis. Snak om organisering af policy ensliggøres tilsyneladende lettere end handling.” (Hansen 2000: 245)*

Grundlæggende er Røviks forståelse, at opskrifter og strategier, som på makroplan synes at ensliggøre organisationsfeltet, på mikroplan fortolkes og varieres lokalt. Der er således tale om to modsatrettede kræfter, der på den ene side taler for en ensliggørelse af organisationerne og på den anden side taler for en større diversitet blandt organisationerne. Røvik argumenterer yderligere for, at en fuldstændig kopiering af opskrifter eller organisationer aldrig kan komme på tale, idet organisationerne i enhver given situation vil vurdere indholdet og prioritere i forhold til f.eks. kommunens behov. Denne kompleksitet gør det således ikke lettere at forstå, hvorvidt organisationer kan betragtes i en udvikling mod mere ensartethed eller mere forskellige organisationsformer. (Røvik 1998: 168-170; Hansen 254-256, 258; Houlberg 2000: 268)

Røvik skildrer desuden, at det kan være svært at angive en tydelig begyndelse for opskrifteres indtog i organisationer, da det som regel er en proces, hvor et eller flere organisationsmedlemmer retter opmærksomheden mod opskriften og begejstres af ideen. Derefter kan der ses et mønster for, hvordan organisationers interesse for bestemte opskrifter udvikler sig og opskrifternes popularitet højnes endnu mere blandt de omgivende organisationer. Sådanne sammentræf ses især, når organisationer i et organisatorisk felt imødekommer enslydende problemer på samme

---

tid. Den enkelte organisation får dermed lejlighed til at kopiere den løsning, der først udvikles for derefter at adoptere opskriften. (Røvik 1998: 118, 120-121) På denne måde spredes opskrifter som ringe i vandet i det berørte organisatoriske felt, hvilket kan ses som forandringer af den offentlige organisation som følge af en modebølge.

### **2.3 – Koalitions- og forhandlingsteori**

Denne teori tager udgangspunkt i det interorganisatoriske og har i høj grad fokus på beslutningsprocessen i den enkelte organisation, hvor de vigtigste aktører i processen er koalitioner i organisationen og deres samspil om omgivelserne. Organisationen præges af et pluralistisk verdensbillede, hvor der er mange forskellige mål fra organisationens enkelte dele. Konflikter løses derfor enten ad hoc når de dukker op eller dels ved at igangsætte specifikke foranstaltninger fra organisationen i forhold til problemets art. (Winter 1991: 365)

I langt de fleste tilfælde hvor der skal træffes en beslutning, har de involverede aktører specifikke præferencer i forhold til udfaldet af beslutningen. Idet aktørerne har særinteresser opstår der i realiteten forhandlinger i beslutningsprocessen og måske også grupperinger blandt aktørerne. En sådan koalitions- og forhandlingsmodel er kendetegnet ved, at aktørerne er deres egeninteresser bevidst og at de kalkulerer, hvordan de bedst kan varetage disse interesser. Beslutningerne er karakteriseret af, at de aktører, der har flest magtressourcer og som forstår at bruge dem bedst, som regel også får realiseret deres interesser bedre end de øvrige og mindre magtfulde aktører. Dette gælder dog ikke altid, idet selv de stærkeste aktører ikke altid kan få det præcis, som de vil have det og derfor får de mindre ressourcestærke aktører som regel også noget ud af en forhandling. (Winter 1991: 363-364)

Magttilgangen er formet af og fastsat ud fra magtstrukturerne i den pågældende organisation. Beslutningerne præges ofte af tilfredsstillelse, men også af at organisationen med tiden lærer af sin egen adfærd og opretter ”standard operating procedures” for gængse problemtyper. På denne måde stabiliseres organisationen og usikkerheden minimeres markant. (Winter 1991: 365; Parsons 1995: 248) En model baseret på koalitioner og forhandlinger er særdeles velegnet, når der skal træffes beslutninger af større omfang som f.eks. en omsiggribende reform på et givent politikområde. I et sådan tilfælde vil koalitionerens særinteresser blive markeret og det vil kunne afgøres, om koalitionerens argumenter vil kunne stå distancen og få fodfæste i f.eks. et reformsamarbejde. (Christiansen 2006: 225)

### **2.4 – Teori om rationalitet eller ej**

Det er et klassisk spørgsmål, hvorvidt der er rationelle motiver bag politikeres beslutninger. Ordet rationel stammer fra det latinske ord *ratio*, der betyder fornuft og antagelsen af at

---



mennesker er rationelle spiller en afgørende rolle i alle teorier om menneskelig adfærd. (Jacobsen 2004: 297) I kategorien af rationel beslutningsteori vil specialet tage udgangspunkt i tre former for struktureret rationalitet: fuld rationalitet, delvis rationalitet og ingen rationalitet. De mere eller mindre rationelle teorier har haft meget stor indflydelse på den måde, forskere har forholdt sig til beslutningsprocessteori, idet rationalitet anses som værende et bærende element i de politiske beslutninger.

Rationalistisk tankegang har præget organisationsteorien siden 1920'erne, hvor bl.a. Max Weber (1864-1920) studerede organisationers opbygning og forskellige former for autoriteter. Den første teoretiker, der fokuserede på det rationelle i beslutningsteorien, var Herbert A. Simon (1916-2001), som forskede i emnet under stor inspiration af økonomisk teori om f.eks. nyttemaksimering hos både individer og i virksomheder:

*"...if we wish to understand the real world of decision, we must consider the extent to which a decision has been outcome of rational processes" (Parsons 1995: 273)*

Simon overførte økonomernes tankegang til studiet af politiske og administrative beslutningsprocesser og anvendte teorien som en idealtipe til at karakterisere politiske beslutningsprocesser. Ofte er rationalitetsteorien blevet kritiseret for at være virkelighedsfjern, hvortil der som modpol er opstået andre teorier af mindre rationel karakter, f.eks. teorier om inkrementalisme og garbage can-teori, som belyses i de efterfølgende afsnit. (Winter 1991: 358-360; Parsons 1995: 271-274)

### **2.4.1 – Rationel beslutningsteori**

En beslutningsproces præget af rationalitet er et normativt billede af et beslutningsforløb, idet det anses som værende den rigtige og dermed legitime baggrund for en afgørelse. Den rationelle beslutningsproces betoner, at beslutninger er udfaldet af en proces, hvor beslutningstagerne nøje har kortlagt alle de måder, hvorpå det er muligt at løse et givent problem. En del af overvejelserne er alle de omkostninger og konsekvenser, en given løsning vil have, og det er derfor med tanke på forskellige hensyn, at der foretages et valg. Beslutningen er rational, fordi beslutningstagerne træffer den beslutning, der bedst løser et givent problem. En rational beslutningsproces omtales ofte som den model, hvorpå de offentlige ressourcer anvendes bedst muligt. Dette forudsætter dog, at der er opstillet klare mål for de politiske beslutninger, hvilket i realiteten er svært at opfylde, idet politikerne ofte må gå på kompromis for at finde frem til en løsning. Sommetider kan det ske, at det afgørende for beslutningstagerne er, at de fremstår som politikere, der gør noget ved en given problematik og på den måde bliver symbolikken nogle gange lige så vigtig som selve indholdet af politikken. Derfor fremkommer der ofte uklart formulerede mål, som kan være håbløse at skulle forholde sig til i et forvaltningsøjemed.

---

Forudsætningerne for i det hele taget at kunne tage en rationel beslutning er, at der er gjort et godt forarbejde, idet der skal være redegjort for løsningernes omkostninger og konsekvenser. I tilfældet med at formulere og vedtage kommunale sundhedspolitikker vil en fuld rationel beslutningsproces være præget af komplicerede konsekvensberegninger på sundhedsområdet samt en nøje kortlægning af de økonomiske og sundhedsfaglige forhold, der gør sig gældende. Dette vil være en meget omfangsrig forvaltningsmæssig opgave og i realiteten uladsiggørlig, idet konsekvenserne er utallige. Derfor findes der i den virkelige verden næppe fuldt rationelle beslutningsprocesser, og tager man beslutningstagernes eventuelle personlige præferencer og forestillinger i betragtning, gør det heller ikke sagen mere rationel. Modellen om fuld rationalitet er derfor ikke realistisk, men bør snarere anses som et normativt idel for beslutningsprocesserne. (Christiansen 2006: 221-223)

### **2.4.2 – Inkrementalisme**

Inkrementalisme er et alternativ til fuld rationalitet, idet tilgangen anvendes som en slags opskrift på delvis rationel adfærd i forbindelse med beslutningsafgørelser. I forhold til den meget rationelle tilgang er inkrementalismen mere realistisk, fordi den er virkelighedsnær. De fleste politiske problemer, der skal løses, ligner noget, der er truffet beslutninger om før, og det er derfor naturligt at løse de nye problemer på samme måde som tidligere. Dette kan være en tryk og nem løsning for beslutningstagerne, men det er ikke en fuld rationel beslutning. Når beslutninger munder ud i løsninger, der kun i mindre grad adskiller sig fra tidligere løsninger, anses beslutningsprocessen for at være af modellen inkrementalisme<sup>2</sup>. Kendetegnende for inkrementalistiske beslutningsprocesser er, at der tages udgangspunkt i eksisterende forhold, og der ikke sker en fyldestgørende analyse af mulige løsningsmodeller, idet der blot vælges en kendt løsning med begrænsede ændringer.

I modsætning til den rationelle model findes der i den politiske verden talrige eksempler på beslutningsprocesser, der kommer tæt på inkrementalisme. Det traditionelle eksempel på inkrementalisme er budgetter, idet nye budgetter som hovedregel fastsættes ud fra tidligere budgetter og hvor der kun laves marginale ændringer. Forudsætningerne for at anvende den inkrementalistiske model er, at beslutningstagerne er enige om at fortsætte den politiske linie uden væsentlige ændringer og at de har tillid til processen. Hvis der opstår uenighed om problemet, er det ikke muligt at anvende inkrementalisme i så stor en udstrækning. I et kritisk lys kan inkrementalisme være med til at videreføre negative processer, idet f.eks. budgetter reelt set ikke bliver taget op til overvejelse men blot videreføres med marginale ændringer. Dette er med

---

<sup>2</sup> Increment betyder "lille ændring"

til at skabe en risiko for, at problemer ikke bliver opdaget i tide og dermed får lov at udvikle sig i en uheldig retning, inden der bliver grebet ind overfor problematikken. (Christiansen 2006: 223-225)

### **2.4.3 – Garbage can**

Hvor nogle beslutningsprocesser er præget af rationalitet fra aktørernes side, findes der også processer, som kan synes mere eller mindre tilfældige og ganske uforudsigelige. En sådan beslutningsproces betegnes garbage can – eller skraldespandsmodellen – og blev formuleret i 1970'erne som et modsvar på de mere rationelle teorier. Modellen er kendetegnet ved at være det modsatte af alt det, den fuldt rationelle model står for, idet aktørerne ikke har klare mål for processen og i det hele taget ikke ved, hvad de vil med den givne problematik. Teoretikerne March & Olsen satte teorien om garbage can sammen ud fra ideen om, at problemer og løsninger blev koblet sammen på uforudsigelige måder og at timingen, var det altafgørende. Der er ikke tale om en klar forbindelse mellem deltagere, problemer, løsninger og beslutningsanledning men snarere en form for løs kobling. Ofte er der mange og skiftende aktørgrupper inde over den samme beslutningsproces og grundet disse skiftende aktørkonstellationer og dagsordener, bliver det svært at styre processen. Udefra set vil en sådan beslutningsproces fremstå både rodet og ukontrolleret, idet der ikke er styr på noget og alt foregår uafhængigt af hinanden. Symboler får en vigtig betydning, idet nogle aktører vælger en symbolsk deltagelse, da det vigtigste for dem er at være med og ikke i så høj grad at få betydning for processen eller resultatet. Navnet skraldespandsteori kommer af, at elementerne på tilfældigvis blandes i en konkret beslutningssituation ligesom affald i en skraldespand. (Winter 1991: 366-367)

Teorien kritiseres for, at den snarere er en metafor end en egentlig model for beslutningsprocesser, idet det sjældent ses, at beslutningsprocesser præges af totalt fravær af rationalitet. (Winter 1991: 367) Det ses derimod ofte, at aktørers mål ikke bliver opfyldt, fordi processen er ukontrolleret og aktørerne bliver sat af grundet processens tempo. Derfor betegnes beslutninger truffet ud fra garbage can-modellen ofte som ”hovsa-løsninger”, idet der har været mangel på struktur og rationale. (Christiansen 2006: 225-227) Det er derfor hensigtsmæssigt at skelne mellem garbage can-teorien som et begrebsapparat eller som teori, idet teorien bygger på ren anarkisme og begrebsapparatet snarere kan anvendes som en model for beslutningsteori. (Winter 1991: 367)

## **2.5 – Opsamling på teorierne**

I den nyinstitutionelle teori lægges der vægt på de forskellige former for institutionelt pres fra kommunernes omgivelser og hvordan dette pres resulterer i mere ensartede organisationer og

---

politikker. Denne tendens ses, hvad enten presset er af tvangsmæssig karakter eller foregår på mere frivillig basis som den mimetiske og normative model. Kommunerne indretter sig derved på grundlag af andres erfaringer og kopierer i større eller mindre grad både organisering og politik, hvorfor begge faktorer generelt set bliver mere homogene grundet isomorfin. Derfor må det forventes, at hvis undersøgelsen viser, at der er store ligheder imellem kommunernes udarbejdede sundhedspolitikker, kan det være sket på baggrund af netop isomorfitendenser. Afslutningsvis mener Røvik dog, at isomorfi ikke nødvendigvis resulterer i stor ensartethed, idet organisationerne tilpasser de adopterede opskrifter til deres egen organisation og dermed fastholdes en del af diversiteten kommunerne imellem.

I de politiske kampe om magten illustreres mulige konflikter på flere niveauer f.eks. internt mellem politikere eller mellem forvaltningen og politikerne, da særinteresser og problemstillinger kommer i spil. Det bliver således aktørers særinteresser, der afspejles i den reelle, udarbejdede politik og ikke et billede af hele kommunalbestyrelsens interesser. Hvis denne tilgang til etablering af sundhedspolitikken gør sig gældende, vil resultatet blive en ikke-gennemarbejdet og irrationel beslutningsproces, idet enkelte magtfulde aktører styrer slagets gang. Resultatet vil blive en usammenhængende politik med fokusområder, der ikke nødvendigvis har tilknytning til kommunens reelle behov og ønsker. Idet kommunalpolitik ofte er velstruktureret, og politikerne arbejder for at yde den bedst mulige service til borgerne, er det ikke min forventning, at der er store politiske konflikter internt i hverken sundhedsudvalg og eller kommunalbestyrelser. Dette følges godt op ad kildematerialet, hvori der ikke fremgår nogen former for negative partikonstellationer eller direkte magtkampe.

Den fuldt rationelle model anvendes ofte i de tilfælde, hvor organisationer lægger vægt på konkrete og velovervejede løsningsforslag, da disse fremstår mest legitime i forhold til omverdenen. En del af overvejelserne er også de omkostninger og konsekvenser, en given løsning vil have, og det er derfor med tanke på forskellige hensyn, at der foretages et valg. Beslutningen er såkaldt rational, fordi beslutningstagerne træffer den beslutning, der bedst løser et givent problem. Hvis kommunerne varetager beslutningsprocessen på basis af fuld rationalitet, vil alle tænkelige faktorer blive analyseret, før en beslutning kan træffes. Objektivt set er dette ikke muligt, hvorfor modellen ofte betragtes som et ideal for beslutningsaktører. Derfor forventer jeg ikke, at kommunernes beslutningsproces vedrørende formulering af sundhedspolitikken kan karakteriseres som værende fuldt rationel, men modellen kan i stedet anses som et normativt idel for beslutningsprocesserne.

Den inkrementalistiske tilgang anvendes i det omfang, hvor kommunerne grundet usikkerhed spiller sikkert spil og dermed holder fast i tidligere erfaringer og blot tilføjer den tidligere førte politik minimale ændringer. Med afsæt i denne teori begiver kommunerne sig ikke ud i store

---

revolutionerende politiske ændringer men holder sig til det kendte og sikre. Da sundhedspolitik er et nyt og overordnet set meget bredt politisk felt, vil kommuner sandsynligvis føle sig usikre på hånden, men samtidig kun have få reelle erfaringer at støtte sig op ad. Derfor forventer jeg, at den inkrementalistiske beslutningsmodel kun i mindre grad er anvendelig i karakteriseringen af kommunernes beslutningsproces på sundhedsområdet.

Hvis den mindst rationelle beslutningsmodel, garbage can-modellen, skal have indflydelse på beslutningsprocesserne, vil faktorer som aktører, ressourcer og timing have en helt afgørende rolle. Politiske beslutninger præget af garbage can-modellen sker som resultatet af ikke-planlagte beslutninger, hvor aktørerne i højt tempo bliver løbet over ende. Nogle vil mene, at strukturreformen kan anses som værende en forhastet reform, men den er trods af gennemført af et flertal i Folketinget og effektueret efter en nøje tilrettelagt opgave- og tidsplan over flere år. Med afsæt i den skarpe planlægning og koordinering af reformprocessen, vil det umiddelbart være svært at tro på, at de efterfølgende politikker skulle være blevet udarbejdet under stor påvirkning af tilfældigheder i kommunerne. Derfor er min forventning, at jeg ikke kan forklare beslutningsprocessen ud fra teorien om garbage can-modellen.

## Kapitel 3 – Design, metodologi og kvalitetskriterier

I dette kapitel præsenteres de overvejelser, der ligger bag undersøgelsens tilrettelæggelse og udformning. Formålet er at beskrive det design- og metodemæssige grundlag for undersøgelsen - herunder hvordan dataindsamlingen har fundet sted og hvilke kriterier, undersøgelsens kvalitet står til genstand for.

### 3.1 – Design

Casestudiet er særligt velegnet til undersøgelser, hvor emnet forstås eller forklares ud fra en sammenhæng, hvilket f.eks. gør sig gældende inden for etableringen af kommunale sundhedspolitikker. Fællesnævneren for casestudier er ofte, at de tager udgangspunkt i beslutnings- og implementerings-processer samt organisationsforandringer på flere niveauer i et organisations- eller samfundsniveau. Dette speciales tilgang til undersøgelsen er den klassiske deduktive tilgang, hvor der tages udgangspunkt i det teoretiske materiale med udvikling af et begrebsapparat. Via det systematiske analysearbejdet er det muligt at komme frem til en eliminering af alternative forklaringer og dette leder undersøgelsen frem til at opretholde eller revidere det oprindelige teoretiske udgangspunkt for casestudiet. (Nielsen 2007: 62-63, 129)

I tilfældet med dette speciales problemstilling er det sandsynligt, at der er flere teoretiske faktorer i spil, når kommunerne skal fastlægge en sundhedspolitik, hvorfor det er et krav til analysemetoden, at den kan rumme mange faktorer og samtidig medvirke til at afdække kompleksiteten i forklaringen. Netop dette er styrken ved casestudiet, hvorfor jeg har valgt at anvende denne tilgang frem for andre. Tilgangen gør det muligt at betragte problemstillingen ud fra en holistisk tankegang, hvilket betyder, at det er muligt at anskueliggøre kommunernes etablering af en sundhedspolitik ud fra den helhed og kontekst, de indgår i. Dette skulle meget gerne være med til at give en bedre forståelse af kommunernes valg og prioriteringer. Der skelnes mellem fire typer casestudie design, hvor dette speciale tager udgangspunkt i den multiple enhed med multipel case dvs. design type 4 i nedenstående tabel 1.

Tabel 1. De fire typer casestudie-designs

	Enkel case	Multipel case
Enkel enhed	Type 1	Type 2
Multipel enhed	Type 3	Type 4

Kilde: Nielsen 2007: 65

Et multipelt casedesign bygger på logikken om gentagne gange at anvende det samme teoretiske perspektiv og begrebsapparat på flere afgrænsede casestudier. På denne måde bliver det muligt at bygge nuanceret viden op om fællestræk og forskellighed ved et undersøgt fænomen, der kan danne grundlag for en nuanceret analytisk forståelse eller forklaring af fænomenet. Udvælgelsen af cases kræver et grundigt forarbejde, idet udvælgelsen må ske på grundlag af kriterier udledt af problemformuleringen samt den teoretiske ramme. I den multiple enhed sigtes der på at kunne forklare helhedens måde at fungere på ved at forstå de enkelte aktørers adfærd. (Nielsen 2007: 65-66) I dette tilfælde betyder det, at jeg først og fremmest skal forstå de enkelte aktørers adfærd i de udvalgte casekommuner for at kunne forstå, hvorfor de udvalgte kommuner har valgt at formulere sundhedspolitikken, som de har.

Kritikken af casestudiet går mest på single casedesign, hvilket ikke anvendes i dette speciale. Denne form for designs kritiseres for at mangle generaliseringsmuligheder grundet det indskrænkede studie af kun én enhed. Denne kritik gør sig ikke gældende for det multiple casestudie-design og er derfor ikke relevant i forhold til nærværende speciale og desuden vil studiets muligheder inden for generaliseringsfeltet blive behandlet i det senere afsnit om kvalitetskriterier.

### **3.2 – Metode**

Specialets metode er bindeleddet mellem problemformuleringen og specialets udformning afgrænset i forhold til den valgte teoretiske ramme, hvilket ligeledes vil blive præciseret yderligere i den senere operationalisering. Overordnet set er tre metodiske tilgangsvikler relevante, når det kommer til et studie af beslutningsprocesser, hvilket er dokumentstudier, kvalitativ metode (interviews) og observationsstudier. Indledningsvist kan observationsstudierne afskrives som metodisk tilgang, idet casekommuner har været igennem beslutningsprocessen på det sundhedspolitiske område.<sup>3</sup> Dermed er det på nuværende tidspunkt ikke muligt at følge den politiske proces og de relevante aktørers handlinger. På baggrund af dette er det relevante at arbejde med dokumentstudier og kvalitativ metode, og specialet vil således bygge på respondenternes tilbageskuende opfattelser, idet de politiske processer har fundet sted. Dokumentstudierne vil fortrinsvist anvendes som researchmateriale og dokumentation for problemstillingen, hvorefter den kvalitative empiri vil tage over, når dokumenterne rent indholdsmæssigt ikke rækker længere.

---

<sup>3</sup> I Frederikshavn Kommune indstillede sundhedsudvalget deres sundhedspolitik til behandling i byrådet samme dag som interviewene er gennemført. Dermed var langt den største del af den politiske udvalgsbehandling overstået og jeg mener derfor, det er rimeligt at tale om, at den politiske beslutningsproces i udvalget var afsluttet, da interviewene blev lavet.

---

### 3.2.1 – Kvalitativ metode

Interviewformen er et meget anvendt metoderedskab, idet det giver mulighed for intens og dyb indsigt i processer og strukturelle karakteristika. Ved at spørge ind til praksis rettes opmærksomheden på eventuelle problematikker, hvor respondenterne subjektive vurderinger og oplevelser danner grundlag for det videre arbejde med undersøgelsen. Der kan stille spørgsmålstegn ved denne subjektivitet, men lige gyldigt hvad er den nødvendig, idet det netop er respondenternes fortolkning af fænomenet, der er interessant i forhold med problemstillingen. Derfor er løsningen at vurdere og sammenligne respondenternes udsagn for på den måde at vurdere deres pålidelighed og faktuelle rigtighed. (Kvale 1997: 19, 129) Desuden mener jeg ikke, det er muligt at undersøge problemstillingen ved ren kvantitativ metode, idet f.eks. en spørgeskemaundersøgelse ikke på samme måde kan opfange nuancerne af respondenternes besvarelser og desuden er fordelene ved interviews, at det er muligt at lave opfølgende spørgsmål, så hele problemstillingen dækkes ind.

Undersøgelsen er afgrænset til at omhandle tre kommuner, hvor de inddragede aktører enten er ansat i de kommunale sundhedsforvaltninger eller deltager i de politiske sundhedsudvalg. Casekommunerne er udvalgt efter en nøje gennemgang af samtlige nordjyske kommuners sundhedsprofiler og sundhedspolitikker, hvilket er en del af analysearbejdet, hvorfor de nærmere udvælgelseskriterier og selve caseudvælgelsen vil blive behandlet i analysens første del. De kommunale repræsentanter er udvalgt på grundlag af, at jeg gerne vil have et bredt billede af beslutningsprocessen, hvorfor jeg har valgt respondenter fra såvel det forvaltningsmæssige som det politiske niveau. Politikerne er fortrinsvis formænd og næstformænd for casekommunernes sundhedsudvalg og repræsenterer desuden to forskellige politiske partier fra hvert byråd. Dette skulle gerne være med til at sikre et bredt udsnit af holdningerne til beslutningsprocessen fra politikere med forskellige partipolitiske tilgangsvinkler. De forvaltningsmæssige repræsentanter udgøres af en leder eller mellemlider i sundhedsafdelingen samt en central medarbejder, der har været med til at udarbejde sundhedspolitikken og evt. har været tovholder på projektet. Som det fremgår af den senere analyse, er der forskel på respondenternes viden og kendskab til processen bag politikformuleringen, idet der ses en tendens til, at politikerne ikke er så detaljeorienterede som medarbejderne i forvaltningen. S sammensætningen af respondenter repræsenteres således forholdene fra politisk og administrativ side og dermed er de centrale aktører i etableringen af kommunernes sundhedspolitikker inddraget.

#### 3.2.1.1 – Interviewguide

Interviewguiden er bygget op som et semistruktureret interview, hvilket betyder, at de på forhånd planlagte spørgsmål kan suppleres med nye spørgsmål, hvis respondentens besvarelser giver



anledning til dette. Det semistrukturerede interview kan derfor placeres mellem det strukturerede interview og det eksplorative interview, der er præget af henholdsvis høj og lav grad af strukturering. Fordelen ved det semistrukturerede interview er netop, at der er mulighed for at tilpasse interviewet til respondentens besvarelser, da man som udgangspunkt ikke er fastlåst til en bestemt række spørgsmål.

Interviewguiden er opbygget som en tretrinsskælet med delemner udledt fra problemstillingen og den teoretiske ramme, hvor de indledende spørgsmål er af meget bred karakter efterfulgt af mere specifikke spørgsmål. Spørgsmålene er inddelt i tre delemner, som er med til at strukturere interviewene og gøre den efterfølgende databehandling og analyse mere målrettet. Respondenterne har haft mulighed for at optræde anonymt, hvilket ingen af dem har ønsket. Dette er vigtigt, da kvaliteten af undersøgelsen bl.a. afhænger af, om interviewpersonerne oplever, de kan deltage i undersøgelsen uden at skulle være usikre på eventuelle senere uoverensstemmelser i kommunen. Interviewguiden fremgår af bilag 6.

### **3.2.2 – Dokumentstudier**

Den anden del af de metodiske overvejelser har fokus på dokumentstudier. Dokumenterne kan bidrage til at give et overblik over det skriftlige materiale, som beskriver retningslinier fra ministeriet om kommunernes sundhedspolitikker. Idet jeg anvender flere former for metoder på én og samme tid, er min overordnede metode en triangulering af kvalitative studier og dokumentstudier. (Nielsen 2007: 130) Kombinationen af flere metoder giver undersøgelsen større dybde og flere nuancer, men samtidig åbner det også op for muligheden for flere vinkler på undersøgelsesfeltet og dermed svar på problemformuleringen. Rent metodisk vil fremgangsmåderne supplere hinanden godt, idet dokumentstudierne kan anses som neutrale dokumenter og den kvalitative metode betragtes som respondenternes subjektive vinkel på problemstillingen. Dette højner troværdigheden af casematerialet, idet respondenternes eventuelle usikkerhed eller efterrationaliseringer omkring problemstillingen kan afklares og evt. ses bort fra grundet de mere faktuelle oplysninger i sagsdokumenterne.

Via dokumenterne er der mulighed for at få overblik over baggrunden for det sundhedspolitiske område, rammerne for politikfeltet og indholdet i de enkelte kommuners politikker. Via dagsordener og referater fra møder i de enkelte kommuners sundhedsudvalg, er det muligt at følge processen vedrørende etableringen af sundhedspolitikker. Desuden er kommunernes sundhedspolitikker tilgængelige på deres hjemmesider, hvor det også er muligt at se deres tids- og arbejdsplan for den politiske proces. Disse dokumenter bidrager med mange faktuelle og praktiske oplysninger som viden om kommunernes håndtering af etableringsprocessen samt en

præsentation af de vigtigste aktører, hvilket fortrinsvis anvendes i problemstillingen og i den første analysedel.

De øvrige dokumenter kommer fra aktører i det kommunale og sundhedsfaglige felt og omfatter bl.a. Strukturkommissionen, Indenrigs- og Sundhedsministeriet samt Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse, Sundhedsstyrelsen og KL. Af Strukturkommissionens betænkning (2003) fremgår det hvilke modeller, der anbefales som strukturel indretning af den fremtidige offentlige sektor i Danmark. Som tidligere nævnt er halvdelen af kommissionens medlemmer udpeget direkte af ministre, hvorfor kommissionen må siges at have en stærk tilknytning til regeringen. Idet opgaverne vedrørende sundhedsområdet efter folketingsvalget i efteråret 2007 overgik fra det tidligere Indenrigs- og Sundhedsministerium til det nyoprettede Ministerium for Sundhed og Forebyggelse er begge ministerier en vigtig aktør på området og dermed er dokumenter fra disse myndigheder særligt relevante. Dokumenterne er hovedsageligt folkesundhedsprogrammet ”Sund hele livet” (2002) samt generelt informationsmateriale vedr. forebyggelse af diverse risikofaktorer. Sundhedsstyrelsen samt KL udgiver ligeledes meget fagligt materiale om forebyggelse og dette materiale er tilgængeligt for alle via deres hjemmeside. Udvalgte dokumenter fremgår af bilagsoversigten og bilag 7-9.

Materialet fra ministerierne afspejler naturligvis regeringens holdning til problemstillingen, hvor f.eks. Sundhedsstyrelsen repræsenterer den mere sundhedsfaglige del af aktørgruppen. KL’s rolle som paraplyorganisation for kommunerne betyder naturligvis, at organisationens materiale afspejler KL’s holdning til håndteringen af varetagelsen af det sundhedspolitiske område. Materialesamlingen danner således en god baggrund for at forstå både politiske, sundhedsfaglige og kommunale aktører, hvilket er et godt udgangspunkt for et bredt indblik i det kommunale sundhedsfelt, idet faglige interesser og politiske tilgangsvinkler vil blive afspejlet i materialet.

### **3.2.3 – Casebeskrivelse**

Denne casebeskrivelse er den første af to, idet en mere detaljeret argumentation for valg af cases fremgår af analysens første del. Denne korte og faktuelle beskrivelse af de udvalgte casekommuner skal derfor suppleres med den efterfølgende casebeskrivelse med fokus på kommunernes sundhedsprofiler og sundhedspolitikker for at give et retvisende billede af overvejelserne bag caseudvælgelsen. De udvalgte cases er Aalborg, Frederikshavn og Morsø kommuner, som alle er en del af Region Nordjylland.

Aalborg Kommune er opbygget som et magistratsstyre bestående af borgmesteren og en række rådmænd, der fungerer som politisk valgte chefer for hver deres forvaltning, se evt. bilag 39 og 40. Magistraten fungerer som den udøvende magt i kommunen med bl.a. forberedelse af sager til

forelæggelse for kommunalbestyrelsen samt en koordinerende rolle. Aalborg Kommunes sundhedsforvaltning kaldet Sundhed og Bæredygtig Udvikling og er en tværfaglig organisation med eget budget for sundhedsfremme og forebyggelse på ca. 21 mill. kr. i 2008. (Aalborg Kommune 2007 samt bilag 36) Forvaltningen blev etableret som et resultat af kommunalreformen, og allerede i oktober 2006 var personalet klar til at gå i gang med processen. Dermed adskiller Aalborg Kommunes sundhedsforvaltning sig på flere punkter fra de andre casekommuner, fordi den dels har været godt forberedt på opgavevaretagelsen og dels har eget budget til de forebyggende aktiviteter. Kommunalbestyrelsen vedtog enstemmigt sundhedspolitikken uden bemærkninger den 25. juni 2007. (Aalborg Kommune 2007)

Frederikshavn Kommune er traditionelt opbygget som langt de fleste andre danske kommuner, hvor kommunens øverste ledelse er den folkevalgte kommunalbestyrelse ledet af borgmesteren. Frederikshavn Kommunes sundhedsforvaltning er organiseret i Social-, Sundheds og Arbejdsmarkedsforvaltningens afdeling for Sundhed og Handicap, se evt. bilag 41 og 42. Kommunens budget for sundhedsfremme og forebyggelse er i 2008 på ca. 5 mill. kr. inkl. driftsmidler, hvilket betyder, at midlerne til de reelle aktiviteter er væsentligt mindre. (Frederikshavn Kommune 2007 samt bilag 37) Desuden adskiller Frederikshavn Kommune sig fra de øvrige casekommuner ved, at kommunalbestyrelsen på nuværende tidspunkt endnu ikke har vedtaget sundhedspolitikken. Sundhedsudvalget har færdigbehandlet sundhedspolitikken, hvorefter kommunalbestyrelsen forventes at vedtage politikken ultimo august måned. (Frederikshavn Kommune 2007)

Morsø Kommune adskiller sig fra mange andre kommuner ved ikke at være sammenlagt med andre kommuner i forbindelse med kommunalreformen. Dermed har Morsø Kommune ikke haft nogle af de samme problemstillinger, som mange andre danske kommuner har haft, idet opgaverne med serviceharmonisering og fælles kulturelle miljøer ikke var aktuelle. Morsø Kommunes sundhedsforvaltning er organiseret i Trivsels- og Sundhedsforvaltningens afdeling for Sundhed, se evt. bilag 43 og 44. Kommunens budget for sundhedsfremme og forebyggelse er ca. 2 mill. kr. inkl. driftsmidler (Morsø Kommune 2007 samt bilag 38), hvilket som hos Frederikshavn Kommune betyder, at de reelle midler til sundhedsfremmende aktiviteter er væsentligt mindre. Kommunalbestyrelsen vedtog enstemmigt sundhedspolitikken 28. januar 2008.

Tabel 2. Oversigt over faktuelle data på casekommunerne

	Indbyggertal	Rangering efter kommunestørrelse
Aalborg Kommune	194.149	1
Frederikshavn Kommune	62.877	3
Morsø Kommune	22.196	10

Kilde: Kommunefakta - www.borger.dk (011.05.2008)

Idet mine cases er delvist beskrevet, er det nu interessant at se på hvilke respondenter, jeg har haft lejlighed til at interviewe til undersøgelsen. Det er disse personers oplevelser og erfaringer, der sammen med udvalgte dokumenter danner grundlaget for den senere analyse af problemstillingen. I nedenstående afsnit vil interviewpersonerne fra de tre casekommuner blive præsenteret og det vil blive nævnt, om respondenteren er fra forvaltning eller sundhedsudvalg. En oversigt over indsamling af interviewmateriale fremgår af bilag 10 og de 12 transskriberede interviews fremgår af bilag 11-22.

### Respondenter fra Aalborg Kommune

Politikerne fra Aalborg Kommune, der medvirker i undersøgelsen, er henholdsvis formand og næstformand for sundhedsudvalget, hvilket er en optimal sammensætning af respondenter, da disse ligeledes er valgt for hvert sit politiske parti. Fra forvaltningsmæssig side ville det være ideelt at have interviewet Bente Graversen, direktør i sundhedsforvaltningen og formand for styregruppen for sundhedspolitik, men dette kunne desværre ikke lade sig gøre grundet Bentes store arbejdsbyrde. Bente foreslog derfor, at jeg talte med Vibeke Olesen, der er faglig koordinator i sundhedsforvaltningen. Dermed har det i denne case ikke været muligt at interviewe den embedsmand, der sidder på chefposten i sundhedsforvaltningen og dermed har det overordnede ansvar for f.eks. sundhedspolitikken, hvilket har været tilfældet med de øvrige casekommuner.

#### *Forvaltning*

Vibeke Olesen

- Faglig koordinator og specialkonsulent i Sundhed og Bæredygtig Udvikling
- Tovholder for sundhedspolitikken

Tommi Nielsen

- Specialkonsulent i Sundhed og Bæredygtig Udvikling
- Uddannet økonom fra Aalborg Universitet

*Politikere*

Thomas Kastrup-Larsen (Soc.dem.)

- Rådmand for Sundhed og Bæredygtig Udvikling
- Formand for udvalget for Sundhed og Bæredygtig Udvikling
- Uddannet cand.scient.adm. fra Aalborg Universitet

Niels Knudsen (Venstre)

- Næstformand for udvalget for Sundhed og Bæredygtig Udvikling
- Uddannet faglærer

**Respondenter fra Frederikshavn Kommune**

I Frederikshavn Kommune har alle de efterspurgte centrale personer haft mulighed til at medvirke i undersøgelsen og jeg har derfor talt med formand og næstformand i sundhedsudvalget, der repræsenterer hvert sit parti, samt direktøren for sundhedsområdet og en central AC-medarbejder fra sundhedsforvaltningen.

*Forvaltning*

Jan Nielsen

- Direktør for Social-, Sundheds- og Arbejdsmarkedsområdet
- Uddannet cand.scient.pol. fra Århus Universitet

Uffe Borg

- Planlægger i Sundhedsafdelingen, kontoret for ”Sund By og Forebyggelse”
- Uddannet cand.scient.adm. fra Aalborg Universitet
- Tovholder for sundhedspolitikken

*Politikere*

Per Nilsson (Venstre)

- Formand for Sundhedsudvalget
- Uddannet revisor

Jytte Schaltz (Soc.dem.)

- Medlem af Sundhedsudvalget
- Uddannet kontorassistent

**Respondenter fra Morsø Kommune**

I Morsø Kommune har de efterspurgte nøglepersoner ligeledes haft mulighed til at medvirke i undersøgelsen og jeg har derfor talt med både formand og næstformand i sundhedsudvalget, der repræsenterer hvert sit parti, samt chefen for sundhedsområdet og afdelingslederen fra sundhedsforvaltningen.

### *Forvaltning*

Kirsten V. Løgsted

- Chef for Trivsel & Sundhed
- Uddannet cand.scient.adm. fra Aalborg Universitet

Annelise Møller

- Afdelingsleder i Trivsel & Sundhed
- Uddannet sygeplejerske
- Tovholder for sundhedspolitikken

### *Politikere*

Lauge Larsen (Soc.dem.)

- Formand for Socialudvalget
- Uddannet cand.mag. i samfundsfag og geografi

Bente Lyndrup (Borgerlisten)

- Næstformand for Socialudvalget
- Selvstændig inden for cateringbranchen

I forhold til det datamateriale, interviewene skaber, er det et vigtigt faktum, at beslutningsprocessen i alle tre casekommuner er veloverstået. I tilfældet med Frederikshavn Kommune er beslutningsprocessen dog ikke helt afsluttet, da sundhedspolitikken formelt skal politisk behandles i august måned. Dog mener respondenterne fra forvaltningen og politikerne i sundhedsudvalget, at der vil være stor opbakning til den fremlagte politik og at der næppe vil blive problemer med at få politikken vedtaget i kommunalbestyrelsen. På grundlag af dette mener jeg som tidligere nævnt, at det er muligt at argumenterer for, at langt størstedelen af beslutningsprocessen er gennemført. Dermed bliver resultaterne fra interviewene mere omfattende, hvilket giver mulighed for ikke bare at lave en beskrivende analyse men samtidig bygge analysen på respondenternes erfaringer og oplevelser. Desuden betyder dette, at respondenterne kan tale frit om den forudgående proces uden hensyn til evt. repressalier fra andre parter, idet emnet er uddebatteret.

### **3.3 – Kvalitetskriterier**

For at sikre at undersøgelsen kan leve op til de videnskabelige kvalitetskriterier, er det vigtigt, at metoden er velovervejet. Caseudvælgelse og valg af respondenter skal ske på den mest hensigtsmæssige måde og interviewguiden skal naturligvis udformes, så spørgsmålene indfanger de centrale aspekter af problemstillingen. Specialets kvalitetskriterier udgøres af studiets gyldighed og pålidelighed samt om det er muligt at tale om generaliseringer på området ud fra undersøgelsens resultater.

Gyldighed er et spørgsmål om, at man rent faktisk måler det, man ønsker at måle. I forhold til dette speciale betyder det, at der skal skabe klarhed over, om jeg har udvalgt de korrekte cases, respondenter og spørgsmål, da undersøgelsen ellers vil være uanvendelig pga. manglende gyldighed. Hvis f.eks. interviewguiden ikke måler det, der var planlagt, giver det anledning til et gyldighedsproblem. Derfor omtales gyldighedsproblemer ofte som systematiske målefejl, idet de vil gå igen ved gentagen anvendelse af f.eks. samme ringe interviewguide eller forkerte respondenter. (Nielsen 2007: 87-88) På gyldighedsfeltet skelnes der mellem intern og ekstern gyldighed, hvor undersøgelsens interne validitet har fokus på metodevalgets betydning for undersøgelsen. Den eksterne validitet henvender sig til muligheder for at generalisere undersøgelsens resultater til andre aktører inden for samme politologiske felt, hvilket vil beskrives i et senere afsnit om generaliserbarhed. Da jeg anvender både kvalitativ metode og dokumentstudier, giver det en stærk intern validitet, fordi der skabes et bredere og mere nuanceret billede af mine cases. Forudsætningen for den stærke interne validitet er først og fremmest, at det er de rigtige respondenter, der er taget kontakt til. I tilfældet med dette speciale mener jeg, at de relevante respondenter er valgt, idet disse personer alle har en central rolle i beslutningsprocessen på forskellige måder. Ulempen ved metodetriangulering er, at aktørerne kan have mange forskelligartede synspunkter, hvilket kan gøre det til en endnu sværere og mere kompleks case end udgangspunktet eller var.

Om det er muligt at generalisere undersøgelsens resultater handler i vid udstrækning om den eksterne validitet. Idet de danske kommuner bygger på forskellige organisationsformer, økonomiske forhold, politiske styring m.v., kunne det umiddelbart antages, at resultaterne er unikke for casekommunerne og dermed ikke kan danne grundlag for en generalisering i forhold til andre kommuner. På trods af variationer kommunerne imellem, er dette dog ikke en korrekt antagelse, idet kommuner på nuværende tidspunkt imødegår de samme udfordringer og problemstillinger på det sundhedspolitiske område. Ligeledes har kommunerne det samme lovgrundlag at arbejde ud fra og de samme problemstillinger at kæmpe med på et nyt politikområde. På baggrund af det er det i et vist omfang muligt at generalisere resultaterne på sundhedsområdet fra casekommunerne til det øvrige kommunale niveau.

Pålidelighed er et spørgsmål om, at man ved gentagne målinger af sammen fænomen også kommer frem til det samme resultat. Det forudsætter, at andelen af tilfældige målefejl i undersøgelsen minimeres for at netop at højne pålideligheden. Derfor er det interessant at se på, om metodevalget har været med til at minimere de problemer, der kan være forbundet med pålideligheden. Inddragelse af oplevelser og holdninger kan være anledning til problemer med at opnå høj reliabilitet, da det er svært at måle disse oplevelser pga. omskiftelighed og evt. påvirkninger udefra hos respondenterne. Det betyder, at undersøgelsen enkelte spørgsmål skal

være enkle, tydelige og ikke til at misforstå og ved evt. gentagelse af spørgsmålene skal respondenterne svare det samme på spørgsmålene. En metode til at opnå høj pålidelighed er intern konsistens, hvor der spørges ind til det samme emne på flere forskellige måder for på den måde at kunne få flere aspekter på emnet og dermed have mulighed for at dobbelttjekke respondenterne's besvarelser. (Olsen 2002: 25)

Jævnfør ovenstående afsnit om både pålidelighed og gyldighed, mener jeg, at grundlaget for undersøgelsen og dets resultat er skabt under høj pålidelighed såvel som gyldighed.



## Kapitel 4 – Operationalisering

Næste trin i processen er at gå videre med operationaliseringen, hvor de teoretiske begreber konkretiseres og gøres målbare i empirisk og analytisk sammenhæng. Operationaliseringen danner så at sige bro mellem undersøgelsens teoretiske og empiriske niveau, hvor de abstrakte teorier skal ned på et mere operationelt og håndterbart niveau. Derfor bliver det præciseret, hvordan begreberne operationaliseres, så det bliver muligt at belyse problemstillingen. Konkret skabes der sammenhæng mellem teori og empiri ved at opstille en række indikatorer, inden for den teoretiske ramme samt inden for problemfeltets område. Disse indikatorer danner grundlaget for spørgsmålene i interviewguiden og er styrende for opbygningen af analysen. (Nielsen 2007: 83)

Indikatorerne er i interviewguiden oversat til spørgsmål i et mere almindeligt sprog med det formål at optimere betingelserne for at opnå gyldige og pålidelige besvarelser i undersøgelsen. Indikatorerne er udvalgt ud fra en gennemgang af specialets teoriapparat for at sikre, at indikatorerne måler det ønskede samt at alle centrale dele af teorierne er indfanget i operationaliseringen og senere kan danne grundlag for analysen. Da specialet har et meget bredt sigte, vil operationaliseringen og den senere interviewguide indeholde faktorer på flere forskellige områder, hvilket skal være med til at danne et overblik over den proces, der har været i casekommunerne vedrørende etablering af sundhedspolitikken.

### **4.1 – Operationalisering af centrale aspekter af problemfeltet**

Nationale og regionale tiltag vil blive betegnet som en del af kommunernes omgivelser, hvorimod casekommunerne er det centrale i problemstillingen. På det nationale niveau består problemstillingen af et sammensurium af ny lovgivning, kommunernes håndtering af de sundhedsfaglige opgaver samt ændringernes betydning for danskerne folkesundhed. På det lovgivningsmæssige område vil fremgangsmåden fortrinsvis være dokumentstudier, idet der er fokus på den strukturelle indretning samt juridiske ændringer af den offentlige sektor og disse fremgår ganske klart af dokumenterne. På det regionale plan vil der være fokus på de kommunale sundhedsprofiler samt de udarbejdede sundhedspolitikker, hvilket ligeledes vil behandles via dokumentstudier. På det kommunale niveau vil det være et mix af dokumentstudier og kvalitative metode, idet der først indhenter viden om kommunernes nye opgaver via dokumenterne og dernæst respondenternes oplevelse af, hvordan de har valgt at håndtere de omtalte ændringer. Dette er centralt, idet det giver kendskab til eventuelle nye aktører og disses betydning for etablering af politikken. Dette gøres ved konkret at spørge ind til kommunernes modtagelse af kommunalreformen på det sundhedsfaglige område samt deres generelle indtryk af opgaveændringen på samme felt. Folkesundhed på et generelt niveau vil ligeledes behandles

---

primært via dokumentstudier og sekundært med indhentet viden fra respondenterne, idet det er et overordnet emne i den generelle debat om sundhed og forebyggelse. Det betyder, at jeg i interviewsituationen skal spørge ind til, hvorvidt kommunerne ser sig selv som en betydningsfuld aktør i arbejdet med at forberede den generelle folkesundhed og hvordan dette evt. påvirker kommunen i forhold til politikformuleringen. Dette er væsentligt for undersøgelsen, idet det kan være med til at se problemstillingen i et lidt større perspektiv på et nationalt plan.

#### **4.2 – Operationalisering af kommunernes tilgang til etablering af sundhedspolitikken**

Den anden del af analysen vil blive lavet på baggrund af de kvalitative interviews, idet formålet primært er at indhente viden om, hvordan den enkelte casekommune har valgt at formulere deres sundhedspolitik. Det vigtigste er at få indsigt i og forståelse for hvilke aktører og processer, der har været aktive i etableringen af sundhedspolitikken og betydningen af dette. På samme måde er det helt centralt at få undersøgt, hvordan kommunen er gået til den nye opgave samt at få kendskab til, hvordan kommunens forventninger til resultatet var. Denne viden indhenter jeg ved at spørge ind til, om kommunen fik eller opsøgte information vedrørende opbygning af sundhedspolitik fra andre aktører og i så fald hvordan de anvendte denne inspiration. Det er ligeledes vigtigt at få indsigt i, om forventninger til politikken var et samlet udtryk fra hele organisationen eller om der var splittelse i forhold til politikområdet.

#### **4.3 – Operationalisering af centrale begreber fra teorierne**

Den tredje og vigtigste del af analysen går på de helt centrale begreber fra teorierne. Teorierne bliver i høj grad operationaliseret ud fra kernebegreberne og forståelse af disse samt deres betydning som grundlag for analysen. Det helt centrale er at få undersøgt, hvordan kommunernes tilgang til etablering af sundhedspolitikken har været set ud fra den teoretiske ramme. Det betyder, at det er vigtigt at få afklaret hvilken eller hvilke teorier, der bedst forklarer kommunernes beslutningsproces, og hvad dette har af betydning for sundhedspolitikken indhold og form.

Det magtpolitiske spil vil blive inddraget i form af spørgsmål vedrørende eventuelle konflikter mellem de interne aktører. Det centrale er at få spurgt ind til eventuelle særinteresser og magtkonstellationer i aktørgruppen og hvilken betydning dette har haft for beslutningsprocessen. Selvom de hidtidige dokumentstudier ikke peger på store politiske kontroverser, er dette en essentiel vinkel på undersøgelsen, fordi det kan bringe hidtil ikke-synlige men særdeles vigtige faktorer i spil; faktorer som kan have stor betydning for etablering af sundhedspolitikken i den enkelte kommune.

---

For at afklare om nyinstitutionalismen kan anvendes som forklaringsmodel, er det helt essentielt at spørge ind til kommunernes eventuelle brug af isomorfi og bevæggrundene for dette. Da isomorfi er et fagudtryk, vil jeg ikke anvende dette begreb i selve interviewsituationen men i stedet spørge ind, hvordan kommunerne er blevet inspireret til at udarbejde deres sundhedspolitik. Dette vil jeg kombinere med spørgsmål gående på, om kommunen selv opsøgte deres inspiration eller de blev givet denne information af frivillig eller tvungen vej. Disse spørgsmål vil ligeledes omhandle graden af pres, forventninger og usikkerhed i kommunen samt de aktuelle aktørers indflydelse på resultatet.

Efter spørgsmålene om nyinstitutionalisme bevæger jeg mig over til Røviks model, hvor spørgsmålene vil være af opfølgende karakter i forhold til nyinstitutionalismen. Spørgsmålene vil koncentrere sig en eventuel lokal oversættelse af opskrifter og om dette fører til mere homogenitet eller diversitet. Ligeledes vil jeg spørge ind til det legitimerende i at kopiere andres opskrifter, ligegyldigt om det er med lokal oversættelse eller ej. Det er væsentligt for undersøgelsen, idet det er en meget vigtig pointe, at det er muligt at i høj grad at lade sig inspirere af andre uden at resultatet nødvendigvis bliver en kopi af inspirationen.

For at få indsigt i i hvor høj grad rationalitet har været en del af beslutningsprocessen, er det vigtigt at spørge ind til strukturering, organisering og planlægning af hændelsesforløbet. Ud fra respondenternes udtalelser om hændelserne i kommunen samt dokumentstudier af bl.a. beslutningsreferater, er det muligt at analysere sig frem til, i hvor høj grad rationalitet var en del af processen. Yderligere spørges der ind til graden af tryghed versus uforudsigelighed, idet dette er en vigtig faktor i forhold til graden af rationalitet. Idet ingen af de tre mere eller mindre rationelle beslutningsmodeller anses som værende et reelt idealbillede på beslutninger, kan det ske, at der findes dele af flere beslutningsmodeller i samme beslutningsproces. Ligeledes er det muligt, at ingen af de rationelle modeller er anvendelige, hvis andre faktorer f.eks. gør sig gældende i højere grad end rationaliteten. Ud fra dokumentstudierne kan jeg få et konkret indtryk af graden af rationalitet, men ved at spørge den enkelte respondent, kan jeg supplere min viden fra dokumentstudierne med deres oplevelser og på den måde analysere i hvor høj grad, der reelt er tale om rationalitet eller ej i processen.

## Kapitel 5 – Empirianalyse

Fordelen ved en analyse af kvalitativ empiri er, at undersøgelsen sigter på at opnå indsigt i unikke mønstre og sammenhænge og relatere dette til den teoretiske forståelse af det undersøgte fænomen. Desuden er det muligt at studere enheden som en helhed og samtidig gå ned i dybden med undersøgelsen. En gennemtænkt analysestrategi er alfa og omega, idet den udgør rammerne for hele analysearbejdet. Hensigten med strategien er at kunne dele analysen op i flere mindre enheder, der relaterer til undersøgelsesdesignet og dermed sikrer, at begrebsapparatets hovedaspekter bliver analyseret i en logisk sammenhængende struktur, der bevæger sig op ad abstraktionsstigen. (Nielsen 2007: 129-130) Analysearbejdet i dette speciale er opdelt i to dele, der er angivet som ”omgivelser og caseudvælgelse” samt ”kommunalt niveau”. Beskrevet på en anden måde kan analysen også ses som værende opdelt i både interorganisatoriske og intraorganisatoriske forhold, idet de på hver sin måde danne rammer for analysen ved at være henholdsvis udadvendt (interorganisatorisk) og indadvendt (intraorganisatorisk). Den interorganisatoriske del af analysen bygger på dokumentstudier samt kvantitativt materiale, hvorimod den intraorganisatoriske del har grundlag i den indsamlede kvalitative empiri.

I den første analysedel er der fokus på casekommunernes omgivelser set både fra et nationalt og et regionalt niveau. På nationalt plan anvendes en undersøgelse fra Statens Institut for Folkesundhed omhandlende kommunernes fokusområder inden for sundhedspolitik. Dernæst tages der på regionalt plan udgangspunkt i de nordjyske kommuners tiltag inden for sundhedsområdet. Det grundlæggende materiale er kommunernes sundhedsprofiler og sundhedspolitikker (bilag 23-31), hvor der vil blive set på indholdet og udformningen af politikkerne, tidsperspektiver og ambitioner samt målgrupper og tiltag. Dette gøres som forberedelse til den efterfølgende analyse, idet caseudvælgelsen sker på baggrund af dette materiale.

Den anden analysedel ”kommunalt niveau” fokuserer på de tre udvalgte casekommuner og den indsamlede kvalitative empiri. Dermed får denne analyseenhed en markant anderledes karakter i forhold til den foregående analyse, idet denne havde en mere beskrivende karakter som indledning til selve analysearbejdet. Den anden analysedel vil være den mest omfangsrige og det bærende element i specialets analysearbejde og der vil blive lagt stor vægt på teori og empiri.

### **5.1 – Analysedel 1: Omgivelser og caseudvælgelse**

Som allerede beskrevet er dette analyseafsnit opdelt i to separate afsnit, der har til formål at virke som forberedelse til den efterfølgende analysedel. Begge disse delafsnit vil have et interorganisatorisk sigte, idet der fokuseres på institutioner og aktører uden for kommunernes

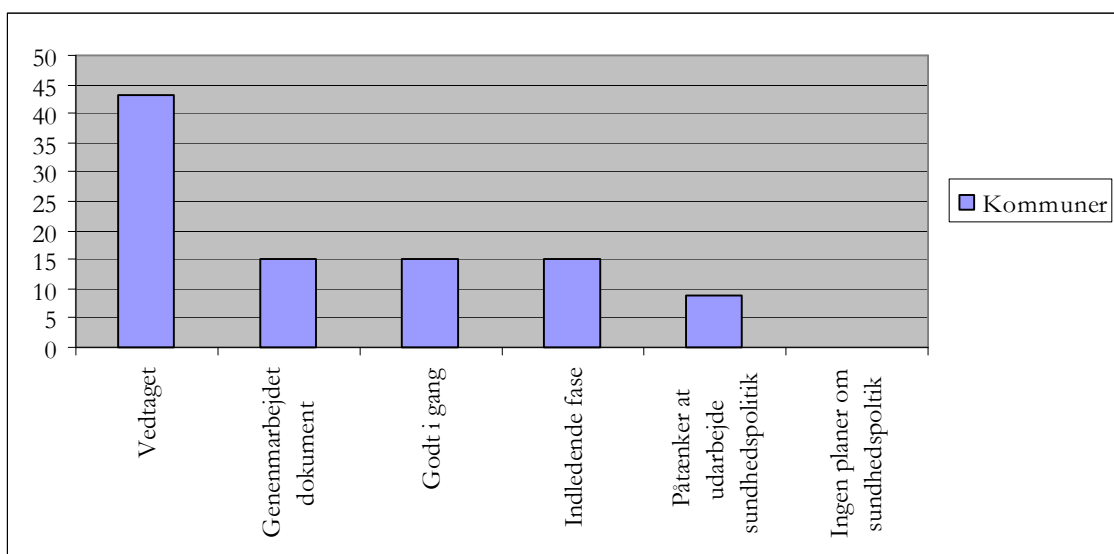
---

egne rammer. Første delafsnit vil tage udgangspunkt i casekommunernes omgivelser og skal bidrage til forståelsen af, hvad det er for en national kontekst, kommunerne er en del af. Det efterfølgende afsnit fokuserer på den regionale kontekst, idet samtlige nordjyske kommuners sundhedsprofiler og sundhedspolitikker beskrives og anvendes i processen med at udvælge cases.

### 5.1.1 – Omgivelser: Den nationale kontekst

Idet kommunal forebyggelsespolitik er et nyt emne på den politiske dagsorden og i den kommunale virkelighed, er der endnu kun foretaget meget lidt forskning på området. Den væsentligste af disse undersøgelser er udarbejdet af Statens Institut for Folkesundhed i samarbejde med Dansk Institut for Folkesundhed i efteråret 2007 og er en overordnet kortlægning af, hvad de danske kommuner bygger deres sundhedspolitik på eller planlægger at bygge politikken på. Undersøgelsen er foretaget som en rundringning til landets kommuner, hvor disse har angivet de vigtigste elementer i kommunernes sundhedspolitikker. Denne kortlægning af kommunernes initiativer på sundhedsområdet er det eneste konkrete materiale, der forefindes på området, hvorfor man bør have en kritisk tilgang til undersøgelsen og dens anvendelse. I og med undersøgelsen er udarbejdet i efteråret 2007, bygger den på udsagn fra kommunale repræsentanter, hvor sundhedspolitikkerne endnu ikke var udarbejdet eller politisk behandlet. Dermed er der mulighed for, at de udarbejdede politikker måske kan være formet anderledes end tiltænkt og angivet i undersøgelsen, idet aktørerne i beslutningsprocessen kan have gjort deres indflydelse gældende til at præge politikken på deres egne måder. En del af undersøgelsens resultat viste, hvor langt kommunerne var kommet med udarbejdelsen af deres sundhedspolitik, hvilket ses i nedenstående figur 1.

Figur 1. Status for kommunernes udarbejdelse af sundhedspolitikker

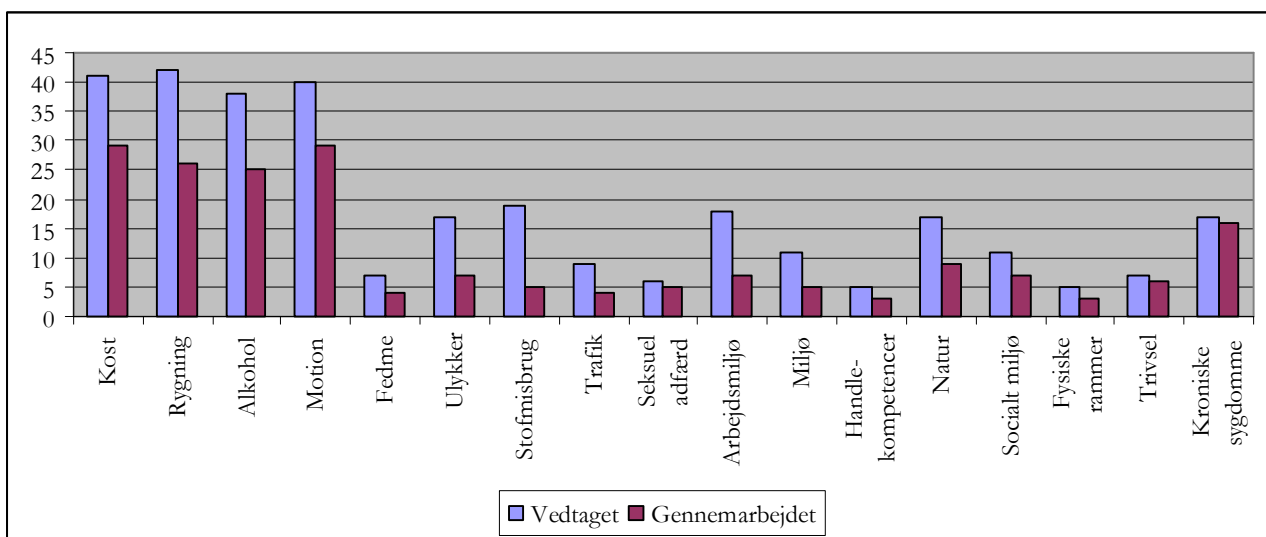


Kilde: SIF 2007: 2

Ud af de 97 medvirkende kommuner havde 43 kommuner allerede i efteråret 2007 udarbejdet og vedtaget en konkret sundhedspolitik. Derudover var 45 kommuner på vej med politikken i mere eller mindre grad og de resterende ni kommuner påtænkte at udarbejde en sundhedspolitik. Ud fra undersøgelsen kan det konkluderes, at kommunerne viser en stor tilslutning til at udarbejde en reel sundhedspolitik på trods af, at dette ikke er lovpligtigt jf. Sundhedsloven. Dog kan den store opbakning ses om et udtryk for, at kommunernes forpligtelser på det sundhedsmæssige område skal nedfældes og vedtages af kommunalbestyrelserne og at dette lige så godt kan ske i en formel sundhedspolitik som i en enhver anden form for retningsgivende politisk dokument.

Studiet viste desuden, at der i kommunernes var stort sammenfald mellem fokusområderne i sundhedspolitikkerne. En overvejende del af kommunerne havde valgt at lægge fokus på de føromtalt risikofaktorer som f.eks. rygning og kost mere end f.eks. kroniske sygdomme. Af de risikofaktorer, der er med i kommunernes politikker, nævnes KRAM-faktorerne hyppigt imens andre faktorer kun behandles i et mindre omfang. Op mod 70 af de 88 adspurgte kommuner, der er i gang med eller har vedtaget en sundhedspolitik, fokuserer primært på KRAM-faktorerne jf. nedenstående figur 2.

Figur 2. De mest udbredte fokusområder i kommunernes sundhedspolitikker



Kilde: SIF 2007: 7

I og med KRAM-faktorerne er så vigtig en del af stort set alle kommunale sundhedspolitikker, mener jeg, det vil være givtigt at uddybe de så ofte nævnte KRAM-faktorer. KRAM-faktorerne er en forkortelse for kost, rygning, alkohol og motion, der er de bærende elementer i den igangværende landsdækkende KRAM-undersøgelse. Undersøgelsen er den hidtil største samlede undersøgelse af danskernes sundhed, der er med til at sikre et øget fokus på folkesundheden i Danmark. Undersøgelsen giver mulighed for at kortlægge danskernes sundhed samt styrke

forebyggelsesindsatsen i kommunerne. Desuden styrkes det videnskabelige grundlag for det fremtidige arbejde med sundhedsfremme og forebyggelse. Resultaterne vil indgå i en samlet database, der vil udgøre et særdeles værdifuldt grundlag for fremtidige forskningsprojekter. Af de udvalgte casekommuner har kun Aalborg Kommune været en del af KRAM-undersøgelsen, hvilket skete i foråret 2007, da kommunen var udvalgt som pilotkommune for projektet, hvilket også fremgår af interviews med de medvirkende fra Aalborg Kommune (se bilag 11-14).

Som en del af kortlægningen undersøgte forskerne, hvordan de prioriterede fokuspunkter var blevet udvalgt. Over halvdelen af de adspurgte kommuner angav, at en kommunal eller regional sundhedsprofil havde været anvendt som baggrundsmateriale for at vurdere hvilke områder, der havde behov for prioritering. Anvendelse af sundhedsprofiler kan med nyinstitutionelle briller ses som værende en måde at tackle de nye udfordringer på sundhedsområdet, da profilen kan tolkes som en specialdesignet opskrift på rationalitet. Dette vil blive udforsket yderligere i de kommende analyseafsnit. Ligeledes havde over 25 % af kommunerne anvendt evidensbaseret materiale som grundlag for valg af fokusområder samt anbefalinger fra Sundhedsstyrelsen og regeringens nationale folkesundhedsprogram ”Sund hele livet”. Derudover har mange kommuner valgt en tilgang til sundhedspolitikken, der er præget af stor offentlighed og samarbejde på tværs af kommunale forvaltninger. Flere kommuner er aktivt gået ind i arbejdet med dokumentation af de enkelte indsatser og forventer at evaluere indsatserne løbende, når alle tiltag er iværksat. Ligeledes viser undersøgelsen, at kommunerne planlægger at udarbejde sundhedsprofiler igen, idet materialet er et godt fundament til en kvantitativ komparativ analyse af borgernes sundhedstilstand over en længere årrække samt til at kvalificere de fremtidige sundhedspolitikker.

Derudover viser kortlægningen også, at de kommunale forvaltninger, der tager sig af de sundhedsrelaterede arbejdsopgaver, er organiseret vidt forskellige fra kommune til kommune. Den store lokale diversitet i organiseringen af de kommunale forvaltninger kan sammen med den meget åbne beslutningsproces give anledning til en forventning om, at der ligeledes vil være store forskelle i de udarbejdede sundhedspolitikker. Som det er redegjort for, er dette dog ikke tilfældet set ud fra den landsdækkende analyse. Kommunernes sundhedspolitikker bygger primært på de samme kerneområder (KRAM-faktorerne) og dette til trods for, at kommunerne har stort set frie hænder til at etablere den politik, de har lyst til inden for sundhedslovgivningens meget vide rammer. Der står således ikke skrevet i hverken lovgivning eller ministerielle anbefalinger, at kommunerne bør bygge deres politik på KRAM-faktorerne. Alligevel er det sket og derfor er det interessant at dykke ned i materiale fra et nærmere afgrænset område, idet dette vil kunne give et indblik i kommunernes hensigter på sundhedsområdet samt give kendskab til de konkrete sundhedsprofiler og sundhedspolitikker. Mit nærmere afgrænsede område er Region Nordjylland, der består af 11 kommuner. Regionens omfang af kommuner gør det muligt at studere hver

enkelt kommunes initiativer på sundhedsområdet på nært hold. Det næste trin i analysen bliver derfor at bevæge sig fra det nationale niveau til et mere afgrænset regionalt niveau for at udvælge cases til den videre undersøgelse.

### 5.1.2 – Caseudvælgelse: Den regionale kontekst

Denne analysedel tager udgangspunkt i fakta om de nordjyske kommuners sundhedsprofiler samt kommunernes tiltag inden for sundhedspolitikken. Det grundlæggende materiale er netop kommunernes profiler og politikker, hvor der vil blive arbejdet med indhold og udformning af politikker samt målgrupper og tiltag. Dette grundige analysearbejde er, som allerede beskrevet i metodeafsnittet, det grundlæggende materiale for den senere caseudvælgelse, hvilket afslutningsvist vil ske i de kommende afsnit.

For at få et indtryk af og et overblik over de nordjyske kommuners sundhedspolitikker samt potentialet med at arbejde med disse kommuner, har jeg valgt at gå grundigt og struktureret til værks og se på kommunerne ud fra både et kvantitativt og et kvalitativt synspunkt. Først vil kommunerne én for én blive analyseret ud fra den kvalitative faktor ”indbyggertal”. Dette sker for at få et overblik over kommunernes størrelser i forhold til hinanden men også i relation til, at der muligvis vil være forskelle at finde på kommunernes politikker grundet forvaltningens ressourcer ifht. størrelse, indbyggertal og skattegrundlag. Som det ses af nedenstående tabel 3 er der stor forskel på de nordjyske kommuner, når de sammenlignes på baggrund af indbyggertal. Hvordan disse oplysninger spiller ind i mine metodemæssige overvejelser, vil blive beskrevet senere.

Tabel 3. Kommunernes indbyggertal og rangering efter størrelse

	Indbyggertal	Rangering efter størrelse
Hjørring Kommune	67.118	2
Frederikshavn Kommune	62.877	3
Brønderslev Kommune	45.445	4
Læsø Kommune	2.058	11
Jammerbugt Kommune	38.787	7
Thisted Kommune	45.580	5
Morsø Kommune	22.196	10
Vesthimmerlands Kommune	37.841	8
Mariagerfjord Kommune	42.288	6
Rebild Kommune	28.633	9
Aalborg Kommune	194.149	1
Landsgennemsnit	55.582	

Kilde: Kommunefakta på [www.borger.dk](http://www.borger.dk)



I efteråret 2007 fik de nordjyske kommuner i samarbejde med Region Nordjylland udarbejdet en sundhedsprofil, der kunne give en detaljeret beskrivelse af sundhedstilstanden i kommunerne. Profilen har fokus på forskellige faktorer inden for sundhed og sygdom og giver derfor et samlet billede af en given gruppe borgeres livsstil og sygelighed ud fra borgernes egne oplysninger. Formålet med sundhedsprofilen er at bruge den opsamlede viden som et planlægningsværktøj og desuden kan profilen fungere som et overvågningsinstrument for forvaltningsfunktionen, idet gentagne undersøgelser kan bevidne om ændringer over en længere tidshorizont. (Hørdam 2003: 15-18) Der er som sådan ikke en lov om, at hverken kommuner eller regioner skal udarbejde sundhedsprofiler, men jf. Sundhedslovens § 204 skal disse myndigheder sammen udarbejde en indsats på det sundhedsmæssige område. Sundhedsprofilerne er et redskab, der kan give overblik og være med til at strukturere denne indsats. I og med der ikke findes et decideret lovgrundlag for sundhedsprofilerne, er deres indhold heller ikke lovfæstet. I og med de nordjyske kommuner sundhedsprofilerne blev udarbejdet på samme tidspunkt og ud fra samme standarder, er der mulighed for at lave komparative analyser på resultaterne. I nedenstående tabel 4 ses udvalgte faktorer fra de 11 nordjyske kommuner samt gennemsnitstal for hele regionen.

Tabel 4. Udvalgte faktorer fra de nordjyske kommunernes sundhedsprofiler

Kommuner	Selvurderet godt helbred*	Selvurderet dårligt helbred**	Langvarig sygdom	Daglig ryger	Drukket mere end 5 genstande alkohol	Fysisk inaktive i fritiden	Overskredet genstands-grænser	Svært overvægtige
Hjørring	69,4	5,2	29,8	23,6	52,1	15	9	11,5
Frederikshavn	71	5,1	30,9	23,9	***	16,5	9	10,5
Brønderslev	73,3	4,8	29,5	21,8	49,7	14,6	5,7	12,3
Læsø	71,4	5,6	30,1	22,6	49	13,7	10,1	16,7
Jammerbugt	71	5	30,9	21	54,4	15	8	14
Thisted	72,9	4,5	27,6	22,5	51,5	15	8,4	11,9
Morsø	69,1	6,4	30,8	23,8	48	14,2	8	12,2
Vesthimmerlands	72,3	5,1	29,4	21,3	51,7	16,5	6,5	14,4
Mariagerfjord	69,7	5,1	29,9	21	49,6	16,2	5,6	13,4
Rebild	72,4	5,3	30,5	21,7	48,8	15,4	7,6	11,2
Aalborg	71,7	6,6	30,7	23,1	46,6	17,1	10,2	8,7
Gennemsnit for regionen	68,5	4,8	26,1	24,5	49	15,4	8	12,4

\* = sum af besvarelserne ”god helbredstilstand” og ”virkelig god helbredstilstand”

\*\* = sum af besvarelserne ”dårlig helbredstilstand” og ”virkelig dårlig helbredstilstand”

\*\*\* = resultat mangler

Kilde: Kommunernes sundhedsprofiler, hentet fra Region Nordjyllands hjemmeside www.rn.dk (08.04.2008)

Som det ses af ovenstående tabeller er der ikke markante forskelle på kommuners score i profilundersøgelsen, når de enkelte faktorer analyseres hver for sig. Ingen af de nordjyske kommuner skiller sig ud fra de andre ved at have markant højere eller lavere værdier inden for samtlige udvalgte faktorer. Dermed kan jeg ud fra profilundersøgelsen ikke umiddelbart sige, at der er én eller flere kommuner, der har en væsentlig ringere folkesundhed end de øvrige. Profildet kan bruges til at markere hvilke enkelte faktorer, der står særligt svagt i hver enkelt kommune, men der er også det mest anvendelige resultat af undersøgelsen. Ud fra profilundersøgelsen er det derfor ikke muligt at udvælge casekommuner med særlige karakteristika, idet ingen af de nordjyske kommuner skiller sig markant ud fra de øvrige kommuner. Med andre ord har folkesundheden lige vilkår i alle de anførte kommuner og dermed har kommunerne overordnet set samme udgangspunkt for etablering af sundhedspolitik og sundhedspolitiske tiltag.

I kraft af at kommunerne overordnet set har samme udgangspunkt for at formulere en sundhedspolitik jf. sundhedsprofilerne, vil der nu blive set nærmere på netop kommunernes sundhedspolitikker. Knap halvdelen af de nordjyske kommunalbestyrelser har på nuværende tidspunkt vedtaget en egentlig sundhedspolitik. De øvrige kommuner er godt i gang med arbejdet og forventes at færdiggøre processen om kort tid. Hvor langt de enkelte kommuner er i beslutningsprocessen, er angivet i nedenstående tabel 5.

Tabel 5. Status på kommunernes sundhedspolitikker

	Politik vedtaget	Politik forventes vedtaget
Hjørring		Juni 2008
Frederikshavn		August 2008
Brønderslev		Juni 2008
Læsø	Juni 2007	
Jammerbugt		Juni 2008
Thisted	Marts 2007	
Morsø	Januar 2008	
Vesthimmerland		August 2008
Mariagerfjord		Sommer 2008
Rebild	Januar 2008	
Aalborg	Juni 2007	

Kilde: Kommunernes sundhedspolitikker (eller udkast til sundhedspolitikker) fra kommunale hjemmesider (08.04.2008)

Til trods for at alle kommuner endnu ikke har fået vedtaget en sundhedspolitik, er det muligt at få en fornemmelse for politikernes udformning og indhold, idet kommunerne offentliggør udkast til politikker på deres hjemmesider. I og med de kommunale sundhedsudvalg skal indstille sundhedspolitikkerne til kommunalbestyrelserne i den nærmeste fremtid, tillader jeg mig at tage deres udkast til politikker for gode varer, idet eventuelle ændringer i teksten forventes at være af minimal karakter i dette fremskredne stadie af beslutningsprocessen.

Materialet vedrørende kommunernes sundhedspolitikker bygger således på fem vedtagne og seks færdigarbejdede udkast til sundhedspolitikker som illustreret i tabel 5 ovenfor. For at få et overblik over kommunernes sundhedsmæssige fokuspunkter i politikkerne, er der i den nedenstående tabel oplyst 15 sammenlignelige faktorer for de 11 kommuner. Tabellen er udarbejdet ved en gennemgang af samtlige nordjyske kommuners sundhedspolitikker, hvorved jeg har vurderet, om de enkelte kommuner i væsentlig grad har valgt at fokusere på de angivne faktorer. Hvorvidt dette er tilfældet eller ej, er en beslutning truffet ud fra min faglige vurdering, hvorfor jeg naturligvis mener, at mine udvælgelseskriterier er fuldt gyldige. Hvis de omtalte faktorer er en del af den pågældende kommunes politik, er dette i nedenstående tabel 6 illustreret ved ”X” og hvis dette ikke er tilfældet, er det markeret med ”-”.

Tabel 6. Oversigt over de væsentligste fokuspunkter i kommunernes sundhedspolitikker

Kommune	Kost/overvægt	Rygestop	Alkohol	Fysisk aktivitet	Sund barndom	Social ulighed	Motion på recept	Arbejds miljø	Natur og miljø	Vision	Operationelle mål	Evaluerings/opfølgning	Sundhedspolitiske mål	Sundhedsråd ell. lign.	Særlig kronikerindsats
Hjørring	X	X	X	X	-	-	X	-	-	X	X	-	X	-	-
Frederikshavn	X	X	X	X	X	X	X	X	-	X	X	X	X	X	X
Brønderslev	X	X	X	X	X	X	X	-	-	-	-	-	X	-	X
Læsø	X	X	X	X	-	-	X	-	-	X	-	-	-	-	-
Jammerbugt	X	X	X	X	X	X	-	X	-	X	X	X	X	-	-
Thisted	X	X	X	X	X	X	-	X	X	X	-	X	-	-	X
Morsø	X	X	-	X	-	-	-	-	-	X	X	X	X	-	X
Vesthimmerlands	-	X	X	X	-	-	X	-	-	-	-	-	-	-	-
Mariagerfjord	X	X	X	X	-	X	X	-	-	X	X	X	X	-	-
Rebild	X	X	-	X	-	-	X	-	-	X	-	X	-	-	-
Aalborg	X	X	X	X	-	X	X	-	-	X	X	X	X	X	X

Kilde: Kommunernes sundhedspolitikker og/eller udkast til sundhedspolitikker

Sundhedspolitikkerne udgør et omfangsrigt og forskelligartet materiale, hvilket på bedste vis er forsøgt illustreret i ovenstående tabel 6. Af tabellen fremgår at der er iøjefaldende forskelle på indholdet i kommunernes sundhedspolitikker, hvilket kan ses på variationen i antallet af X'er i tabellen. Overordnet set har Frederikshavn Kommune den bredeste politik mål på antallet af tiltag, skarpt efterfulgt af Aalborg Kommune. Kommunernes indbyrdes rangering på baggrund af bredden af deres sundhedspolitik fremgår af nedenstående tabel 7. Læsø og Vesthimmerlands kommuner er de nordjyske kommuner med den smalleste politik, hvilket er angivet ved færrest "X'er.

Tabel 7. Oversigt over kommunernes rangering efter bredde af sundhedspolitik

Kommune	Rangering målt på bredden af sundhedspolitik
Hjørring	5
Frederikshavn	1
Brønderslev	8
Læsø	7
Jammerbugt	3
Thisted	3
Morsø	5
Vesthimmerlands	9
Mariagerfjord	4
Rebild	6
Aalborg	2

Kilde: Denne tabel er konstrueret på baggrund af summen af tabel 6's indhold

Der er ligeledes stor variation blandt kommuner, når der ses på, hvordan kommunerne har formuleret deres sundhedspolitik i forhold til målgrupper. Enkelte kommuner har decideret beskrevet hvilke dele af befolkningen politikken er rettet mod og andre kommuners sundhedspolitikker henvender mod hele befolkningen på et mere generelt plan.

Tabel 8. Målgrupper for kommunernes sundhedspolitikker

Kommune	Børn & unge	Familie	Fællesskab eller lokalsamfund	Handicap-området	Ældre	Kronikere	Kommunen som arbejdsplads
Hjørring	X	X	X	X	X	X	X
Frederikshavn	X	X	-	-	-	X	X
Brønderslev	-	-	-	-	-	-	-
Læsø	-	X	X	-	-	-	-
Jammerbugt	X	-	-	-	-	-	-
Thisted	-	-	-	-	-	-	-
Morsø	-	-	-	-	-	-	-
Vesthimmerlands	-	-	-	-	-	-	-
Mariagerfjord	X	-	X	-	-	-	X
Rebild	-	-	-	-	-	-	-
Aalborg	X	X	X	X	X	X	X

Kilde: Kommunernes sundhedspolitikker og/eller udkast til sundhedspolitikker

Ud fra ovenstående analyse af data på de nordjyske kommuner samt deres sundhedsprofiler og sundhedspolitikker, vil jeg begrunde mine valg af casekommuner. For at få lidt bredde på mit undersøgelsesdesign, vælger jeg tre kommuner af forskellig størrelse samt med forskellig vidde på det sundhedspolitiske område, hvilket der redegøres for i det nedenstående.

Aalborg Kommune har formuleret en meget bred sundhedspolitik med mange fokusområder, målgrupper og tiltag. På grund af kommunens størrelse og særlige forvaltningsmæssige indretning, er der afsat forholdsvis mange ressourcer til sundhedsområdet inkl. det forebyggende arbejde. Sundhedspolitikken bygger på KRAM-faktorerne men også ret mange andre delelementer og afviger derfor overordnet set kun medium fra sundhedspolitikkerne generelt.

Frederikshavn Kommune har udarbejdet en ret bred sundhedspolitik, der tager afsæt i KRAM-faktorerne men desuden bygger på en del yderligere tiltag. Et af de steder hvor Frederikshavn Kommune skiller sig ud fra de øvrige kommuner er på ambitionsniveauet. Kommunen har et klart mål om at være ”Den sundeste kommune i Nordjylland”, hvilket viser noget af den selvstændighed, der også er i politikken. På baggrund af dette mener jeg at kunne sige, at Frederikshavn Kommunes sundhedspolitik rent indholdsmæssigt afviger ret stærkt fra de øvrige kommuner. Når det er sagt, er det vigtigt at påpege, at dette udsagn ikke må misforstås – der er ikke tale om en afvigelse af negativ karakter.

Morsø Kommune adskiller sig både geografisk og ressourcemæssigt fra de andre kommuner og dette afspejles bl.a. i en sundhedspolitik, der er ret smal, idet den primært bygger på KRAM-

faktorerne. Det gør politikken svagt afvigende i forhold til de andre kommuners politikker, idet de fleste af de andre kommuner, bygger deres sundhedspolitik på KRAM-faktorerne og en del mere.

Ud fra ovenstående argumentation fremgår det således, hvilke casekommuner empirien vil tage udgangspunkt i. Der er tale om tre casekommuner, hvori der er stor variation på kommunestørrelser og bredde af sundhedspolitik men lighed i sundhedsprofil.

## **5.2 – Analysedel 2: Casekommuner – den kommunale kontekst**

Den anden analysedel fokuserer på de tre udvalgte casekommuner og den indsamlede kvalitative empiri. Dermed får denne analyseenhed en markant anderledes karakter i forhold til den foregående analysedel, idet der vil blive lagt stor vægt på teori og empiri. Desuden vil denne analysedel være den mest omfangsrige og det bærende element i specialets analysearbejde – dog skal den første analysedel ses som en forudsætning for den anden del, idet den leverer det forudgående og grundlæggende materiale til det vigtigste analysearbejde.

Analysedel 2 vil være struktureret ud fra den teoretiske ramme, hvorfor min fremgangsmåde vil være at kombinere teori og empiri inden for hvert teoretisk område. Den bærende del af processen er derfor at inddrage respondenternes tilkendegivelser fra interviewene. Analysen vil være struktureret ud fra den tidligere omtalte skelnen mellem inter- og intraorganisatoriske forhold, hvor de mere udadvendte teorier som koalitions- og forhandlingsmodel og nyinstitutionalisme vil blive behandlet først og derefter den mere indadvendte teoriretning omkring rationalitet i større eller mindre grad.

### **5.2.1 – Koalitions- og forhandlingsmodel**

I dette afsnit skal det studeres og afklares, om sundhedsudvalgets og kommunalbestyrelsens behandling af sundhedspolitikken i casekommunerne har været præget af partipolitiske uenigheder eller konflikter. Som dokumentstudierne viser, var der ved vedtagelse af sundhedspolitikken i casekommunerne meget stor enighed på området (se evt. bilag 7-9). Derfor er forventninger til dette politikområde, at konflikter og partiideologiske spørgsmål ikke har præget den politiske beslutningsproces. Det politiske felt undersøges dog alligevel, da der inden for enhver politisk proces kan være anledning til konflikter af generel karakter baseret på såvel partiideologi som faglighed. Derfor er dette afsnit med til at efterprøve teorien på et fagligt område, hvor der er mulighed for kontroverser udvalgs- og byrådsmedlemmerne imellem.

På spørgsmålet om hvorvidt der har været opbakning til kommunernes sundhedspolitikker, svarer alle respondenter som forventet, at der var stor enighed at spore i både udvalg og

---

kommunalbestyrelser. Ifølge flere politikere har der ikke været uenigheder baseret på partipolitik, idet sundhedsområdet er et tværpolitisk fagområde, som alle kan støtte op om. Dette understøttes yderligere af referater fra udvalgs- og kommunalbestyrelsesmøder, hvori det fremgår, at sundhedspolitikkerne i Aalborg og Morsø kommuner blev enstemmigt vedtaget og at sundhedsudvalget i Frederikshavn Kommune forventer fuld opbakning hos kommunalbestyrelsen, når de skal behandle emnet i august måned. Denne enighed illustreres meget godt af respondenternes besvarelser på spørgsmålet om graden af enighed i udvalg og bestyrelse:

*”Der var stor enighed i udvalget – der har stort set ikke været noget diskussioner. Jeg tror, vi har været fuldstændig enighed om, hvad vi ville fokusere på. Jeg er medlem af Venstre, men jeg ser ikke noget modsætningsforhold til de andre partiers udvalgsmedlemmer.” (Knudsen 2008: 5 - Politiker, Aalborg Kommune)*

*”Det vil overraske mig meget, hvis ikke alle 31 kommunalpolitikere vil stemme for sundhedspolitikken. Politikken er jo meget mainstream...” (J. Nielsen 2008: 5 - Forvaltning, Frederikshavn Kommune)*

*”Der var enighed i kommunalbestyrelsen. Politikken går jo igennem den gangse politiske behandling fra socialudvalget til kommunalbestyrelsen og da den nåede kommunalbestyrelsen, var der ingen slinger i valsen.” (Møller 2008: 6 - Forvaltning, Morsø Kommune)*

I alle tre casekommuner har der været stor politisk støtte til etableringen af tiltag på det sundhedspolitiske arbejde. I Aalborg Kommunes lægger rådmand Kastrup-Larsen særlig vægt på etableringen af den nye organisation ”Sundhed og Bæredygtig Udvikling”, hvorimod der i Frederikshavn og Morsø kommuner blev lagt mere vægt på politikernes engagement på området, hvilket illustreres i nedenstående citater:

*”Vi ville jo prioritere sundhed højt – du kan også se, at vi blev etableret som en helt ny forvaltning. Det signalerer da engagement!” (Kastrup-Larsen 2008: 4 – Politiker, Aalborg Kommune)*

*(...) og alle i sundhedsudvalget har sagt ”yes, det gør vi”. Vi var f.eks. ude at dele røde æbler ud for at få folk i tale – det vidner da om, at vi var villige til at gøre en indsats. Jeg tror, det har været gavnligt at vi som politikere har været en del af den synlige proces. (Schaltz 2008: 2 – Politiker, Frederikshavn Kommune)*

*”Jeg har haft 21 politikere bag mig, der virkelig ville det her – og det har været dejligt.” (Møller 2008: 1 – Forvaltning, Morsø Kommune)*

Sundhedspolitikkerne bygger således på meget god opbakning fra et enigt politisk bagland samt stor interesse fra såvel politisk som administrativ side for at arbejde med området.

Fra både politisk og administrativ side var der ligeledes stor enighed om, at der på det politiske niveau kun var mindre gnidninger i forhold til at skabe klarhed og enighed om politikernes indhold og formuleringer. I Aalborg Kommune drejede kritikken sig om indholdet, idet et medlem af kommunalbestyrelsen udtrykte interesse for at få politikken formet på en mere sjov

måde, hvilket derefter blev taget til efterretning og ændret. Et andet kritikpunkt gik på politikkenes bredde, idet enkelte medlemmer efterspurgte emner, der lå ud over KRAM-faktorerne, men dette blev der ikke ændret på. Rådmanden og den administrative planlægger fra Aalborg Kommune formulerer kritikken på denne måde:

*”X [kommunalbestyrelsesmedlem, red.] syntes politikken var lidt for kedelig, hun ville gerne ha’ med, at det skulle være sjovt at være sund - det fik vi så plads til. Nu er det her jo ikke offentligt, så jeg kan godt sige, at det bare var fordi de skulle finde noget at brokke sig over. Jeg tror sgu ikke engang, X havde læst papirerne.” (Kastrup-Larsen 2008: 5 – Politiker, Aalborg Kommune)*

*”Der var stor opbakning til resultatet. Der var enkelte, der spurgte ind til, om vi ikke kunne rumme mere f.eks. om arbejdsliv og stress – men det var ikke noget særligt. Det er jo et meget overordnet papir – den svære øvelse kommer, når det får konsekvenser i den enkelte forvaltning. Så skal sundhedspolitikken stå sin prøve! (T. Nielsen 2008: 6 – Forvaltning, Aalborg Kommune)*

I Frederikshavn er politikken blev konkretiseret hen ad vejen i den politiske proces, men der er ikke tale om revolutionerende ændringer af politikken, idet modifikationen primært gik på at formulere en sundhedspolitik med fokus på operationalitet og målbarhed.

*”Den har som sagt været behandlet i sundhedsudvalget i flere omgange og den har da også fået nogle mindre drejninger hen ad vejen – den er blevet mere præcis.” (J. Nielsen 2008: 5 – Forvaltning, Frederikshavn Kommune)*

*”Politikken er blevet konkretiseret især på den målsættende side, hvor der er kommet ret klare udsagn på, hvad det er vi skal nå. Politikerne havde store forventninger til at vi skulle have nogle operationelle mål.” (J. Nielsen 2008: 5 - Forvaltning, Frederikshavn Kommune)*

Morsø Kommunes beslutningsproces var præget af god tid og velovervejede diskussioner på samme måde som i Frederikshavn Kommune.

*”Der er nogle kommentarer og bemærkninger fra enkelte politikere, men i og med vi kørte det som en lang proces, så var alle indforstået med det. Der var ikke tale om uenighed i ordets forstand – det var mere i forhold til interesseforskelle og at de gerne ville præge politikken. (Løgsted 2008: 5 – Forvaltning, Morsø Kommune)*

*”Vi endte jo med at være enige. Alle syv i udvalget har jo en mening om, hvordan man skal sætte ind: ”Skal man nu jagte de der rygere igen? Eller skal vi finde på noget nyt?” (...) Der har da været noget gode diskussioner, men vi endte altså med at være enige og til sidst gik den igennem uden problemer.” (Larsen 2008: 2 – Politiker, Morsø Kommune)*

### **Opsamling på afsnit om koalitions- og forhandlingsmodellen**

Som det netop er analyseret i ovenstående afsnit, er der ikke lokaliseret partipolitiske uenigheder eller særinteresser af betydning for udarbejdelsen af casekommunernes sundhedspolitik. Der har overordnet set været stor støtte fra politisk side til at tage hånd om det tværpolitiske fagområde ”sundhed” samt at etablere sundhedspolitikker med bred politisk opbakning fra både udvalgs- og



kommunalbestyrelsesmedlemmer. På baggrund af ovenstående analyse mener jeg ikke, der er grundlag for at fremføre, at politiske kampe og teorier om partipolitiske særinteresser har været en del af casekommunerne beslutningsproces omkring etablering af sundhedspolitikker.

### 5.2.2 – Nyinstitutionalisme

Dette afsnit skal belyse, hvordan kommuner er blevet inspireret til at formulere deres sundhedspolitik samt afklare om kommunerne på noget tidspunkt har følt et pres fra omgivelserne på dette område og om dette evt. har fået kommunerne til at tage del i en efterligningspraksis. Idet der er et stort datamateriale fra kommunerne, vil de enkelte cases blive behandlet hvor for sig. Dette sker dels for at holde fokus på én case af gangen samt for at skabe sammenhæng i de enkelte analysedele og forståelse for de kommunale processer. Desuden vil der blive lagt stor betydning i begreber fra den nyinstitutionelle teoriverden, idet dette er med til at give en god kobling mellem empiri og teori.

#### Aalborg Kommune

Inspirationen til Aalborg Kommunes sundhedspolitik er hentet fra interne og eksterne aktører, hvilket fremgår af interviews med både forvaltning og politikere (bilag 11-14). Politikerne har stor tillid til deres forvaltning og roser dem generelt for at have gjort et godt arbejde i forbindelse med sundhedspolitikken. Derudover omtaler f.eks. Niels Knudsen, næstformand for udvalget for Sundhed og Bæredygtig Udvikling, og politikere i de øvrige kommuner, at forvaltningen har mere erfaring på sundhedsområdet end dem selv i og med sundhed er et nyt område for politikerne. Det er til dels rigtigt, at kommunerne har deltaget i det forebyggende arbejde i tiden før 2007, men det var i et meget begrænset omfang og den nye opgave med forebyggelse er trods alt langt større og mere vidtrækkende. Om forvaltningens del i inspirationsmaterialet udtaler samme Knudsen:

*”Det er mere eller mere forvaltningen, der har kommet med input til politikken. Der er jo en del af os politikere, der er nye i politik og alle er nye i sundhedspolitik. Forvaltningen har en langvarig erfaring med sundhedsområdet, så derfor var det muligt at gøre det på den måde. Forslagene kom oprindeligt fra forvaltningen, hvorefter vi behandlede det i udvalget.” (Knudsen 2008: 2 – Politiker, Aalborg Kommune)*

Blandt politikere og administration er der ikke helt enighed om, hvorvidt Aalborg Kommune har anvendt materiale fra Sundhedsstyrelsen og KL. Forvaltningen melder klart ud, at de har anvendt materiale fra Sundhedsstyrelsen og KL, og at begge aktører har været vigtige for kommunen, hvilket er med til at legitimere deres beslutning, idet den sundhedsfaglige baggrund er konsulteret. At politikerne, Knudsen, udtaler det direkte modsatte af forvaltningen, skyldes sandsynligvis ikke

uenighed men blot manglende kendskab til forvaltningens arbejdsmetoder og eksterne kontakter, og det bør derfor ikke ses som en hæmmende kontrovers internt i kommunen.

*”Umiddelbart kender jeg ikke til at vi har anvendt materiale fra KL eller Sundhedsstyrelsen. Vi har ikke haft hverken input udefra eller noget. Og dog - Tine Curtis fra KRAM-projektet og Bente Klarlund fra Institut for Folkesundhed var her og gav os gode ideer.” (Knudsen 2008: 4 - Politiker, Aalborg Kommune)*

*”Som faglig inspirationskilde har Sundhedsstyrelsens og KL’s hjemmesider været rigtig gode. Vi har selv opsøgt Sundhedsstyrelsen og KL – nej, det er ikke helt rigtigt... Styrelsen og KL er vældig gode til at servicere kommunerne med nye pjecer og undersøgelser. De bliver simpelthen tilsendt os, så snart de er udgivet. (...) Det vi kan bruge, tager vi så til os.” (Olesen 2008: 3-4 - Forvaltning, Aalborg Kommune)*

Når talen falder på KRAM og dennes betydning for kommunens politik, mener både forvaltning og politikere, at KRAM har en helt essentiel rolle for udformningen af kommunens sundhedspolitik i og med, der var et meget stort fokus på undersøgelsen, netop da politikken var under forberedelse. Som pilotkommune for KRAM-projektet gjorde Aalborg Kommune meget ud af at sprede budskabet om vigtigheden af KRAM bl.a. via igangsatte tiltag forskellige steder i kommunen.

Initieringen af KRAM-projektet kan med begreber hentet fra den nyinstitutionelle teori karakteriseres som værende både en passende og en legitimerende aktivitet fra kommunens side. Projektet er opbygget som et lettilgængeligt koncept, som kommunen blot skal gennemføre og kan dermed tolkes som en opskrift efter Røviks ideer. Samtidig er legitimiteten sikret, idet der er stor sundhedsfaglig ekspertise bag projektet. Eftersom Aalborg Kommune, såvel som mange andre kommuner, var lidt usikre på varetagelsen af den nye sundhedsfaglige opgave, var KRAM-projektet som sendt fra himlen, da det var løsningen på deres eksisterende problemer. Vibeke Olesen og Niels Knudsen fra Aalborg Kommune beskriver meget godt den usikkerhed, der prægede politikområdet og hvordan initieringen af KRAM-undersøgelsen lettede presset på den nye forvaltning:

*”Det var dengang KRAM-undersøgelsen gik i gang – der stod jo KRAM over det hele. Og når man er ny og famlende som kommune – og det er vi jo, det nytter ikke at lade som om vi ikke er. Så lader vi os da påvirke af KRAM-eksponeringen.” (Olesen 2008: 5 - Forvaltning, Aalborg Kommune)*

*”Vi var meget orienteret mod KRAM-faktorerne. Det var et afgrænsningskriterium for os. Det var overvejende KRAM, vi valgte, fordi vi syntes, det var det, der på en eller anden led var til at gå til.” (Olesen 2008: 1 – Forvaltning, Aalborg Kommune)*

*”At det er KRAM, er helt klart fordi, det var så meget eksponeret. (...) Det var nok også fordi, det var nemt – man kunne forholde sig til det og så skulle man ikke ud i nogen store diskussioner på det område. KRAM var anset som meget vigtige områder, og det har man så bare taget fat i. (Knudsen 2005: 5 - Politiker, Aalborg Kommune)*

## Frederikshavn Kommune

Inspirationen til Frederikshavn Kommunes sundhedspolitik er ligeledes hentet fra både interne og eksterne aktører, hvilket fremgår af vedlagte transskribere interviews (bilag 15-18). Især sundhedsprofilen og borgernes ideer har været stærke redskaber i beslutningsprocessen, hvilket både forvaltning og politikere pointerer. Dog har ideer hentet uden for kommunen også gjort en betydelig forskel, idet folkesundhedsprogrammet og øvrige kommuners sundhedspolitikker er blevet studeret. F.eks. fremhæver Uffe Borg, planlægger i sundhedsforvaltningen, at det især er de kommunale institutioner, der har været inspirerende for planlægningen:

*”Der er ikke enkelte personer eller aktører, der har været altafgørende. På et forholdsvis overordnet niveau har vi fået inspiration fra vores forskellige institutioner i forvaltningerne. Men især offentlighedsfasen har været vigtig for os for at få borgerne inddraget.” (Borg 2008: 5 – Forvaltning, Frederikshavn Kommune)*

De eksterne aktører af størst betydning for planlægningen i Frederikshavn Kommune er primært regeringens folkesundhedsprogram ”Sund hele livet” samt materiale fra KL. Hvorvidt der har været inddraget materiale fra de øvrige kommuner, er der ikke enighed om, men endnu en gang vælger jeg at give forvaltningens udtalelser den største betydning, idet det reelt set er dem, der har udarbejdet politikken. Politikerne derimod er ikke med i selve etableringsprocessen og kender derfor ikke nødvendigvis til alle detaljerne i arbejdet, hvorfor de måske svarer uhensigtsmæssigt på dette spørgsmål. Både Uffe Borg, planlægger, og Jan Nielsen, sundhedschef, omtaler samarbejdet på tværs af kommunerne som meget inspirerende og Nielsen beskriver endda processen som ”at stjæle med arme og ben”, idet kommunerne kaprer ideer på tværs af kommunegrænser.

*”Vi har især kigget på folkesundhedsprogrammet, hvor vi var opmærksomme på særlige faktorer. Derudover fik vi via Sundhedsprofilen bekræftet, at der i vores kommune var nogle forhold, der gjorde sig særligt gældende...” (J. Nielsen 2008: 4 – Forvaltning, Frederikshavn Kommune)*

*”Vi har selv opsøgt informationen - vores medarbejdere deltager jævnligt i konferencer og møder i KL-regi for at få inspiration. (...) Vi fik en del ud af det – der er jo utrolig meget videndeling i de kommunale sektor. Om så jeg så sige, så stjales der jo med arme og ben! Det er nok meget kendetegnende - og med de teknologiske muligheder, der er i dag, så er det også let tilgængeligt.” (J. Nielsen 2008: 4 - Forvaltning, Frederikshavn Kommune)*

*”Vi har både opsøgt og fået materialet fra div. institutter, styrelser og råd. (...) Da vi begyndte, var vi lidt ude at kigge os omkring – det kan man jo også lade sig inspirere af.” (Borg 2008: 3 - Forvaltning, Frederikshavn Kommune)*

Fokusering og inddragelse af KRAM-faktorerne i Frederikshavn Kommune sker på andre vilkår end i Aalborg Kommune, idet frederikshavnerne tager del i KRAM-konceptet uden at have en egentlig tilknytning til det igangværende projekt. Alligevel er budskabet om KRAM-faktorerne nået til Frederikshavn, og som det skete i Aalborg Kommune, får faktorerne en meget stor

betydning for sammensætningen af den nye sundhedspolitik. Uffe Borg beskriver KRAM som ”meget profileret” og værende af ”central status” hvilket indikerer, at der fra forvaltningsmæssig side følte en form for ikke-italesat pres og forventning om at anvende faktorerne grundet deres store betydning.

*”Det har nok noget at gøre med, at KRAM er blevet profileret på den måde, det er. Det har fået en ret central status og det klunger – borgerne ved, hvad det er. (...) De fleste borgere kan opnå noget via KRAM-faktorerne og det er nok derfor, man gør noget på de områder.” (Borg 2008: 7 – Forvaltning, Frederikshavn Kommune)*

Jan Nielsen, sundhedschef, supplerer med at pointere faktorerne vigtighed og store potentiale, idet der fra sundhedsfaglig side lægges stor vægt på disse fire elementer i det forebyggende arbejde. Han legitimerer brugen af faktorerne ved bl.a. at beskrive kommunens sundhedspolitik som ”meget mainstream”, idet den sikkert ikke skiller sig væsentligt ud fra andre kommuners politikker. Ud fra dette kan de nyinstitutionelle begreber være redskaber, der er med til at karakterisere handlingerne på en sådan måde, at det anses som værende en passende adfærd at vælge KRAM, fordi det allerede anses som acceptabelt, idet andre kommuner har gjort det samme. På den måde opfyldes samtidig eventuelle forventninger fra omgivelserne til organisationen.

*”KRAM er jo de fire vigtigste faktorer – det er derfor, der er så populære hos kommunerne.” (J. Nielsen 2008: 6 – Forvaltning, Frederikshavn Kommune)*

*”KRAM er jo midler til målet – derfor har vi dem også med i vores politik. Men ellers handler det jo om, hvad man som kommune vil arbejde med i kommunerne. KRAM er jo en naturlig del, fordi det er nogle af de store drabere. Vores politik er jo meget mainstream – vi ved godt, hvad udfordringerne er og vi kender også en del af svarene.” (J. Nielsen 2008: 6 – Forvaltning, Frederikshavn Kommune)*

## **Morsø Kommune**

Idet Morsø Kommune havde arbejdet med sundhedspolitik før kommunalreformen, var der allerede skabt grundlag for en god proces. Sundhedspolitikken på Mors bygger som de to andre cases ligeledes på materiale hentet fra såvel interne som eksterne aktører, hvilket fremgår af vedlagte transskriberede interviews (bilag 19-22). Især sundhedsprofilen og de inddragede borgers ideer har været stærke redskaber i beslutningsprocessen, hvilket både forvaltning og politikere pointerer. Dog har ideer hentet uden for kommunegrænserne også haft betydelig indflydelse, idet folkesundhedsprogrammet samt Sundhedsstyrelsen og KL har været med til at bidrage til kommuners sundhedspolitik. Andre kommuners sundhedspolitikker er kun blevet studeret i et meget begrænset omfang.

Inspirationen er især hentet fra kommunens egne institutioner samt forvaltningen arbejde, idet der ikke har været skævet ret meget til materiale fra KL og Sundhedsstyrelsen, hvilket bl.a. Bente

Lyndrup, næstformand for sundhedsudvalget udtaler. Kirsten Løgsted, chef for Trivsel og Sundhed, angiver dog, at de har haft øje for, hvad der er sket uden for kommunegrænsen, idet de bl.a. tjekkede op på andre kommuners politikker. Dette kan tolkes som en umiddelbar afsøgning af feltet, hvor kommunens egen politik afstemmes i forhold til omgivelsernes normer og forventninger. Derved sikres det, at den igangværende proces anses som acceptabel og passende af omgivelser og dermed sikres kommunes legitimitet i forhold til formulering af en konkret sundhedspolitik.

*”Vi googledede vist bare efter sundhedspolitikker, kiggede dem igennem og det var det. Vi fandt dog ud af, at nogle af dem var godt til at sætte målbare mål op og det har vi så taget med videre.” (Løgsted 2008: 4 – Forvaltning, Morsø Kommune)*

*”Vi kigger da på nogle af de ting, vi får sendt ud fra KL men ikke så meget. Når man sidder på området, så ved man også lidt om, hvad de andre kommuner laver – og man sender jo også indimellem noget til hinanden. Det er en kombination af begge ting og det er ikke så kompliceret, som du måske tænker det.” (Løgsted 2008: 4 – Forvaltning, Morsø Kommune)*

KRAM-faktorerne spiller en væsentlig rolle i Morsø Kommunes sundhedspolitik, hvilket hverken politikere eller forvaltning ser noget negativt i. Annelise Møller, afdelingsleder, påpeger, at faktorerne er anbefalet fra de sundhedsfaglige eksperter og at det derfor er naturligt at følge den linie. På den måde sikres kommunens politik en høj grad af legitimitet, idet kommunen jo blot følger eksperternes anbefalinger på feltet. Denne løsningsmodel kan anses som værende passende, hvilket tilmed sikrer omgivelsernes accept af politikvalg. Lauge Larsen, formand for sundhedsudvalget, mener, at KRAM-kampagnen har haft en overordentlig stor indflydelse på sundhedspolitikken ikke bare på Mors men generelt. Med begreber hentet fra det nyinstitutionelle univers, betyder det, at KRAM fungerer som en opskrift for dels Morsø Kommune men også andre kommuner til brug ved formulering af sundhedspolitik.

*”Det nationale går jo meget på KRAM-faktorerne, hvilket vi har lagt os meget, meget tæt op ad.” (Møller 2008: 2 – Forvaltning, Morsø Kommune)*

*”Jeg tror, det er fordi KRAM-kampagnen er slået virkelig meget igennem.” (Larsen 2008: 6 - Politiker, Morsø Kommune)*

### **Opsamling på afsnit om nyinstitutionalisme**

Nu hvor casekommunernes inspirationsforhold er blevet afklaret og omgivelsernes betydning er belyst, er det naturligt afslutningsvist at se på alle tre kommuners samtidig. Først og fremmest er der store forskelle på respondenternes opfattelser af hvor inspirationen til deres egen kommunes sundhedspolitik er kommet fra og om informationen er indhentet ved en aktiv eller passiv indsats. Generelt har både ledere og medarbejdere i sundhedsforvaltningen kendskab til fagligt informationsmateriale fra f.eks. Sundhedsstyrelsen og KL, hvilket politikerne sjældent har. Det

samme er gældende, når det drejer sig om indsigt i andre kommuners initiativer på sundhedsområdet, og viden om hvilke informationer der er hentet via en aktiv indsats eller ej. Dette skyldes primært, at der er en klar opgavefordeling mellem forvaltning og politikere, idet administrationen udarbejder oplæg til det politiske niveau, hvoraf research på området er en naturlig del af arbejdsopgaverne. Det er det ikke for politikerne, der blot skal forholde sig til de sager, der bliver sat på dagsordenen og ellers lade administrationen forvalte forarbejdet.

Desuden er der forskellige opfattelser af, om inspirationen kommer fra forvaltningen (internt) eller fra KL, Sundhedsstyrelsen, KRAM eller andre kommuner (eksternt). Der kan ikke siges noget generelt på feltet, da der ikke viser sig homogene praksisser. Når det drejer sig om KRAM-projektet som inspirationskilde, er der stor enighed blandt både politikere og embedsmænd om projektets enorme betydning for sundhedspolitikkerne. Som beskrevet i det ovenstående afsnit kan KRAM-faktorerne karakteriseres som en opskrift i nyinstitutionel forstand, idet indholdet anses som passende på området. I kraft af denne accept fra omgivelserne gør det faktorerne til legitimt indhold i casekommunernes sundhedspolitikker, idet KRAM-faktorerne er blevet italesat som værende indbegrebet af sundhedspolitik. Denne kommunale efterligningspraksis kan betragtes som værende en del af et isomorfisk kompleks, idet det er en naturlig del af forvaltningernes arbejdspraksis.

Det interessante er derefter at skabe klarhed over, på hvilket grundlag isomorfien tager sit afsæt – er det i tvangsforhold, efterligningspraksis eller af mere normativ karakter? Idet udformningen af selve sundhedspolitikken og dermed også anvendelse af KRAM-faktorerne sker på et meget løst lovgrundlag og reelt er frivilligt, kan der ikke være tale om isomorfi af tvangsmæssig karakter. Om der er tale om isomorfi af mere efterlignende karakter, er nok mere sandsynligt, idet KRAM-faktorerne anses om værende en succesfuld og legitim opskrift i den kommunale verden. I kraft af kommunernes usikkerhed i forhold til varetagelse af de nye sundhedspolitiske opgaver kan deres reaktionsmønster med nyinstitutionelle briller tolkes som den nemme løsning, idet de har mulighed for at læne sig op ad andre organisationers erfaringer og på denne måde efterligne eller kopiere deres løsninger. Den tredje og sidste form for isomorfi er den normative isomorfi, der bygger på omgivelsernes normative idealer for organisationer. Når casekommunerne som individuelle organisationer påtager sig den institutionaliserede forskrift, som KRAM-faktorerne kan karakteriseres som, er det i håbet om at få anerkendelse og status hos omgivelserne samtidig med at legitimiteten sikres. Denne form for isomorfi er meget aktuell i dette casestudie, idet flere respondenter omtaler KRAM-kampagnens store gennemslagskraft. Andre respondenter udtaler sig på en måde, så det inden for den kommunale verden med nyinstitutionelle briller kan tolkes som værende normen at anvende KRAM-faktorerne og at dette samtidig sikrer fuld legitimitet hos såvel det administrative som det politiske niveau. Afslutningsvist giver materialet således

---

anledning til at argumentere for, at casekommunerne anvendelse af KRAM-faktorerne i formuleringen af en sundhedspolitik sker som en institutionaliseret opskrift, der har karaktertræk af normativ og mimetisk isomorfi.

### 5.2.3 – Kritik af isomorfi-perspektivet

Som omtalt i teori afsnittet går Røviks kritik af DiMaggio & Powells antagelser på, at organisationer ikke nødvendigvis påvirkes i retning af strukturel isomorfi og dermed mere ensartede organisationer og mindre divergens. Røvik mener derimod, at den enkelte organisation rent faktisk bearbejder og oversætter en given opskrift, hvorved der ikke finder en fuldstændig ubevist kopiering sted og på denne måde fastholdes diversiteten imellem organisationerne. En anden af Røviks argumenter er, at forskelle ofte skal spores på mikroniveau, idet kommuner set fra makroperspektiv ser meget ens ud på papiret og som organisation.

I alle tre casekommuner er der stort fokus på KRAM-faktorerne, hvilket fremgår af både politikkerne og af respondenternes udtalelser. Umiddelbart kan sammenfaldet på kernepunkterne i politikken ses som et led i en strukturel isomorfi-proces, hvor kommunernes sundhedspolitiske tiltag bliver mere og mere homogene. Denne ensliggørelse kommenteres bl.a. af to respondenter fra de forskellige casekommuner:

*”De første sundhedspolitikker er nok især præget af den enshed – vi lærer jo alle sammen. Næste gang vil der helt sikkert være flere forskelle – denne gang har vi lavet et grundlag, som organisationen kan fungere på.” (Nilsson 2008: 5 – Politiker, Frederikshavn Kommune)*

*”I vores sundhedspolitik og i mange andre kommuners politikker er der et meget kraftigt fokus på KRAM-faktorerne, da de går igen.” (T. Nielsen 2008: 2 – Forvaltning, Aalborg Kommune)*

På den anden side ses der også tendenser mod større forskellighed på området, hvilket respondenterne klart kommer med antydninger omkring, når de taler om sundhedspolitik i de kommende år. F.eks. mener sundhedsudvalgsformand Lauge Larsen fra Morsø Kommune, at der om 10 år vil være langt større differentiering blandt kommunernes sundhedspolitikker og omtaler de nuværende store ligheder som ”ren Anders And”, idet de meget små forskelligheder inden for kommunale sundhedspolitikker med udenforståendes briller godt kan se lidt grinagtigt ud. Denne fremtidige tendens støtter Uffe Borg, planlægger i Frederikshavn Kommune, da han også ser store forskelle i de fremtidige sundhedspolitikker.

*”Om 10 år vil du nok se lidt mere differentiering på kommunernes sundhedspolitik. Men du har nok ret i, at det ligner lidt Anders And... men interessant det er det da! (Larsen 2008: 6-7 – Politiker, Morsø Kommune)*

*”Derfor tror jeg, at anden generation af sundhedspolitikkerne vil være mere forskellige end første generation – men det er jo en politisk styret organisation, så hvis der er et tema oppe, så er det nærliggende at sige, at vi skal bruge ressourcer på det. Jeg kunne levende forestille mig, at der vil være en indholdsmæssig større variation.” (Borg 2008: 7 – Forvaltning, Morsø Kommune)*

Skellet mellem mikro- og makroniveau pointerer Kirsten Løgsted, chef for Sundhed og Trivsel i Morsø Kommune, som den eneste af respondenterne. Hun påpeger, at der på makroniveau dvs. rent formelt og på papiret måske kun er mindre forskelle kommunerne imellem, men at de virkelige forskelle kan iagttages ude i de enkelte kommuners forvaltninger dvs. på mikroniveau.

*”Hvis du kigger på sundhedspolitikkerne som papir, så er det meget det samme – men hvis du laver et feltstudie i kommunerne og observerer, hvad der reelt sker ude i forvaltningerne i praksis, så vil du med garanti opleve en gigantisk kulturel forskel. Der vil være mange tilgangsvinkler til udførelse af sundhedspolitikken og det skyldes, at folk er forskellige og der er forskel på kommunerne. Men papirerne ser måske ens ud – processen bagved er langt vigtigere i denne situation.” (Løgsted 2008: 7 – Forvaltning, Morsø Kommune)*

Løgsteds udsagn præciserer en meget vigtig sontring i forhold til netop kommunernes kopieringstendenser, idet der således ikke er tale om fuldstændige kopieringer med snarere lokale oversættelser af opskrifterne. Dermed er de kommunale præferencer i forvaltningerne med til at bevare organisationens særpræg og hindre den totale homogenisering, som DiMaggio og Powell argumenterer for i deres rene nyinstitutionelle teori og Røviks kritik finder derfor plads i inddragelsen af dette speciales empiri.

### **Opsamling på afsnit om kritik af isomorfi-perspektivet**

I ovenstående afsnit er der argumenteret for, at Røviks kritik af DiMaggio & Powells teorier er velbegrunderet jf. empirien, idet teorien om organisationers ensliggørelse inden for samme felt ikke nødvendigvis er korrekt i alle tilfælde. Som det er påpeget, viser dette speciales empiri, at organisationer også kan vælge at oversætte opskrifter til mere lokale forhold og dermed undgå den totale homogenisering, fordi ideerne tilpasses efter organisationens ønske og formåen. Dermed spiller organisationernes egne præferencer en vigtig rolle i at fastholde de kommunale forskelligheder. Til trods for at kommunerne overfladisk set anses som værende meget homogene, når det drejer sig om formulering af sundhedspolitik, viser det sig, at der med stor sandsynlighed findes betydelige forskelle kommunerne imellem, hvilket dog kun kan ses på mikroniveau. Dermed er der reelt ikke tale om en total homogeniseringsproces, som DiMaggio og Powell argumenterer for – i stedet får Røviks kritik fodfæste og finder plads i analyseringen af dette speciales empiri.



## 5.2.4 – Rationalitet eller ej

For at få indsigt i i hvor høj grad rationalitet har været en del af beslutningsprocessen, var en del af interviewet centreret om kommunernes strukturering, organisering og planlægning af hændelsesforløbet. Ud fra respondenternes udtalelser om hændelserne i kommunen samt dokumentstudier af bl.a. beslutningsreferater, er det muligt at analysere sig frem til, i hvor høj grad rationalitet var en del af processen. Idet den hidtidige analyse allerede har vist tegn på, at især de nyinstitutionelle teorier har haft indflydelse på de politiske processer i casekommunerne, vil denne teoriramme blive fastholdt i det kommende analysearbejde, hvilket betyder, at begreber fra den nyinstitutionelle verden vil være at finde i de kommende afsnit.

### 5.2.4.1 – Rationel beslutningsteori

Som nævnt i teoriafsnittet er fuldstændig rationalitet næppe en reel mulighed i virkelighedens politiske verden, idet beslutningstagere ofte har særinteresser eller personlige præferencer, der på den eller anden måde spiller ind på deres vurderingsevne. På trods af dette vælger jeg alligevel at analysere dele af datamaterialet ud fra den rationelle vinkel, idet dele af teorien kan have været i spil i casekommunerne, og fordi teorien kan anvendes som et idealbillede på legitime beslutninger.

I dette afsnit skal det afklares, hvor rationelle politikere såvel som embedsmænd er i deres overvejelser omkring formulering og etablering af en sundhedspolitik. Dette vil blive analyseret ud fra spørgsmål omkring beslutningsprocessens organisering, planlægning, tidsplan og økonomi samt struktureret ud fra de forskellige faser i den politiske beslutningsproces:

- modtagelse af forebyggelsesopgaven
- etableringsprocessen
- det økonomiske perspektiv
- anvendelse af sundhedsprofiler
- evidensbaseret viden

#### Modtagelse af forebyggelsesopgaven

Først og fremmest vil jeg se på, hvordan de tre casekommuner har modtaget opgaven med sundhedsfremme og forebyggelse. Trods forberedelsestid til opgaven ses der alligevel forskellige former for modtagelse af arbejdsopgaven i kommunerne, hvilket nok til dels afspejles af, at der skulle arbejdes med et nyt og hidtil ukendt politikområde, hvor især de økonomiske aspekter var af ukendt karakter.

I Aalborg Kommune lægger respondenterne særligt vægt på, at det var spændende men også krævende at modtage den nye opgave med forebyggelse og sundhedsfremme. Dette illustreres bl.a. via tre forskellige respondenter, der har den samme oplevelse af opstartsfasen:

*”Jeg synes, det har været en spændende proces – det svære har været at sætte sig ind i området, fordi det var nyt for os.” (Knudsen 2008: 3 – Politiker, Aalborg Kommune)*

*”Det var svært fordi hele sundhedsområdet med forebyggelse og sundhedsfremme skulle tænkes ind i vores tanker – det var vi ikke dus med. Det var en ny opgave og vi havde skam ikke meget forstand på det.” (Olesen 2008: 2 – Forvaltning, Aalborg Kommune)*

*”Vores direktør siger, at det har været en sværeste politik, hun nogensinde har været med til at skrive.” (Kastrup-Larsen 2008: 3 – Politiker, Aalborg Kommune)*

I Frederikshavn Kommune gik de til opgaven med store visioner og mange ideer, hvilket senere skulle vise sig svært at håndtere pga. mængden af information. Uffe Borg, planlægger, udtaler bl.a., at kommunen ”gik på med krum hals”, hvilket kan tolkes som et retfærdiggørende argument i og med det påpeges, at kommunen på daværende tidspunkt gjorde hvad den kunne og dermed legitimere beslutningerne.

*”I og med vi havde så mange aktører på banen, kom der også rigtig mange ideer – derfor var processen svær at styre. Til at starte med kastede vi bolden op – det var vel brainstorm på masseplan. Det vältede ind med ideer, hvorefter opgaven var at koge det ned til politik.” (Borg 2008: 3 – Forvaltning, Frederikshavn Kommune)*

*”Vi er gået på med krum hals. Vi har set, hvad der står i lovgivningen og har påtaget os den opgave.” (Borg 2008: 2 - Forvaltning, Frederikshavn Kommune)*

På Mors havde man på daværende tidspunkt allerede taget hul på det forebyggende arbejde jf. etableringen af et sundhedscenter. Sammen med afgørelsen om, at Morsø Kommune skulle forblive selvstændig, var dette hidtidige arbejde på området med til at gøre opstartsprocessen blidere end hos andre kommuner. Det der vakte størst opmærksomhed, var helt klart de økonomiske konsekvenser af reformtiltagende, idet det forud for initieringen af de kommunale sundhedstilbud ikke var muligt at sætte tal på udgifterne pga. manglen på sammenligningsgrundlag.

*”Det var jo egentlig bare en fortsættelse af den proces, vi havde startet.” (Møller 2008: 1 – Forvaltning, Morsø Kommune)*

*”Jeg tror ikke, vi var forskrækket for det – men vi var i hvert fald opmærksomme på det. Vi frygtede at der ville ske en underudligning, som det er sket på så mange andre områder.” (Lyndrup 2008: 1 – Politiker, Morsø Kommune)*

Som en afrunding på afsnittet kan det opsummeres, at alle tre casekommuner tog vel i mod den nye opgave på sundhedsområdet, selvom der blev stillet spørgsmål ved den økonomiske

bæredygtighed og alle politikere såvel som embedsmænd skulle sætte sig ind i et nyt og omfangsrigt politikområde.

### **Etableringsprocessen**

Beskrivelse af selve etableringsprocessen skal være med til at synliggøre, hvordan casekommunerne rent praktisk er gået til opgaven med at formulere en konkret sundhedspolitik. Som det fremgår af udvalgte citater, har de tre casekommuner valgt en bottom-up tilgang til processen ved at åbne beslutningsprocessen op for interesserede. Respondenterne fremhæver denne fremgangsmåde og er meget stolte over de demokratiske overvejelser samt offentlighedens mulighed for at få indflydelse. At kommunerne reelt ikke er så unikke på dette område, er en helt anden sag, men i hvert fald har disse casekommuner haft samme tilgang til processen. Kommunernes tiltag med at åbne beslutningsprocessen op for borgerne er meget sympatisk, men når det kommer til realiteterne og der ses på, hvor mange borgere der reelt valgte at deltage i arrangementerne, kan tiltaget også ses som et legitimerende rationale. Respondenterne fremhæver, at én af fordelene ved at have en åben proces er, at borgerne får et større kendskab til politikken samt at et ejerskab af politikens kernepunkter kan etableres. Et ejerskab som flere respondenter mener, er et vigtigt element i tilblivelsen og udbredelsen af en ny politik. Netop ejerskabets eventuelle betydning er ikke en del af specialets design, hvorfor jeg ikke vil komme yderligere ind på dette i analysen men dog berøres det i den afsluttende del af specialet.

En af forskellene på casekommunernes etablering af processen frem mod formulering af en egentlig sundhedspolitik er, at Aalborg Kommune tager aktiv del i KRAM-projektet, hvilket får en stor betydning ikke bare for Aalborg Kommune men også for selve potentialet i KRAM-undersøgelsen. Morsø Kommune skiller sig endnu en gang ud fra de andre kommuner, fordi den allerede er påbegyndt det sundhedsfremmende arbejde. De får dog, som alle øvrige danske kommuner, ansvaret for de forebyggende rammer på et overordnet kommunalt plan, og dermed er de udfordret på samme niveau som de øvrige casekommuner.

I Aalborg Kommune modtog man den nye opgave med lige dele spænding og nervøsitet. I begyndelsen fokuserede forvaltningen primært på at få en god proces igangsat og valgte at inddrage mange aktører via en bottom up-tilgang og desuden var KRAM-projektet en god indgangsvinkel til at få opmærksomhed omkring sundhed i kommunalt regi. I og med sundhedsforvaltningen var en nyoprettet organisation med tværfagligt sigte og selvstændig økonomi, var det vigtigt, at organisation fik bevist sit værd med det samme. Dette bevidner, at det fra forvaltningens side var meget vigtigt at kunne legitimere beslutningen om at give sundhedsområdet egen organisation og budget og gerne så hurtigt som muligt. Det store fokus på retfærdiggørelse af organisationens virke giver klare associationer til de nyinstitutionelle ideer og

tanker og viser, at der i Aalborg Kommunes etableringsfase var en god portion overvejelser om legitimering af organisation og budget, hvilket nedenstående citater også bevidner:

*”Vi valgte at se på processen først – hvordan skal vi strikke sådan en sundhedspolitik sammen? Vores udgangspunkt var, at der ikke var en ”rigtig løsning” på opgaven. Vi lagde ud med en bottum up-tilgang ...” (T. Nielsen 2008: 2 – Forvaltning, Aalborg Kommune)*

*”Vi gjorde en masse arbejde ifm. dagsordensfastsættelse og bevidstgørelse og det var med til at bane vejen for sundhedspolitikken.” (Kastrup-Larsen 2008: 3 – Politiker, Aalborg Kommune)*

*”Noget af det, der også skete var, at der blev stillet spørgsmålstejn ved, om vi i det hele taget skulle eksistere. Derfor var det vigtigt for at præstere nogle resultater allerede i år ét samtidig med, at det er en vigtig opgave. (...) Vi skulle sætte en dagsorden – vi skulle vise, at det var en god idé at opbygge forvaltningen og at det gjorde en forskel.” (Kastrup-Larsen 2008: 4-5 – Politiker, Aalborg Kommune)*

I Frederikshavn blev arbejdet med sundhedspolitikken skudt i gang med en intern konference for kommunale medarbejdere og derefter en offentlighedsfase, hvor kommunens borgere havde lejlighed til at byde ind med ideer til en konkret sundhedspolitik. Denne åbenhed er særdeles vigtig for især politikerne, som lægger stor vægt på borgernes mulighed for indflydelse, og dette er naturligvis med til at legitimere den efterfølgende politiske beslutning på området, idet grundlaget er hentet direkte fra borgerne. Selve processen bag idéfasen adskiller sig ikke så meget fra andre kommuners måde at gennemføre en lignende proces med integrering af mange lokale aktører.

*”I februar 2007 begyndte vi at planlægge en offentlighedsfase i tre tempi, hvor politikerne første skulle ud og møde borgerne og snakke sundhed dem. (...) Dialogen med borgerne var tovejs - de kunne komme til os men politikerne kom også til dem. Det var en overvældende succes med mange, mange forslag. (Borg 2008: 3 – Forvaltning, Frederikshavn Kommune)*

*”Den måde, vi greb det an på, er den rette måde – som politikere kan vi ikke sætte os i et lukket lokale og selv skrive politikken. Vi skal ud og spørge de mennesker, der er direkte berørt af politikken. Vi kan ikke sidde og udtænke alle de tanker – vi har derfor åbnet op og givet borgerne muligheden for at byde ind. Den proces har været rigtig god.” (Schaltz 2008: 3 – Politiker, Frederikshavn Kommune)*

I kraft af at Morsø Kommune allerede havde arbejdet med forebyggelse og sundhedsfremme på et tidligere tidspunkt, var overgangen til den nye tankegang ikke så omfattende som det ses i andre kommuner. Den bløde overgang blev planlagt som en arbejdsproces med inddragelse af borgere, politikere og repræsentanter fra de respektive forvaltninger. Arbejdsgruppen kom hurtigt frem til et udkast til en konkret sundhedspolitik, men før udvalget kunne godkende papiret og sende det videre til høring i de andre udvalg, gik der alligevel lidt længere tid end forventet. Ligeledes blev processen forsinket en smule, da man ville afvente resultatet af sundhedsprofilen, da dette var en vigtig del af baggrundsmaterialet for politikken.

*”Det var jo egentlig bare en fortsættelse af den proces, vi havde startet. (...) Den [sundhedspolitikken, red.] blev først vedtaget i slutningen af 2007, så det var en langstrakt proces. Selve tilblivelsen var ikke særlig lang, men fordi der går politik i den, så kan det nemt komme til at svæve lidt frem og tilbage.” (Møller 2008: 1 - Forvaltning, Morsø Kommune)*

*”Jeg havde arbejdsgrupperne samlet på et tidspunkt kort før sundhedscentret skulle tilrettelægges. Jeg spurgte simpelthen, hvem der havde lyst til at være med i en arbejdsgruppe omkring sundhedspolitikken – og så var det ved simpel håndoprækning, det skete. Så det var ikke en store videnskab.” (Møller 2008: 2 - Forvaltning, Morsø Kommune)*

*”Så jo, måske kan man godt sige, det passede ind i vores kram, fordi det understøttede den udvikling, vi allerede var i gang med.” (Løgsted 2008: 2 - Forvaltning, Morsø Kommune)*

Som en afrunding på analysen af etableringsprocessen kan det sammenfattes, at de tre casekommuner på trods af forskellige tilgangsvinkler til arbejdet med sundhedspolitikken, alligevel uafhængigt af hinanden vælger at etablere en proces kendetegnet ved stor åbenhed og dialog.

### **Det økonomiske perspektiv**

Som beskrevet i afsnittet om kritik af kommunalreformen var der fra kommunal side på forhånd stor utilfredshed med sammensætningen af den nye finansieringsreform. Respondenterne omtalte og beskrev gerne kritikpunkterne i finansieringsformen samt de usikkerhedsmomenter der var og stadig er på sundhedsområdet, idet udgifterne på sundhedsområdet er meget svære at styre. Samtidig er der tale om relativt store udgifter til f.eks. sygehusindlæggelser, hvilket betyder, at selv mindre stigninger i omfanget af indlæggelser kan betyde store ændringer i udgiftsniveauet.

I Aalborg Kommune talte respondenterne meget om uhensigtsmæssighederne ved sammensætningen af den økonomiske del af sundhedsopgaven. Chefkonsulent i sundhedsforvaltningen, Vibeke Olesen, gjorde meget ud af at gøre opmærksom på, at der på sundhedsområdet i forhold til andre kommunale områder ikke kan tales om direkte konsekvensberegninger, da igangsatte initiativers effekt først viser sig efter en årelang indsats. Derfor rettede hun og forvaltningen i første omgang fokus på de såkaldte ”lavthængende frugter”, hvilket i overført betydning er et billede på, hvordan kommunen først og fremmest skal sikre gevinster på de nemme områder inden for sundhed.

*”(...) alle taler om de lavthængende frugter, men hvad er det for nogle og hvor er det lige, de er henne? Altså hvad er det, der nytter og virker – hele problematikken omkring omkostningseffektivitet på sundhedsområdet. Det er noget svært og det boksers vi med og vil gøre det i lang tid.” (Olesen 2008: 2- Forvaltning, Aalborg Kommune)*

Rådmand for sundhedsområdet, Kastrup-Larsen, pointerer, at der rent logisk ikke er nogen sammenhæng mellem kravet til den forebyggende indsats og den efterfølgende besparelse på indlæggelse, idet den fastsatte DRG-takst<sup>4</sup> er normeret for lavt i forhold til omkostninger. Dette giver ikke kommunerne incitament til at styrke det forebyggende arbejde, idet de rent økonomisk ikke kan være sikre på at spare penge på indlæggelse af borgerne, hvilket ellers var hensigten. Set ud fra en nyinstitutionel synsvinkel kan Kastrup-Larsens udtalelser tolkes som en undskyldning for, at kommunen måske ikke sparer så mange udgifter på sundhedsområdet som ellers tiltænkt og dermed retfærdiggør han på forhånd eventuelle fejl og mangler i kommunens plan på sundhedsområdet.

*”Vi indså hurtigt, at de 4.500 kr. vi kan spare på en indlæggelse, det er småpenge. Det finansierer ikke ret meget hos os. Derfor håber jeg, vi får lavet om på den, for ellers giver den ikke noget stort drive for folkesundheden.” (Kastrup-Larsen 2008: 2)*

*”Mht. DRG-taksterne så er det et ulogisk system: vi har ikke mange chancer for reelt at spare penge via forebyggelse. Jeg synes, vi burde lave systemet om, så vi skal betale meget for dem, vi reelt kan forebygge og mindre for dem, hvor vi alligevel ikke kan gøre noget. Det ville gøre, at vi fik et større incitament for at forebygge og en reelt økonomisk gulerod. F.eks. synes jeg ikke, det er en sygdom, at kvinder bliver gravide – men vi betaler alligevel for fødsler.” (Kastrup-Larsen 2008: 1 – Politiker, Aalborg Kommune)*

Tommi Nielsen, konsulent i sundhedsforvaltningen, formulerer formålet med forvaltningens virke som et mix af at styrke den generelle folkesundhed for kommunens borgere og samtidig sænke udgifterne til sygehusindlæggelser. Oprindeligt var disse to formål tiltænkt at skulle supplere hinanden, men i kraft af de ringe økonomiske vilkår er der risiko for, at Aalborg Kommune såvel som andre kommuner blot nøjes med at høste de ”lavthængende frugter” og dermed ikke ser opgaven som en del af en helhed i indsatsen mod en forbedring af folkesundheden.

*”I bund og grund handler det om at sænke udgifterne til sygehusindlæggelser, sygedagpenge m.v. Målet er at øge folkesundheden, men vi har også en økonomisk interesse i det. Så kan man diskutere hvor stort et incitament vi i virkeligheden har i forhold til den model, der er valgt i reformen.” (T. Nielsen 2008: 3 – Forvaltning, Aalborg Kommune)*

I Frederikshavn Kommune startede man ligeledes ud med at sigte efter de ”lavthængende frugter”, hvor der tydeligt kunne ses besparelser inden for en kortere tidshorisont, hvilket bl.a. formand for sundhedsudvalget, Per Nilsson, udtalte:

*”Vi lagde ud med at se, hvilke muligheder vi har på langt og kort sigte – det er med at plukke de lavthængende frugter om jeg så må sige. Det er i hvert fald nemmest, når vi også skal kunne måle på indsatserne.” (Nilsson 2008: 1– Politiker, Frederikshavn Kommune)*

---

<sup>4</sup> DRG-takster anvendes som grundlag for afregning af behandling af borgere mellem kommune og region. Kilde: Sundhedsstyrelsen (2007)

Sundhedsdirektør, Jan Nielsen, mener, at der som udgangspunkt ikke har været nogen ”kassetænkning” forstået på en sådan måde, at der var en direkte sammenhæng mellem midler og igangsatte initiativer. Set med nyinstitutionelle briller kan en sådan tankegang godt tolkes som legitimerende, idet sundhedsdirektøren italesætter kommunens indsats som værende alt andet end kassetænkning og økonomisk kalkulering. Kommunens forvaltning såvel som politikere har jf. Nielsen prioriteret indsatsen ud fra budgettet og ud fra den tankegang valgt interessante initiativer til og fra, hvilket han udtrykker således:

*”Der har slet ikke været nogen sammenhæng mellem de midler, vi har fået, og den indsats vi har igangsat.”*  
(J. Nielsen 2008: 2– Forvaltning, Frederikshavn Kommune)

*”Det er også et instrument for prioritering – vi kan simpelthen ikke det hele, og det må vi gøre os klart. Vi bliver nødt til at vælge noget ud og prioritere rækkefølgen på vores indsats. Det er jo et område, hvor vi kan bruge uanede midler.”* (J. Nielsen 2008: 2 – Forvaltning, Frederikshavn Kommune)

Planlægger i sundhedsforvaltningen, Uffe Borg, som har været tovholder på projektet med sundhedspolitikken i Frederikshavn Kommune, mener, at sagen har to vigtige sider: naturligvis vil kommunen gerne have sundere borgere men samtidig er økonomien så vigtig en faktor, at man ikke kan se bort fra dens betydning:

*”En ting er at man får nogle sundere borgere, der har det bedre, men der er også et økonomisk perspektiv.”*  
(Borg 2008: 4 – Forvaltning, Frederikshavn Kommune)

På Morsø var både embedsmænd i sundhedsforvaltningen og politikere i sundhedsudvalget nervøse såvel som spændte på, hvordan den fremtidige økonomi på sundhedsområdet ville være. Med udsigt til store og ustyrlige udgifter og relativt få indtægter, var et større økonomisk underskud frygtet fra dag 1, hvilket især fremkom tydeligt hos sundhedspolitikeren Bente Lyndrup:

*”(...) det var med skærpet opmærksomhed, vi modtog opgaven. Det er klart, det har noget at gøre med vores befolknings sammensætning. Vi var jo rystende nervøse for, at der med de nye opgaver ikke var dækning for økonomien.”* (Lyndrup 2008: 1 – Politiker, Morsø Kommune)

Sundhedsforvaltningens afdelingsleder, Annelise Møller, ser med lidt lysere sind på de økonomiske forhold, idet hun blot konstaterer, at der antageligt ikke er nogen direkte sammenhæng mellem indsats og økonomisk gevinst. Formand for sundhedsudvalget, Lauge Larsen, pointerer, at økonomien er vigtig og at kommunens økonomi er letpåvirkelig af selv den mindste stigning i indlæggelsesfrekvensen hos øens borgere.

*”At forebyggelsen reelt ikke står mål med de økonomiske gevinster, det er så ærgerligt – men sådan er det bare!”* (Møller 2008: 4 - Forvaltning, Morsø Kommune)

*”Nu skal jeg jo heller ikke overdramatisere det, men den [økonomien, red.] har da en betydning, for hver gang en borger indlægges, så bong’es vi for det.”* (Larsen 2008: 2 - Politiker, Morsø Kommune)

Kirsten Løgsted, chef sundhedsforvaltningen, betoner ligeledes det økonomiske aspekt, idet kommunens ringe folkesundhed kan komme til at betyde store økonomiske udgifter i de fremtidige år, hvorfor det allerede på nuværende tidspunkt er vigtigt at få modvirket forestående problemer.

*”Desuden kan man sige, at hvis der ikke gøres noget ved sundhedstilstanden på Mors, så vil det gå hen og blive voldsomt dyrt for os på længere sigte. Det er vi jo udmærket klar over.” (Løgsted 2008: 2 - Forvaltning, Morsø Kommune)*

Opsummerende er der en fælles holdning til, at finansieringsmodellen er sammensat uhensigtsmæssigt, idet DRG-taksterne er for lave i forhold til at give kommunerne et godt incitament til at forebygge sygdomme i stedet for at behandle disse. Dette har været og er med til at nervøsitet og spænding bliver en del af hverdagen i kommunerne, idet selv mindre stigninger i indlæggelsesfrekvensen kan have stor økonomisk betydning og budgetterne kan overskrides. Derfor tales der i flere kommuner om at høste de ”lavthængende frugter”, hvilket gør, at der kan indhentes gode økonomiske gevinster uden den helt store arbejdsmæssige indsats. Slutteligt har de økonomiske overvejelser også det sigte, at kommunens udgifter til initiativer inden for sundhedsområdet skal anvendes på en sådan måde, at det er givtigt for borgerne og dermed kan legitimere politikernes beslutning.

### **Anvendelse af sundhedsprofiler**

Dokumentstudiet viser i sammenhæng med det empiriske materiale, at casekommunerne har anvendt de udarbejdede sundhedsprofiler på forskellige vis, idet de hver især har befundet sig på forskellige stadier i beslutningsprocessen. F.eks. havde Aalborg Kommune allerede vedtaget sundhedspolitikken, da sundhedsprofilen blev offentliggjort, hvorfor der naturligvis ikke har været mulighed til at benytte resultatet i formuleringsprocessen. Morsø og Frederikshavn kommuner har derimod i høj grad anvendt profilundersøgelsen som et vigtigt grundlag til at formulere deres politik og visioner ud fra. Desuden kan sundhedsprofilundersøgelsen ses som en rationel opskrift i nyinstitutionel forstand, idet den giver kommunerne legitimitet og passer ind i normen om at foretage beslutninger på baggrund af evidensbaseret viden. Dermed er de normative forventninger fra både interne og eksterne aktører opfyldt og profilens formål defineret. Ud fra samtaler med respondenterne fremgår det, at et fællestræk for de tre casekommuner er undersøgelsesernes fremtidige betydning, idet datamaterialet kan anvendes som sammenligningsgrundlag i årene fremover, når der er udarbejdet nye profiler. På denne måde kan profilundersøgelserne sikre indsamling af konkrete data på borgernes sundhed ikke bare i 2007 men også fremover. Hvordan repræsentanter fra casekommunerne forholder sig til sundhedsprofilerne og anvendelsen af dem fremgår af nedenstående afsnit.

---



Idet Aalborg Kommunes sundhedspolitik blev vedtaget uden brug af sundhedsprofilen, betyder det, at kommunen i stedet har anvendt profilen til senere at efterprøve den vedtagne politik, som viste sig at være sammenfaldende med profilundersøgelsens fokuspunkter.

*”Sundhedsprofilen var jo ikke lavet, da vi udarbejdede selve sundhedspolitikken. Men da vi så fik den, kunne vi se, at der var nogle ting, vi skulle fokusere på og det havde vi da også allerede med i sundhedspolitikken.” (Knudsen 2008: 3 – Politiker, Aalborg Kommune)*

*”Det havde vi dog en formodning om, da der i mange år er lavet undersøgelser på regionsniveau, så vi havde nogle indikatorer på, hvor vi lå men ikke decideret for Aalborg Kommune. Derfor måtte vi jo så sjesse os frem til det for Aalborg Kommune.” (T. Nielsen 2008: 4 – Forvaltning, Aalborg Kommune)*

Allerede inden profilen blev lanceret var der hos politikere og forvaltning i Aalborg en forventning om, hvad profilen viste, da der generelt set ikke er stor forskel på sammensætningen af borgere i de danske kommuner. Derfor argumenterer både rådmand Kastrup-Larsen og konsulent Nielsen for, at der i forhold til at formulere en sundhedspolitik reelt set ikke var brug for sundhedsprofilundersøgelsen på kommunalt niveau grundet de minimale forskelle kommunerne imellem. Derfor ville en regional eller national undersøgelse være tilstrækkelig, og mange ressourcer kunne være sparet uden det ville gå ud over kvaliteten af de kommunale sundhedspolitikker.

*”Hvis vi skal være hudløst ærlige, så viste sundhedsprofilerne for Aalborg Kommune og de øvrige nordjyske kommuner jo, at vi ikke var så forskellige. Det er marginale forskelle, der kan ses i profilerne.” (Kastrup-Larsen 2008: 3 – Forvaltning, Aalborg Kommune)*

*”(…) vi adskiller os jo kun marginalt fra de andre kommuner (...). Man kunne reelt lave en national og regional profil – så var vi ret godt dækket ind. (...) Grunden til at vi gerne vil have konkrete tal på er, at vi så kan måle effekten af indsatserne.” (T. Nielsen 2008: 4 – Forvaltning, Aalborg Kommune)*

I Frederikshavn Kommune havde man en lidt anden tilgang til sundhedsprofilen og dens anvendelse set i forhold til Aalborg Kommune. I Frederikshavn er profilen et meget vigtigt værktøj, idet resultaterne er direkte anvendelige for prioritering og formulering af de forebyggende aktiviteter, hvilket både Uffe Borg, planlægger, og Jytte Schaltz, medlem af sundhedsudvalget, påpeger. Borg angiver desuden, at profilen er et godt instrument til at begrunde sundhedspolitikken, hvilket sender signaler om, at forvaltningen skal sikre sig legitimitet i beslutningsprocessen, så der ikke kan stilles spørgsmålstejn ved indsatsen eller anvendelsen af borgernes skattepenge.

*”Sundhedsprofilen er et godt værktøj, der er med til at sætte fokus på problemområderne, og det er tankevækkende. Profilen er med til at begrunde vores politik og sætte ord på borgernes problemer.” (Borg 2008: 2 – Forvaltning, Frederikshavn Kommune)*

*”Jeg tror, det ville være en ret vanskelig opgave at lave sundhedspolitikken uden profilen – det ville være som at have en hel masse balloner i luften og ikke vide, hvilke man skulle slippe eller holde fast i. Man er nødt*

*til at vide noget konkret for at kunne sætte ressourcerne ind. (...) Det er et stort område – også rent økonomisk.” (Schaltz 2008: 3 – Politiker, Frederiksbavn Kommune)*

Direktør for sundhedsområdet, Jan Nielsen, tilføjer til emnet om sundhedsprofiler og anvendelsen af dem, at de naturligvis også kan benyttes som et redskab i den fremtidige evaluering, da det er muligt at lave opfølgende dokumentation ud fra 2007-profilens datasæt. Endnu en gang kan dette tolkes som en måde at sikre legitimitet, idet undersøgelsens primære formål var at udvikle et værktøj til udarbejdelse af sundhedspolitik. På denne måde kan udgifterne til undersøgelsen betragtes som en flerårig investering og dermed sikre en højere grad af legitimitet.

*”Sundhedsprofilen er et godt instrument til at bruge for opfølgning – jeg ved ikke, hvor meget overraskende, der var i den. Styregruppen har bestemt, at der skal ske en regelmæssig opfølgning på sundhedspolitikken, og det er nok der, profilen har sin største styrke.” (J. Nielsen 2008: 3 – Forvaltning, Frederiksbavn Kommune)*

På Mors blev sundhedsprofilen anvendt på stort set samme måde som i Frederikshavn, hvilket betyder, at profilen var en vigtig faktor for formuleringen af den konkrete sundhedspolitik. Nedenstående citater illustrerer, at Morsø Kommune havde stor gavn af profilundersøgelsen, men at det godt kunne være muligt at etablere de selvsamme forebyggende tiltag uden at have kendskab til profilens resultater på grund af de minimale forskelle kommunerne imellem. Dette faktum udtrykker afdelingsleder Annelise Møller og formand for sundhedsudvalget, Lauge Larsen, således:

*”Vi anvendte jo sundhedsprofilen som et fuldgældigt materiale i sundhedspolitikken. Vi brugte den bl.a. til at se på, hvad der var mest kritisk for Morsø Kommune. Set i bakspejlet kunne vi jo nok godt have lavet vores sundhedspolitik uden sundhedsprofilen, for det var jo mange af de samme problemer, der gjorde sig gældende i kommunerne. (Møller 2008: 3 - Forvaltning, Morsø Kommune)*

*”Tendenserne i sundhedsprofilerne er jo entydige – der er kun marginale forskelle på kommunerne. Men vi fik alligevel et godt indblik i, hvordan Morsø Kommunes borgeres helbred er. Vi blev nok ikke så overraskede, men nu har vi tallene og kan bruge dem som dokumentation. Den har betydet en del for os (...)” (Larsen 2008: 3 – Politiker, Morsø Kommune)*

Kirsten Løgsted, chef for sundhedsforvaltningen, betegner sundhedsprofilens anvendelse som et stykke legitimerende værktøj i processen med at få vedtaget en konkret sundhedspolitik.

*”Vi bruger jo undersøgelsen meget, hvilket du kan se direkte i politikken – den understøtter simpelthen vores politik. (...) Vores prioritering og konkrete mål bliver fastsat på baggrund af undersøgelsen.” (Løgsted 2008: 3 – Forvaltning, Morsø Kommune)*

Afslutningsvist kan det fremdrages, at casekommunerne har anvendt profilundersøgelsen som en opskrift i nyinstitutionel forstand. Til trods for det er den samme strategi, der er anvendt i alle tre casekommuner, er resultatet forskelligt på grund af forskelle i processens fremskredenhed

kommunerne imellem. Fælles for de tre kommuner er, at de alle har anvendt profilundersøgelsen til at understøtte deres sundhedspolitikker ved at benytte resultaterne som et legitimerende værktøj i processen.

### Evidensbaseret viden

Når samtaleemnet drejes ind på evidensbaseret viden, dokumentation og effekt, er det helt tydeligt, at både forvaltning og politikere kan se vigtigheden af dette og desuden har de stort kendskab til emnet. Samtidig rummer begrebet evidens også en del usikkerhed og skepsis, idet respondenterne finder det svært at forholde sig til de forskellige videnskabelige redegørelser, rapporter og undersøgelser, der arbejder med netop dokumentation af sundhedsfaglige tiltag. Uenighed mellem fageksperterne gør ikke sagen nemmere, hvilket Annelise Møller, afdelingsleder i Morsø Kommune, og Thomas Kastrup-Larsen, rådmand i Aalborg Kommune, beskriver således:

*”Det er jo der, de lærde slås - ikke engang professorerne kan blive enige om det!” (Møller 2008: 4 – Forvaltning, Morsø Kommune)*

*Det er jo et af de store problemer for os – der er mange myter om, hvad der virker eller ikke virker. (Kastrup-Larsen 2008: 4 – Politiker, Aalborg Kommune)*

Til trods for den store usikkerhed er evidens dog et kendt begreb hos respondenterne og de udtaler sig meget om dette emne. I det nedenstående belyses de tre casekommuners tilgang til brugen af evidens samt respondenternes oplevelse af denne brug.

I Aalborg Kommune beskrev Nielsen, konsulent i sundhedsforvaltningen, hvordan evidens påvirkede forvaltningens arbejde, idet begrebet var et af nøgleordene inden for sundhedsområdet og forventningen om at anvende dokumenterede tiltag i høj grad var til stede.

*”For os var det et helt bevidst valg [at fokusere på KRAM-faktorerne, red.], fordi f.eks. et af nøgleordene inden for sundhedsaktiviteter er ”evidens” og andre fine ting. (..) (T. Nielsen 2008: 2 – Forvaltning, Aalborg Kommune)*

*Vi kan jo måle os ihjel (...) (T. Nielsen 2008: 4 – Forvaltning, Aalborg Kommune)*

Ud fra rådmand Kastrup-Larsens fortælling om sine oplevelser med indføring af evidensbaseret viden, lyder det til, at han opfattede evidens på samme måde som Tommi Nielsen. Begrebet evidens var og er et altoverskyggende fænomen i forvaltningens arbejde, idet det politiske niveau kræver dokumentation for de iværksatte initiativer og resultaterne heraf. Dermed opstår der en mulighed for dobbelt legitimitetsøgning, idet politikerne på bedste vis skal retfærdiggøre deres handlinger over for skatteborgerne og samtidig skal forvaltningen legitimere deres igangsatte initiativer over for det politiske niveau. Netop her spiller evidensbaseret viden en særdeles stor rolle, idet det er et yderst vigtigt argument i legitimitetskampen, da der på den måde er sikret

gyldighed for f.eks. en igangsat aktivitet eller en politisk beslutning på området. Viden baseret på evidens og dokumentation er i sagens natur yderst legitimt materiale, idet alle forholdsregler og rationelle betragtninger er taget med i overvejelserne.

*”Med hensyn til evidens – alle kommuner talte på et tidspunkt om evidens evidens evidens og det gør vi jo stadigvæk. (...) Det er jo et af de store problemer for os – der er mange myter om, hvad der virker eller ikke virker. (Kastrup-Larsen 2008: 4 – Politiker, Aalborg Kommune)*

*”Alle er jo enige om, at vi skal starte, hvor der er noget at hente, ”de lavest hængende frugter”, der hvor der er mest mulig evidens m.v. For politikerne handler det jo at bruge pengene der, hvor det er fornuftigt og hvor det giver resultater. (...) På sundhedsområdet er der ikke ret meget evidens (...) (T. Nielsen 2008: 4 – Forvaltning, Aalborg Kommune)*

I Frederikshavn Kommune arbejdes der også meget med evidens og dokumentation af initierede aktiviteter, hvilket fremover bliver en opgave med endnu større politisk fokus. Planlægger Borg påpeger, det ikke er for sjov skyld, politikerne poster penge i sundhedsfremmende tiltag, da det er meningen, at disse aktiviteter skal tjene sig ind på et senere tidspunkt på sparede sygehusindlæggelser. Samtidig filosoferer han over, at den reelle besparelse er svær at beregne, da det er umuligt at fastsætte, hvordan befolkningens sundhedstilstand eventuelt ville have været, hvis der ikke var etableret sundhedsfremmende initiativer.

*”Men det er klart, at der ikke kastes penge ud for sjov skyld. Fremover skal vi arbejde mere og mere med evidens (...) En ting er at man får nogle sundere borgere, der har det bedre, men der er også et økonomisk perspektiv.” (Borg 2008: 4 – Forvaltning, Frederikshavn Kommune)*

*”Men det er jo svært at lave en analyse på det, når vi ikke ved, hvad der var sket, hvis vi ikke havde lavet sundhedstiltagene.” (Borg 2008: 2 – Forvaltning, Frederikshavn Kommune)*

Nielsen, sundhedsdirektør, og Schaltz, medlem af sundhedsudvalget, oplevede begge, at den manglende evidens på store dele af sundhedsområderne var frustrerende i og med, dette gav anledning til usikkerhed på politisk niveau og dermed fjernede fokus fra de vigtige kernepunkter. Den manglende evidens resulterer direkte i selvsamme mangel på legitimitet, idet der ikke findes rationelle argumenter til grund for at vælge den ene aktivitet frem for den anden. Denne frustration udtrykkes således af Nielsen og Schaltz:

*”Men på de andre områder – også forebyggelse – kan jeg da godt være lidt i tvivl om, hvad der har en virkning.” (J. Nielsen 2008: 3 – Forvaltning, Frederikshavn Kommune)*

*”På nuværende tidspunkt er det jo svært at sige, hvad det er, der virker. (...) Vi kan kun håbe på, at der viser sig en effekt på et senere tidspunkt – der må vi så have lidt tålmodighed.” (Schaltz 2008: 4 – Politiker, Frederikshavn Kommune)*

På Mors efterlyser politikerne, på lige fod med alle andre politikere i de øvrige danske kommuner, også dokumentation for effekten af de iværksatte initiativer, så deres politiske beslutninger kan betegnes som trufne på veldokumenterede grundlag og dermed dækkes ind under legitimitetens

skjold. I kraft af at der på nuværende tidspunkt ikke findes evidens på store dele af sundhedsområdet, har politikerne på Mors til dels slået sig til tåls med ”almindelig nordjysk fornuft” og gode argumenter fra forvaltningen, hvilket afdelingsleder Møller udtrykker således:

*”Politikerne har jo også spurgt efter, hvad der med sikkerhed virker og det kan vi ikke svare på. Men vi har da trods alt så meget sund fornuft, at vi har øjne, der ser og ører, der hører – og der er altså tendenser, som vi vælger at tro på. Og det har politikerne da også valgt at tro på.” (Møller 2008: 4 – Forvaltning, Morsø Kommune)*

*”Noget af vores politik bygger da på evidensbaseret materiale - men noget af det er også almindelig nordjysk fornuft.” (Møller 2008: 4 – Forvaltning, Morsø Kommune)*

Larsen, formand for sundhedsudvalget, omtaler evidens som værende et yderst vigtigt argument i politikernes prioriteringsproces, idet beslutningerne skal være legitime og sikre den bedst mulige udnyttelse af kommunens ressourcer. Et eksempel på en illegitim handling er, hvis politikere beskyldes for at bruge penge på udokumenterede initiativer og dermed ”smide penge ud af vinduet”, hvor der i stedet kunne sættes på veldokumenterede og legitime tiltag som f.eks. KRAM-faktorerne. Samtidig er dette lidt af en hæmsko for politikerne, da de kontinuerligt fastholdes i velkendte og dokumenterede tiltag, fordi der ikke er plads til nye og endnu uafprøvede initiativer og den deraf følgende risiko for fiasko. De velkendte, dokumenterede initiativer har trods alt større chancer for at indkassere gode resultater og producere succeshistorier.

*”Det er jo også fristende at sige, at vi ikke vil beskyldes for at smide pengene ud af vinduet – derfor sætter vi på KRAM, som det sikre valg.” (Larsen 2008: 6 – Politiker, Morsø Kommune)*

*”Ikke forstået på den måde at vi ikke vil have nye ting på programmet, men vi mangler evidens og dokumentation på området. Det er en nødvendighed.” (Larsen 2008: 6 – Politiker, Morsø Kommune)*

### **Opsamling på afsnit om rationel beslutningsteori**

For at skabe et overblik over materialet i det foregående afsnit, vil jeg afslutningsvist lave en kort opsamling på indholdet. De tre kommuner var alle positive overfor modtagelsen af den nye forebyggelses- og sundhedsfremmeopgave til trods for usikkerhed omkring indholdet af konkret sundhedspolitik og ikke mindst de økonomiske følgevirkninger af den nye finansieringsordning. Casekommunerne påbegyndte en meget åben beslutningsproces, hvor offentligheden havde mulighed for at bidrage med ideer til politikken såvel som konkrete tiltag. Dette kan ses som en form for forventningsafstemning, hvor kommunen søger legitimitet hos borgere og generel anerkendelse. Udtalelserne omkring økonomien bag sundhedspolitikken er en blanding af klagesang over de strukturelle økonomiske vilkår og på den anden side skamros til kommunerne for alligevel at gøre meget ud af sundhedsområdet trods små incitament. Set fra et nyinstitutionelt synspunkt ophøjer kommunerne sig med denne italesættelsesstrategi til

organisationer, der vil gøre det bedst mulige for borgernes sundhedsforhold trods de økonomiske betingelser, hvilket kan tolkes stærkt legitimitetssøgende.

Den evidensbaserede viden på sundhedsområdet har spillet en vigtig rolle for både forvaltning og politikere, idet det er vigtigt at vide, at de igangsatte aktiviteter reelt har en virkning, så politikernes beslutninger kan retfærdiggøres. En af de fremhævede problematikker er, at der især på tiltag inden for sundhedsområdet er meget lidt evidens og at dette besværliggør arbejdet. Derfor har politikerne i flere kommuner valgt at satse på de initiativer, der har den bedste dokumentation for virkningen og dertil andre faktorer, hvor der endnu ikke er forsket tilstrækkeligt i evidens. Sundhedsprofilerne har været en vigtig del af argumentationen bag prioriteringen af tiltag, idet disse undersøgelser angav hvilke forhold, der var gældende i de respektive kommuner. Aalborg Kommune har, som den eneste af casekommunerne, ikke anvendt sundhedsprofilen direkte i arbejdet med sundhedspolitikken, idet politikken var vedtaget før profilen blev lanceret. Dog var resultaterne af profilundersøgelsen så ensartede, at der kun er tale om marginale forskelle på kommunernes borgergrupper, og det er derfor muligt at argumentere for, at generelt kendskab til folkesundheden ville være nok for at udarbejde en kommunal sundhedspolitik pga. homogeniteten. Dog finder alle tre casekommuner, at sundhedsprofilerne er til stor nytte i fremtiden, idet det via gentagne profilundersøgelser er muligt at følge borgerne sundhedstilstand og dermed se ændringer over en årrække. Endnu en gang skinner legitimitetssøgningen igennem respondenternes argumenter, idet sundhedsprofilen kan anses som værende en legitim rationalitetsopskrift, idet politikerne ønsker at forme deres beslutninger på en sådan måde, at de fremstår acceptable for borgerne.

Idet der endnu ikke er tilstrækkelig med evidensbaseret viden på sundhedsområdet og at politikfeltet stadig er nyt for såvel forvaltning som politikere, mener jeg, at kommunerne i nogen grad har handlet rationelt, idet de har anvendt de tilgængelige rationelle redskaber som. f.eks. sundhedsprofiler, evidens, økonomiske overvejelser. Dog peger anvendelsen af sundhedsprofiler på, at kommunerne også har anvendt mindre rationelle tiltag, idet profilundersøgelsen kan ses som en nyinstitutionel opskrift jf. Røviks fortolkning. Derved har kommunerne handlet ud fra, hvad de oplevede, var omgivelsernes forventninger til dem og normen på området. Grundet argumenterne om gentagne legitimitetssøgninger i den rationelle del af processen, bør der stilles spørgsmålstegn ved netop rationalet bag disse handlinger og det egentlige formål. På baggrund af ovenstående mener jeg at kunne opsummere, at rationalitet i nogen grad kan anvendes til at forklare beslutningsprocessen omkring etablering af sundhedspolitikker i de tre casekommuner.

### 5.2.4.2 – Inkrementalisme

Som beskrevet i teoriafsnittet anvendes den inkrementalistiske tilgang ofte i situationer, hvor kommunerne pga. usikkerhed spiller sikkert spil og dermed holder fast i tidligere erfaringer og blot tilføjer den tidligere førte politik minimale ændringer. Med afsæt i denne teori må det formodes, at mine cases ikke begiver ud i nogen store revolutionerende ændringer, men i stedet holder sig til det kendte og sikre inden for det aktuelle politikområde. Dermed bygger antagelsen på, at kommuner i usikre situationer vælger en tryk og nem løsning ved at tage udgangspunkt i eksisterende forhold. Om dette også er tilfældet hos casekommunerne, vil blive undersøgt i det kommende afsnit

I Aalborg Kommune havde udvalget for Sundhed og Bæredygtig Udvikling draget nytte af erfaringer fra kommunens engagement i Sund By Netværket samt erfaring fra kommunens forebyggende tilbud i de eksisterende forvaltninger. Som de øvrige kommuner havde Aalborg Kommune erfaring med forebyggende foranstaltninger på enkelte områder men ikke på et generelt plan, hvilket Vibeke Olesen, og Tommi Nielsen, henholdsvis chefkonsulent og konsulent i sundhedsforvaltningen, udtrykker således:

*”Jeg har ikke rigtig noget billede af, hvordan det ser ud på et nordjysk niveau – men generelt kan jeg da sige, at Nordjylland har været ret godt med forben, idet vi havde Sund By Butikkerne. (...) Det har da helt sikker givet os et fortrin ifht. andre kommuner.” (Olesen 2008: 4 – Forvaltning, Aalborg Kommune)*

*”Kommunen var ikke helt på bar bund. Hvis man ser på kommunen før 2007, så havde vi i forvaltningerne en vældig tradition for at tænke sundhed med sundhedsplejersker, forebyggende besøg hos ældre borgere, genoptræning m.v. (...)” (Olesen 2008: 2-3 – Forvaltning, Aalborg Kommune)*

*”Vi kunne trække på medarbejdernes faglighed – men ellers begyndte vi helt fra bunden af. Der var ikke igangværende projekter i de gamle kommuner, vi kunne fortsætte. Langt hen ad vejen skulle der begyndes på noget nyt både mht. organisationen og politikken.” (T. Nielsen 2008: 3 – Forvaltning, Aalborg Kommune)*

Aalborg Kommune kunne derfor til dels trække på medarbejdernes erfaringer ud i sundhedsforvaltning samt baggrunden med Sund By Netværket, men derudover måtte forvaltningen påbegynde nye initiativer. Da de eksisterende forhold således ikke var fyldestgørende, kan kun i mindre grad være tale om inkrementalistiske tiltag i Aalborg Kommune.

I Frederikshavn Kommune havde de tre tidl. kommuner alle arbejdet med Sund By Netværket i større eller mindre grad og derfor havde kommunen et godt udgangspunkt for at påbegynde en egentlig kommunal sundhedspolitik. Beslutningen om hvilke tiltag der skulle iværksættes, var naturligvis op til kommunalbestyrelsen, men i kraft af Sund By var det muligt at fortsætte og udbygge allerede etablerede tilbud. Det er især politikerne, der lægger vægt på denne fordel, hvorimod Borg, planlægger i sundhedsforvaltningen, mener, at kommunen begyndte på ”mere

eller mindre bar bund”, da der først skulle ske en harmonisering blandt de nye kommuner i Frederikshavn Kommune.

*”Vi begyndte mere eller mindre på bar bund, fordi vi skulle igennem kommunesammenlægningen først. Her i Frederikshavn Kommune havde vi nogle enkelte ting, der kunne fortsætte. (..) Vi havde Sund By Butikkerne, der er hjørnestenen i vores tilbud, så det er i høj grad dem, der er drivkraften i det på mange områder - især den borgerrettede service.” (Borg 2008: 3 – Forvaltning, Frederikshavn Kommune)*

*”Men der var da nogle tiltag, der kunne videreføres. Men vi har jo udbygget vores Sund By Butikker voldsomt både i Skagen, Sæby og Frederikshavn med flere aktiviteter, personale m.v.” (Schaltz 2008: 3 – Politiker, Frederikshavn Kommune)*

*”Det tidl. Nordjylland Amt var jo et af de amter, der brugte flest penge på det forebyggende arbejde og det har vi valgt at følge op på i den nye storkommune. Derfor var opgaven ikke så fremmed for os.” (Nilsson 2008: 1 – Politiker, Frederikshavn Kommune)*

I kraft af den store udstrækning af Sund By Butikker i Frederikshavn Kommune, var der et godt udgangspunkt for at påbegynde formuleringen af en egentlig sundhedspolitik. Dele af disse tiltag kunne videreføres og udbygges i den nye kommune og var således en god start for den nye kommunale sundhedspolitik. Aktiviteterne var dog i sig selv ikke den bærende del af sundhedspolitikens sammensætning, hvorfor der kun kan være tale om inkrementalistisk adfærd af mindre grad.

Morsø Kommune havde som den eneste af casekommunerne den fordel, at de forblev en selvstændig kommune og dermed ikke skulle harmonisere f.eks. serviceniveauet på div. politikområder med andre kommuner. Det betød, at kommunen kunne arbejde ud fra kendt materiale og fokusere på øens borgere. I kraft af at Morsø Kommune allerede var påbegyndt det sundhedsfremmende arbejde, kom opgaverne på det sundhedsfremmende område ganske belejligt for kommunen. I og med der allerede var tænkt tanker på det sundhedsfaglige område, havde kommunen mulighed for at videreføre og udbygge deres tidligere tiltag. Kommunalpolitikere Lauge Larsen og Bente Lyndrup hhv. formand for og menigt medlem af socialudvalget er dog ikke enige i, hvor meget de tidligere erfaringer betød for varetagelsen af de nye sundhedsopgaver, hvilket må betyde, at der i hvert fald ikke var tale om inkrementalisme i høj grad, men snarere i mindre grad som det er set i de øvrige cases.

*”Fra politikerojne synes jeg, vi starter meget på bar bund. De tidl. aktiviteter kørte via amtet, så kommunen var ikke rigtig inde over. Det synes jeg så, var en fordel – vi skulle jo heller ikke harmoniseres med andre kommuner, så der sparede vi jo nogle slagsmål.” (Larsen 2008: 3 – Politiker, Morsø Kommune)*

*”Vores tidligere politikker gav os en ballast – her tænker jeg på ting ude i de enkelte institutioner som f.eks. rygepolitik, frugtordning m.v. Det er tiltag, som institutionerne selv har vedtaget. Dem har vi så fulgt op på og taget noget af det med.” (Lyndrup 2008: 2 – Politiker, Morsø Kommune)*



Opsummerende kan det siges, at casekommunernes i alle tre tilfælde har anvendt allerede kendt materiale fra Sund By Butikkerne samt medarbejdernes erfaringer i arbejdet med de nye kommunale sundhedsaktiviteter. Dette skal ses i lyset af, at kommunerne stod over for en ny og omfattende opgave, hvor de har tyet til det velkendte trick med at løse nye opgaver ved brug af allerede velkendte løsningsmetoder. Ved at fortsætte og evt. viderebygge eksisterende tiltag accepterer kommunerne ikke bare en nem og tryk løsningsmodel men sikres også succes på et tilfredsstillende niveau, da der tages udgangspunkt i igangværende succesaktiviteter. Dermed kan den inkrementalistiske model ses som værende opskriften på en delvis rationel adfærd, idet det er rationelt at videreføre eksisterende succesfulde tiltag men samtidig ikke en fuld rationel beslutning.

Idet der er argumenteret for, at casekommunerne kun har anvendt den inkrementalistiske model i mindre grad, mener jeg på baggrund af ovenstående at kunne sammenfatte, at inkrementalisme kun i mindre grad kan anvendes som forklaringsmodel for beslutningsprocessen omkring etablering af sundhedspolitikker i de tre casekommuner.

#### **5.2.4.3 – Garbage can**

Som beskrevet i teori afsnittet bygger garbage can-teorien på, at beslutningsprocesser sker i et forum præget af uklare mål, skiftende aktørgrupper og generelt en rodet og ukontrolleret proces. Som dokumentstudier af dagsordener og referater fra udvalgs- og bestyrelsesmøder i kommunerne viser, er casekommuners beslutningsproces foregået under helt andre og mere kontrollerede vilkår, se evt. bilag 7-9. Tid og ressourcer har ligeledes været nøje planlagt og skitseret i f.eks. tidsrammer og arbejdsprocedurer for udvalgene og tilfældigheder eller kaos har ingenlunde været en del af processen, hvilket ses af bilag 32-35.

Det eneste snert af tilfældighed, eller i det mindste mindre planlagt hændelse, der ses i materialet, er fra Morsø Kommune, hvor Annelise Møller, afdelingsleder i Trivsel & Sundhed, fortæller, at hun personligt brændte for at få et emne med i sundhedspolitikken, som ellers ikke var en del af rammerne for KRAM-faktorerne. På Mors fokuserer sundhedspolitikken meget på KRAM, og derudover er der tilføjet et afsnit om emnet ”motorik for børn”, hvilket var Møllers ønske efter opfordring og inspiration fra pædagogstuderende med speciale i netop motorik.

*”Vi fokuserer jo på de gængse ting [KRAM, red.] jævnfør Rambøll anbefalinger, men så jonglerede vi lidt med det og så fik jeg sneget motorikken ind alligevel. Jeg ved ikke helt, hvordan vi gjorde det... men det lykkedes!” (Møller 2008: 5 – Forvaltning, Morsø Kommune)*

*”Vi har stort fokus på børn og motorik – men det var rent held, at den kom så meget i fokus og med i selve politikken. Under udarbejdelsen af sundhedspolitikken blev jeg kontaktet af tre motorikpædagoger, som havde stor erfaring med den form for pædagogik. Der var ikke tale om evidens baseret viden ellers store*

*afhandlinger i dette tilfælde! Men de kunne se virkningerne ude i praksis.”(Møller 2008: 5 – Forvaltning, Morsø Kommune)*

At initiativet med motorikøvelser for børn rent faktisk var resultatet af tilfældigheder er også kendt i socialudvalget, da formand for udvalget f.eks. udtrykker sig positivt omkring dette tiltags plads i sundhedspolitikken på trods af den manglende planlægning og evidens på området.

*Vores tiltag med motorik for børn var nok lidt tilfældigt, men tiltaget har vist gode resultater, så det er godt. (Larsen 2008: 6 – Politiker, Morsø Kommune)*

Som allerede berørt er denne hændelse den eneste i casematerialet, hvor det fremgår, at der er sket noget, der ikke fra begyndelsen var meningen eller tiltænkt og som dermed kan have en form for tilfældighed indbygget. Beslutningsprocesserne bygger kun i meget lille grad på tilfældigheder eller mindre strukturerede hændelser hos aktørerne. På baggrund af dette mener jeg at kunne sammenfatte, at garbage can-teorien kun i mindre grad kan anvendes til at forklare beslutningsprocessen omkring etablering af sundhedspolitikker i casekommunerne.

### **Opsamling på afsnit om rationalitet eller ej**

Denne opsummering vil bygge på de opsamlinger, der allerede er gengivet for på denne måde at skabe et overblik over dette omfangsrige analyseafsnit. Først og fremmest er det blevet afklaret, at den inkrementalistiske forklaringsmodel og garbage can-modellen kun i mindre grad kan karakterisere beslutningsprocesserne i casekommunerne. Derimod taler det empiriske materiale for, at beslutningsprocesserne har været præget af rationelle betragtninger, idet der bl.a. har været rationelle overvejelser omkring sundhedsprofiler, evidens, økonomi m.v. I hvor høj grad de rationelle overvejelser har spillet ind er en vurderingssag, men anskuet ud fra den nyinstitutionelle vinkel hvor bl.a. profilundersøgelsen ses som en opskrift på legitimerende adfærd, er der tale om rationalitet i nogen grad. Det er muligt at tale om, at kommunerne har handlet ud fra, hvad de oplevede var omgivelsernes forventninger til dem og normen på området og i mindre grad, hvad der faktisk var rationelt. På baggrund af ovenstående mener jeg at kunne opsummere, at rationalitet i nogen grad kan anvendes til at forklare beslutningsprocessen omkring etablering af sundhedspolitikker i de tre casekommuner.

### **5.2.5 – Opsamling på analysedel 2**

Overordnet set belyses det empiriske materiale set i forhold til den teoretiske ramme i analysedel 2. I de løbende opsummeringer er der givet udtryk for, om beslutningsprocesserne kan karakteriseres ved de enkelte teoretiske retninger eller ej og derfor vil det i denne opsamling belyses, hvilke af teorierne, der ifølge empirien, har den største forklaringskraft.

---

Partipolitiske uenigheder eller særinteresser eksisterer nærmest ikke hos aktørerne og derfor er betydningen af disse naturligvis også ringe i forhold til beslutningsprocessen i casekommunerne. De nyinstitutionelle vinkler på problemstillingen anskueliggør, at KRAM-faktorerne er en stor inspirationskilde for kommunerne, fordi opskriftens indhold anses som passende til politikområdet. I kraft af denne accept fra omgivelserne gør det faktorerne til et legitimt indhold i casekommunernes sundhedspolitikker, idet KRAM-faktorerne er blevet italesat som værende indbegrebet af sundhedspolitik. Denne kommunale efterligningspraksis kan betragtes som værende en del af et isomorfisk kompleks, idet det er en naturlig del af forvaltningernes arbejdspraksis. Den normative isomorfi er ligeledes aktuel i dette studie, idet flere respondenter omtaler KRAM-kampagnens store gennemslagskraft. Inden for den kommunale verden er det normen, at anvende KRAM-faktorerne og dette sikrer samtidig fuld legitimitet for administration såvel som politikere. Ud fra casematerialet er det muligt at argumentere for, at casekommunerne anvendelse af KRAM-faktorerne i formuleringen af en sundhedspolitik sker som en institutionaliseret opskrift, der har karakter af normativ og mimetisk isomorfi.

Vendes blikket mod Røvik er det muligt at argumentere for, at organisationer inden for samme felt ikke nødvendigvis ensliggøres ved brug af samme institutionelle opskrifter. Som allerede konstateret, viser dette speciales empiri, at organisationer også kan vælge at oversætte opskrifter til mere lokale forhold og dermed undgå den totale homogenisering, fordi ideerne tilpasses efter organisationens ønske og formåen. Dermed spiller organisationernes egne præferencer en vigtig rolle i at fastholde de kommunale forskelligheder. Til trods for at kommunerne overfladisk set anses som værende meget homogene, når det når det kommer til at formulere en sundhedspolitik, viser det sig, at der med stor sandsynlighed findes forskelle kommunerne imellem, hvilket dog kun kan ses på mikroniveau. Dermed finder Røviks argumenter fæstning i argumenterne om, at der reelt ikke er tale om en total homogeniseringsproces, som DiMaggio og Powell argumenterer for.

I studiet af om beslutningsprocessen bærer præg af rationalitet eller ej blev det først og fremmest afklaret, at den inkrementalistiske forklaringsmodel og garbage can-modellen kun i mindre grad kan karakterisere beslutningsprocesserne i casekommunerne. Derimod taler det empiriske materiale for, at beslutningsprocesserne har været præget af rationelle betragtninger, idet der bl.a. har været rationelle overvejelser omkring sundhedsprofiler, evidens, økonomi m.v. Desuden er det muligt at tale om, at kommunerne har handlet ud fra, hvad de oplevede var omgivelsernes forventninger til dem og normen på området og i mindre grad, hvad der faktisk var rationelt. På baggrund af ovenstående mener jeg at kunne opsummere, at rationalitet i nogen grad kan anvendes til at forklare beslutningsprocessen omkring etablering af sundhedspolitikker i de tre casekommuner.

## Kapitel 6 – Konklusion

Via dette speciales analysearbejde er det blevet belyst, hvordan teori kan være med til at forklare og karakterisere beslutningsprocesser i den kommunale verden. Resultatet af analysen er, at beslutningsprocesserne i de udvalgte casekommuner har været præget af fravær af politiske uenigheder og inkrementalistiske tiltag men derimod kendetegnet ved, at kommunerne har handlet ud fra, hvad de oplevede var omgivelsernes forventninger til dem og normen på området og i mindre grad, hvad der faktisk var rationelt.

Især teorier hentet fra den nyinstitutionelle verden er særdeles anvendelig på disse cases, idet de nyinstitutionelle vinkler på problemstillingen anskueliggør, at KRAM-faktorerne og sundhedsprofilerne af flere grunde er en stor inspirationskilde for kommunerne i udarbejdelsen af sundhedspolitikker. Først og fremmest er KRAM og sundhedsprofiler italesat som værende indbegrebet af de rigtige redskaber til at formulere sundhedspolitikker ud fra, idet kommunernes institutionelle omgivelser har givet deres accept af disse opskrifter og dermed legitimeret indholdet. Desuden er faktorerne en stor inspirationskilde for kommunerne, der pga. kommunalreformen i forvejen er berørt af store usikkerhedsfaktorer, hvorfor opskrifterne anses som både passende og belejlige til det nye politikområde. Det bliver derfor normen at anvende sundhedsprofiler og KRAM-faktorer, idet de anses som værende institutionaliserede opskrifter med fuld legitimitet hos både forvaltning og politikere. Røviks argumenter for at efterligningspraksis af den ene eller anden årsag ikke nødvendigvis munder ud i totalt homogene kommunale organisationer og praksisser, kan i en vis grad finde støtte i den indhentede empiri. På trods af det faktum at casekommunerne har næsten identiske sundhedsprofiler og at deres sundhedspolitikker bygger på de samme faktorer (KRAM-faktorerne), betyder det ikke, at kommunerne som organisation eller deres politikker er fuldstændig ensartede. Analysen viser, at kommunerne f.eks. tilpasser KRAM-faktorernes potentiale til deres egne lokale forhold og på denne måde spiller både forvaltningen og politikerne en vigtig rolle i formuleringen af den enkelte kommunale sundhedspolitik.

Dette speciale tog sin begyndelse med en undren over, hvorfor de kommunale sundhedsprofiler og sundhedspolitikker tilsyneladende var så ensformige, når nu der var meget få retningslinier inden for området. I kraft af det meget løse lovgrundlag var det en naturlig forventning, at sundhedspolitikkerne ville forme sig meget forskelligt pga. kommunernes selvstændige opgavevaretagelse og store udfoldelsesmuligheder på området. Imidlertid viste den kvalitative empiri, at der er store sammenfald i kommunernes resultater fra sundhedsundersøgelser og at KRAM-faktorerne har en usædvanlig stor gennemslagskraft på området, hvilket gør, at der umiddelbart ses store homogene tendenser i politikudformningen. Men det, der ikke kan læses ud

---

af sundhedspolitikernes meget overordnede formuleringer, er, hvordan den enkelte kommune vil initiere tiltagene samt prioriteringen på indsatsområderne – eller for at beskrive fænomenet med begreber fra Røvik: På makroniveau er der stor homogenitet i formuleringen af de kommunale sundhedspolitikker, men på mikroniveau er der stor diversitet grundet kommunernes lokale fortolkninger af de institutionaliserede opskrifter.

På baggrund af ovenstående kan det konkluderes, at besvarelsen af problemformuleringen må være, at kommunerne formår at formulere sundhedspolitikker, der er tilpasset borgernes specifikke behov og ønsker, ved at anvende fuldt ud legitimerede og institutionaliserede opskrifter som f.eks. KRAM-faktorerne og sundhedsprofilerne og derefter tilpasse indholdet til de lokale forhold i kommunen. Jævnfør det metodiske afsnit mener jeg, at det er muligt at anvende undersøgelsesresultaterne på et generelt niveau. Dette kan ske, fordi de danske kommuner overordnet set har de samme betingelser for at udarbejde og formulere sundhedspolitik, idet det er et nyt kommunalt fagområde. Udfaldet skal derfor ikke kun ses som en nordjysk tilgang til problemstillingen men som et resultat, der kan anvendes af hos de øvrige danske kommuner på et nationalt niveau.

#### Retroperspektive overvejelser vedrørende problemstillingen

Efter undersøgelsens afslutning kan der stilles spørgsmålstegn ved, om jeg burde have inddraget andre former for teori, idet jeg via mine interviews blev gjort opmærksom på vigtigheden af begrebet borgerinddragelse og ejerskab på sundhedsområdet. En sådan vinkel på undersøgelsen var ikke en af mine overvejelser før specialets påbegyndelse, hvorfor der kan argumenteres for, at jeg i et procesorienteret perspektiv burde have opfanget den nye vinkel og arbejdet videre med den. Dertil mener jeg, at det med den allerede meget brede teoretiske ramme ikke var muligt at rumme flere teorier inden for specialets givne retningslinier ifht. tid og omfang. Denne teoretiske vinkel på casestudiet kan derfor med god grund være anledning til yderligere forskning på området – et område der bærer præg af meget lidt forskningsmæssigt materiale grundet den nye opgavesammensætning efter kommunalreformen.

---

---

---

## Litteraturliste

### Rapporter, bøger og artikler

- Aalborg Kommune (2007): *Budget 2008-2011*, [http://search.aalborgkommune.dk/highlight.aspx?aid=273779&pckid=84034627&rn=1&sp\\_id=195109260&lid=13730714&highlight=budget+2008-2011#firsthighlight](http://search.aalborgkommune.dk/highlight.aspx?aid=273779&pckid=84034627&rn=1&sp_id=195109260&lid=13730714&highlight=budget+2008-2011#firsthighlight) (11.06.2008)
- Anvendt Kommunal Forskning (AKF) (2005): *Kommunal medfinansiering og økonomiske incitament*, [www.akf.dk/udgivelser/akfnyt/2005\\_2/05\\_kommunal\\_medfinansiering/](http://www.akf.dk/udgivelser/akfnyt/2005_2/05_kommunal_medfinansiering/) (28.04.2008)
- Antonsen, Marianne & Jørgensen, Torben Beck (2000): *Forandringer i teori og praksis – skiftende billeder fra den offentlige sektor*, Jurist- Økonomi Forbundets Forlag, København
- Berlingske Tidende (2004): *Ekspert: Strukturreformen blev sjusket igennem*, artikel af Erik Bonnerup i side 7 i 1. sektion, 08.11.2004 – hentet via [www.informedia.dk](http://www.informedia.dk) (11.06.2008)
- Bjørnholt, Bente (2007): *Et institutionelt syn på organisationer*, plancher fra forelæsning på 5. semester af Politik & Administration-uddannelsen afholdt d. 10. december 2007 på Aalborg Universitet
- Blom-Hansen, Jens m.fl. (2006): *Kommunalreformens konsekvenser*, Academica
- Borg, Uffe (2008): *Interview*
- Christensen, Tom m.fl. (2004): *Organisasjonsteori for offentlig sektor*, Universitetsforlaget, Oslo
- Christiansen, Peter Munk & Nørgaard, Asbjørn Sonne (2006): *Demokrati, magt og politik i Danmark*, Gyldendal
- Christiansen, Peter Munk & Klitgaard, Michael Baggesen (2008): *Den utænkelige reform*, Syddansk Universitetsforlag
- Danske Regioner (2008): *Regionernes opgaver*, <http://www.regioner.dk/VidenOgFakta/Regionerne/Opgaver.aspx> (11.03.2008)
- Det Nationale Råd for Folkesundhed (2004): *Det Nationale Råd for Folkesundheds udtalelse om Strukturkommissionens betænkning*, [www.im.dk](http://www.im.dk) (06.05.2008)
- de Vaus, David (2001): *Research Design in Social Research*, SAGE Publications, London
- Eurostat (2007A): *Hvad er den forventede levetid i EU?*, <http://www.eu-opslysningen.dk/spsv/off/alle/116/> (05.03.2008)
- Eurostat (2007B): *Fordelingen af offentlige udgifter*, [http://www.eu-opslysningen.dk/fakta/tal/offentlige\\_udgifter/](http://www.eu-opslysningen.dk/fakta/tal/offentlige_udgifter/) (03.03.2008)
- Eurostat (2008): *Eurostat home page*, [http://epp.eurostat.ec.europa.eu/portal/page?\\_pageid=1090,30070682,1090\\_33076576&\\_dad=portal&\\_schema=PORTAL](http://epp.eurostat.ec.europa.eu/portal/page?_pageid=1090,30070682,1090_33076576&_dad=portal&_schema=PORTAL) (11.03.2008)
- Finansministeriet (2007): *Aftalesystemet*, <http://www.fm.dk/1024/visArtikel.asp?artikelId=9669> (07.04.2008)
- Frederikshavn Kommune (2007): *Budget 2008*, [http://www.frederikshavn.dk/da/menu/PolitikOgDemokrati/budget\\_regnskab1/budget\\_2008/](http://www.frederikshavn.dk/da/menu/PolitikOgDemokrati/budget_regnskab1/budget_2008/) (11.06.2008)

- 
- Glavind, J. og Kirkegaard, L. (2006): *Regionernes styreform*, i Blom-Hansen, Elklit og Serritzlews Kommunalreformens konsekvenser, Academica
  - Greve, Bent (2008): *Velfærds-samfundet – en grundbog*, Academica
  - Grundloven (1953): *Danmarks Riges Grundlov*, www.grundloven.dk (28.03.2008)
  - Hansen, Hanne Foss (2000): *Kun i mørke er alle katte grå. Refleksioner over copycat-praksis og dennes effekter*, artikel i Politica – tidsskrift for politisk videnskab, 32. årgang, nr. 3, titel ”Copycat i den offentlige sektor”
  - Howlett, Michael & Ramesh, M (2001): *Studying Public policy*, Oxford University Press, 2. udg., Canada
  - Houlberg, Kurt (2000): *Udgiftspolitisk isomorfisme – de danske kommuner i nøgletallenes vold?*, artikel i Politica – tidsskrift for politisk videnskab, 32. årgang, nr. 3, titel ”Copycat i den offentlige sektor”
  - Hørdam, Britta m. fl. (2003): *Folkesundhed – en introduktion til sundhedsfremme og sygdomsforebyggelse*, Forlaget Samfundslitteratur
  - Indenrigs- og Sundhedsministeriet (2002): *Sund bele livet – de nationale mål og strategier for folkesundhed 2002-2010*, <http://www.folkesundhed.dk/media/sundhelelivet.pdf> (15.02.2008)
  - Indenrigs- og Sundhedsministeriet (2004A): *Strukturkommissionens nedsættelse og kommissorium*, [http://im.dk/publikationer/strukturkom\\_Bind\\_I\\_/kap01.html#011](http://im.dk/publikationer/strukturkom_Bind_I_/kap01.html#011) (02.05.2008)
  - Indenrigs- og Sundhedsministeriet (2004B): *Notat om KL's høringsvar til Strukturkommissionens betænkning af 6. april 2004*, <http://www.im.dk/imagesupload/dokument/KL.pdf> (25.04.2008)
  - Indenrigs- og Sundhedsministeriet (2004C): *KL's høringsvar til Betænkning nr. 1434 og Betænkning nr. 1437, 6. april 2004*, <http://www.im.dk/imagesupload/dokument/KL.pdf> (25.04.2008)
  - Indenrigs- og Sundhedsministeriet (2004D): *Sund By Netværkets udtalelse om Strukturkommissionens betænkning, 2. april 2004*, <http://www.im.dk/imagesupload/dokument/Sund%20By%20Netvirket.pdf> (25.04.2008)
  - Indenrigs- og Sundhedsministeriet (2004E): *Sundhedskartellets høringsvar vedrørende Strukturkommissionens betænkning, 31. marts 2004*, <http://www.im.dk/imagesupload/dokument/Sundhedskartellet.pdf> (25.04.2008)
  - Indenrigs- og Sundhedsministeriet (2005A): *Sundhedsloven*, <https://www.retsinformation.dk/Forms/R0710.aspx?id=10074> (20.02.2008)
  - Indenrigs- og Sundhedsministeriet (2005B): *Kommunalreformen – kort fortalt*, [http://www.im.dk/publikationer/kommunalreformen-kort\\_fortalt/Kommunalreformen.pdf](http://www.im.dk/publikationer/kommunalreformen-kort_fortalt/Kommunalreformen.pdf) (07.04.2008)
  - Indenrigs- og Sundhedsministeriet (2006): *Bekendtgørelse om sundhedskoordinationsudvalg og sundhedsaftaler*, <https://www.retsinformation.dk/Forms/R0710.aspx?id=10254> (20.02.2008)
  - Information (2004): *Reform kritiseres af eks-topembedsmand*, Information 26.06.2004, adgang via Aalborg Universitetsbibliotek til [www.infomedia.dk](http://www.infomedia.dk) (23.02.2008)
  - Jacobsen, Dag Ivar & Thorsvik, Jan (2004): *Hvordan organisationer fungerer*, Hans Reitzels Forlag
  - Kastrup-Larsen, Thomas (2008): *Interview*
-



- 
- Kommunernes Landsforening (2007A): *Præsentation af KL*,  
<http://www.kl.dk/ncms.aspx?id=19103f41-1e16-4ac2-bc87-533f2b940e3e&menuid=1000068-8&menuobj=3ad9c5d2-0d3f-4135-b92d-62b368bd0e59> (01.04.2008)
  - Kommunernes Landsforening (2007B): *Netværk vedr. sundhedsområdet*,  
<http://www.kl.dk/ncms.aspx?id=25ae9a7c-6766-4209-8447-10a90a8d83fb> (01.04.2008)
  - Knudsen, Christian (1989): *Institutionalismen i samfundsvidenskaberne*, Samfundslitteratur
  - Knudsen, Nielsen (2008): *Interview*
  - Kræftens Bekæmpelse (2006): *Helbredskonsekvenser ved tobaksrygning*,  
<http://www.cancer.dk/Tobak/Rygning+og+helbred/Helbredskonsekvenser/> (11.03.2008)
  - Kræftens Bekæmpelse (2007A): *Årsager til kræft: Tobaksrygning*,  
<http://www.cancer.dk/Alt+om+kraeft/aarsager+til+kraeft/veldokumenteret+aarsag/rygning/rygning.htm> (11.03.2008)
  - Kræftens Bekæmpelse (2007B): *Årsager til kræft: Alkohol*,  
<http://www.cancer.dk/Alt+om+kraeft/aarsager+til+kraeft/veldokumenteret+aarsag/alkohol/>  
(11.03.2008)
  - Kræftens bekæmpelse (2008A): *Årsager til kræft: Overvægt*,  
<http://www.cancer.dk/Alt+om+kraeft/aarsager+til+kraeft/veldokumenteret+aarsag/overvaegt/>  
(11.03.2008)
  - Kræftens Bekæmpelse (2008B): *Livsstilssygdomme*,  
<http://www.cancer.dk/Sundskole/hvordanundgaa/motion/sygdomsforebyggelse/livsstilssygdomme/>  
(13.06.2008)
  - Kvale, Steiner (2005 eller 1997): *Interview. En introduktion til det kvalitative forskningsinterview*, Hans Reitzel, København
  - Larsen, Lauge (2008): *Interview*
  - Lindblom, Charles E. (1959): *The Science of "Muddling Through"*, Public Administration Review, vol. 19, no, 2, pp. 79-88, Blackwell publishing
  - Lindblom, Charles E. og Woodhouse, Edward J. (1993): *The policy-making process*, Englewood Cliffs
  - Lyndrup, Bente (2008): *Interview*
  - Løgsted, Kirsten V. (2008): *Interview*
  - March, James P. & Olsen, Johan (1984): *The New Institutionalism: Organizational Factors in Political Life*, The American Political Review, Vol. 78, No. 3, pp. 734-749
  - Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse (2008): *Angivelse af ministre for sundhedsområdet – tilsendt pr. mail fra SUM* (05.03.2008)
  - Mortensen, Erik Vølund (2005): *Kommunalreformen 2007 – Sundhed*, Forlaget Jura Information
  - Morsø Kommune (2007): *Budget 2008*, [www.morsoe.dk](http://www.morsoe.dk) (11.06.2008)
-

- 
- Mouritzen, Poul Erik (1999): *De små kommuner. De er ikke' så ringe endda?*, AKF rapport, Amternes og Kommunernes Forskningsinstitut, AKF Forlaget, www.akf.dk (13.04.2008)
  - Mouritzen, Poul Erik (2004): *Strukturreformen som en skraldespand*, Administrativ Debat, nr. 4, anskaffet via Aalborg Universitetsbibliotek
  - Møller, Annelise (2008): *Interview*
  - Nielsen, Jan (2008): *Interview*
  - Nielsen, Klaus (2005): *Institutionel teori – en tværfaglig introduktion*, Roskilde Universitetsforlag
  - Nielsen, Peter (2007): *Produktion af viden*, Nyt Teknisk Forlag, 3. udgave
  - Nielsen, Tommi (2008): *Interview*
  - Nilsson, Per (2008): *Interview*
  - Nyhedsmagasinet Danske Kommuner (2004): *Høringsvar: Stor interesse for nye opgaver*, Nyhedsmagasinet Danske Kommuner 15.04.2006, adgang via www.infomedia.dk (15.04.2008)
  - OECD (2007): *OECD Health Data 2007 – Frequently Requested Data*, OECD.Stat, [http://www.oecd.org/statisticsdata/0,3381,en\\_2649\\_37407\\_1\\_119656\\_1\\_1\\_37407,00.html](http://www.oecd.org/statisticsdata/0,3381,en_2649_37407_1_119656_1_1_37407,00.html) (03.03.2008)
  - OECD (2008): *About the OECD*, [http://www.oecd.org/pages/0,3417,en\\_36734052\\_36734103\\_1\\_1\\_1\\_1\\_1,00.html](http://www.oecd.org/pages/0,3417,en_36734052_36734103_1_1_1_1_1,00.html) (11.03.2008)
  - Olesen, Vibeke (2008): *Interview*
  - Olsen, Henning (2002): *Kvalitative kvaler*, Akademisk Forlag A/S
  - Parsons, Wayne (1995): *Public Policy*, Edward Edgar Publishing Limited, Cheltenham, UK
  - Peters, B. Guy (2005): *Institutional Theory in Political Science – The New Institutionalism*, Printer, London and New York
  - Meyer, John W. & Rowan, Brian (1991): *Institutionalized Organizations: Formal Structures as myth and Ceremony* i "The New Institutionalism in Organisational Analysis" af Powell, Walter W. & DiMaggio, Paul J. (1991), The University of Chicago Press, Chicago and London
  - DiMaggio, Paul J. og Powell, Walter W. (1983): *The Iron Cage Revisited: Institutional Isomorphism and Collective Rationality in Organizational Fields*, [http://www.jstor.org/sici?sici=0003-1224\(198304\)48:2%3C147:TICRII%3E2.0.CO;2-S&cookieSet=1](http://www.jstor.org/sici?sici=0003-1224(198304)48:2%3C147:TICRII%3E2.0.CO;2-S&cookieSet=1) (15.04.2008)
  - Region Nordjylland (2008): *Sundhedsfremme og forebyggelse*, <http://www.rn.dk/SundhedOgSygehuse/SundhedsfremmeOgForebyggelse/> (11.03.2008)
  - Røvik, Kjell Arne (1992): *Den "yke" stat. Myter og moter i omstillingsarbeidet*, Universitetsforlaget, Oslo
  - Røvik, Kjell Arne (1998): *Moderne organisasjoner*, Fagbokforlaget, Bergen
  - Schaltz, Jytte (2008): *Interview*
  - Statens Institut for Folkesundhed (2007): *De kommunale sundhedspolitikker i Danmark – en kortlægning*, [http://www.si-folkesundhed.dk/upload/notat.kommuner.07\\_2.pdf](http://www.si-folkesundhed.dk/upload/notat.kommuner.07_2.pdf), (06.02.2008)
  - Sundhedsministeriet (SUM) (2008): *Pressemeddelelse – Regeringen nedsætter forebyggelseskommission*, Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse,
-

---

<http://www.sum.dk/sum/site.aspx?p=1561&areaid=326&ArticleTypeID=24&t=visartikel&Articleid=4512> (06.03.2008)

- Sundhedsstyrelsen (2007): *DRG-leksikon*,  
[http://www.sst.dk/Planlaegning\\_og\\_behandling/DRG/Generel\\_info/ordliste.aspx#D](http://www.sst.dk/Planlaegning_og_behandling/DRG/Generel_info/ordliste.aspx#D)  
(16.07.2008)
- Ugebrevet Mandag Morgen (2006): *Er sundhed et personligt valg?*, udgivet 31.11.2006,  
[http://mm.dk/default.asp?emne=&abonnement\\_id=106&rap=vis](http://mm.dk/default.asp?emne=&abonnement_id=106&rap=vis) (05.04.2008)
- Ugeskrift for læger (2005): *Ridser i sundhedsreformen*, nr. 25, udgivet af Lægeforeningen 20. juni 2005, s.2730
- Ugeskrift for Læger (2008A): *Forebyggelse er vejen frem*, nr. 17, udgivet af Lægeforeningen 21. april 2008 (forsiden)
- Ugeskrift for Læger (2008B): *Forebyggelsesminister*, nr. 17, udgivet af Lægeforeningen 21. april 2008, s. 1430-1433
- Vallgård, Signild (2002): *Sundhedstjeneste og sundhedspolitik*, Munksgaards Forlag
- Vallgård, Signild (2007): *Sundhedsvæsen og sundhedspolitik*, Munksgaards Forlag,
- Winther, Søren (1994): *Implementering og effektivitet*, systime a/s
- Winther, Søren (1991): *Udviklingen i beslutningsteori: en introduktion*, artikel i *Politica – tidsskrift for politisk videnskab*, 23. årgang, nr. 4, titel ”Politiske beslutningsprocesser”

## Hjemmesider

Aalborg Bibliotekerne – [www.njl.dk](http://www.njl.dk)

Aalborg Universitets Bibliotek (AUB) – [www.aub.aau.dk](http://www.aub.aau.dk)

Google Scholar – [www.scholar.google.com](http://www.scholar.google.com)

Infomedia – [www.infomedia.dk](http://www.infomedia.dk) (fri adgang via [www.aub.aau.dk](http://www.aub.aau.dk))

Kommunernes Landsforening – [www.kl.dk](http://www.kl.dk)

Kræftens bekæmpelse – [www.cancer.dk](http://www.cancer.dk)

Det National Råd for Folkesundhed - <http://www.folkesundhed.dk>

Institut for Folkesundhed - [www.si-folkesundhed.dk](http://www.si-folkesundhed.dk)

Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse - [www.sum.dk](http://www.sum.dk)

Motions- og Ernæringsrådet - [www.meraadet.dk](http://www.meraadet.dk)

OECD – [www.oecd.org](http://www.oecd.org)

Region Nordjylland – [www.rn.dk](http://www.rn.dk)

Retsinformation – [www.retsinformation.dk](http://www.retsinformation.dk)

Sund By Netværket - [www.sund-by-net.dk](http://www.sund-by-net.dk)

Sundhedsstyrelsen – [www.sst.dk](http://www.sst.dk)

---

---

---

---

## Bilagsoversigt

- Bilag 1: Specialekontrakt
- Bilag 2: Uddybning af de vigtigste faktorer vedr. livsstilssygdomme i Danmark
- Bilag 3: Oversigt over ministerielle ændringer på sundhedsområdet
- Bilag 4: Oversigt over tiltag på forebyggelsesområdet 1989-2008
- Bilag 5: Uddrag fra folkesundhedsprogrammet ”Sund hele livet”
- Bilag 6: Semistruktureret interviewguide
- Bilag 7: Uddrag af referat fra møde i udvalg for Sundhed og Bæredygtig Udvikling, Aalborg Kommune
- Bilag 8: Uddrag af referat fra møde i Sundhedsudvalget i Frederikshavn Kommune
- Bilag 9: Uddrag af referat fra møde i Socialudvalget i Morsø Kommune
- Bilag 10: Oversigt over respondenter og interviews
- Bilag 11: Interview med Thomas Kastrup-Larsen (Soc.dem.), Aalborg Kommune
- Bilag 12: Interview med Niels Knudsen (Venstre), Aalborg Kommune
- Bilag 13: Interview med Vibeke Olesen, Aalborg Kommune
- Bilag 14: Interview med Tommi Nielsen, Aalborg Kommune
- Bilag 15: Interview med Per Nilsson (Venstre), Frederikshavn Kommune
- Bilag 16: Interview med Jytte Schaltz (Soc.dem.), Frederikshavn Kommune
- Bilag 17: Interview med Jan Nielsen, Frederikshavn Kommune
- Bilag 18: Interview med Uffe Borg, Frederikshavn Kommune
- Bilag 19: Interview med Lauge Larsen (Soc.dem.), Morsø Kommune
- Bilag 20: Interview med Bente Lyndrup (Borgerlisten), Morsø Kommune
- Bilag 21: Interview med Kirsten Løgsted, Morsø Kommune
- Bilag 22: Interview med Annelise Møller, Morsø Kommune

- 
- Bilag 23: Aalborg Kommunes Sundhedspolitik
- Bilag 24: Aalborg Kommunes Sundhedsprofil
- Bilag 25: Aalborg Kommunes udvalg for Sundhed og Bæredygtig Udvikling
- Bilag 26: Frederikshavn Kommunes Sundhedspolitik
- Bilag 27: Frederikshavn Kommunes Sundhedsprofil
- Bilag 28: Frederikshavn Kommunes Sundhedsudvalg
- Bilag 29: Morsø Kommunes Sundhedspolitik
- Bilag 30: Morsø Kommunes Sundhedsprofil
- Bilag 31: Det Sociale Udvalg, Morsø Kommune
- Bilag 32: Tidsplan for udarbejdelse af sundhedspolitik, Aalborg Kommune
- Bilag 33: Tidsplan for godkendelse af sundhedspolitik, Frederikshavn Kommune
- Bilag 34: Implementeringsstrategi for sundhedspolitikken, Frederikshavn Kommune
- Bilag 35: Tidslinie for udarbejdelse af sundhedspolitikken, Morsø Kommune
- Bilag 36: Uddrag fra budget 2008-2011, Aalborg Kommune
- Bilag 37: Uddrag fra budget 2008, Frederikshavn Kommune
- Bilag 38: Uddrag fra budget 2008, Morsø Kommune
- Bilag 39: Organisering af magistratens forvaltninger, Aalborg Kommune
- Bilag 40: Organisering af Forvaltningen for Sundhed og Bæredygtig Udvikling, Aalborg Kommune
- Bilag 41: Overordnet administrativt organisationsdiagram, Frederikshavn Kommune
- Bilag 42: Organisationsplan for Social-, Sundheds- og Arbejdsmarkedsforvaltningen, Frederikshavn Kommune
- Bilag 43: Overordnet administrativ organisationsplan, Morsø Kommune
- Bilag 44: Organisationsplan for Forvaltningen for Trivsel og Sundhed, Morsø Kommune
-