

Titelblad

Forfattere:	Casper Sørrig Jacob Benedictus Jørgensen
Studienumre:	Casper Sørrig: 20021231 Jacob Benedictus Jørgensen: 20021265
Uddannelse:	Bachelor- og Kandidatuddannelsen i Samfundsfag Institut for Økonomi, Politik og Forvaltning Aalborg Universitet.
Vejleder:	Gunnar Scott Reinbacher
Afleveringsdato:	D. 05.12.2008
Specialets danske titel:	Svær overvægt og den sociale slagside - et casestudie af kommunernes prioriteringer på området for den borgerrettede forebyggelse og sundhedsfremme
Specialets engelske titel:	Obesity and the Social Imbalance - a casestudy of the municipal prioritising in the field of citizen level prevention and health promotion.
Forsiden:	Illustrationen på specialets forside er hentet fra Ugebrevet A4's hjemmeside (www.ugebreveta4.dk).

Abstract

Since January 1st 2007 citizen level health policy has been a municipal task, due to the new municipal reform. This thesis examines targeted municipal initiatives towards social inequality in obesity. In the period 1987-2005 the percentage of obese Danish people has increased from 5.5 to 11.4. This shows that efforts to stop the obesity epidemic, has failed. Several governmental public health policies have targeted the increasing health problems among Danish people. In the latest public health program, *Sund hele livet*, one of the goals is "to decrease social inequality in health", among others by prevention and health promotion. The new municipal reform encourages municipalities to establish prevention and health promotion by including a municipal financed hospitalisation fee. Nevertheless, a mapping of the municipal prevention and health promotion initiatives shows that only 28 percent of all municipalities have established initiatives towards social inequality among obese people.

To establish an overview of the research area for obesity and public health the study conducts two literature surveys. One with a wide range on obesity and public health in general and one with a narrow search field on obesity, public health, social topics and public policy. Overall the surveys lead to three conclusions:

1. There exists a social inequality in obesity especially among people with a low level of education and people of low socio economical status.
2. Multifaceted interventions show the highest level of evidence in decreasing obesity.
3. There is a general lack of evidence relating to which interventions that show the most effect in decreasing obesity. This is especially the case when looking at social inequality in obesity.

A review of the social conditions relating to obesity in Denmark shows that the social inequality in obesity has increased in the period of 1987-2005.

As a result of the above conclusion, the target group of this study is people with a low level of education and people being on welfare.

Seeing the existing problem of social inequality in obesity, combined with the fact that only 28 percent of all municipalities have established initiatives towards social inequality among obese people, our research question is as follows:

Why have some municipalities not established targeted prevention towards groups of socially challenged, obese people?

The study then tries to establish plausible answers to the research question by discussing citizen level prevention targeting obesity in three theoretical frames: Max Weber's understanding of bureaucracy characterised by an elaborate hierarchical division of labour, Public Choice's emphasis on self-interest and the theory of practice by Pierre Bourdieu. On the basis of these theories, the study builds three theoretical hypotheses in the examination of the research question.

The study uses a qualitative multiple case study of two most different cases – Slagelse and Furesø Municipalities. The key respondents in the two cases are public servants and politicians engaged with public health.

The study shows that the municipalities lack specific goals and guidelines for prevention initiatives for the target group. Moreover, the complexity of the target group complicates the municipalities' options on initiating targeted and effective initiatives for the target group. The study also identifies that the lack of evidence of effective interventions for the target group, sets up a considerable barrier for establishing interventions against social inequality in obesity.

It was not possible to establish any link between self-interest and the lack of targeted prevention towards groups of socially challenged, obese people.

Forord

Dette speciale er et bidrag til debatten om den social ulighed i sundhed og kommunernes overtagelse af opgaven med den borgerrettede forebyggelse og sundhedsfremme.

Specialets problemfelt tager udgangspunkt i den sociale ulighed, der kan identificeres i forhold til svær overvægt. I Regeringens Folkesundhedsprogram *Sund hele livet* er det målsætningen at reducere den sociale ulighed i sundhed, blandt andet ved hjælp af forebyggelse og sundhedsfremme. Efter Strukturreformen har kommunerne overtaget hovedansvaret for den borgerrettede forebyggelse, men en kortlægning af kommunernes forebyggende indsatser viser, at kun 28 pct. af kommunerne har iværksat tiltag rettet mod socialt udsatte og svært overvægtige borgere.

Fokus i dette studie er at finde probalistiske forklaringer på, hvorfor en stor del af kommunerne ikke har igangsat forebyggende initiativer for svært overvægtige og socialt udsatte borgere.

Der er udarbejdet tre hypoteser der har til hensigt at bidrage med teoretiske svar på problemformuleringen.

Specialet er et multipelt casestudiedesign, hvor to casekommuner er i centrum for undersøgelsen. De to casekommuner er udvalgt på baggrund af principper fra most different system designs for at minimere antallet af forstyrrende variabler. Tidsrammen for specialet er retrospektivt og dækker over casekommunernes igangsættende arbejde med den borgerrettede forebyggelse.

I Danmark er uligheden i svær overvægt især at spore blandt individer med kort uddannelse samt individer på overførselsindkomst. I dette studie anvendes disse grupper derfor som udgangspunkt for undersøgelsen.

Der rettes tak til respondenterne i Furesø og Slagelse Kommuner for medvirken i de kvalitative interviews. Derudover vil vi gerne takke vores vejleder Gunnar Scott Reinbacher for kyndig vejledning og inspiration.

Indholdsfortegnelse

1	Indledning.....	1
1.1	Epidemien.....	1
1.2	Sund hele livet.....	1
1.3	Hvem har ansvaret?	2
1.3.1	Offentlig eller privat opgave?	4
1.3.2	Markedet	5
1.4	Strukturreformen	6
2	Problemstilling.....	9
2.1	Forskning på området	9
2.1.1	Definition af overvægt	11
2.1.2	Hvordan opstår overvægt	11
2.1.3	Erfaringer med interventioner rettet mod svær overvægt	13
2.1.4	Socialt betinget overvægt	16
2.1.5	Manglende evidens	17
2.1.6	Opsamling af litteraturgennemgang	17
2.1.7	Anden del af litteratursøgningen	19
2.2	Socialt perspektiv på svær overvægt i Danmark	20
2.3	Kortlægning af kommunernes forebyggelses- og sundhedsfremmeindsats.....	23
3	Problemformulering	27
4	Teoretisk diskussion til dannelsen af hypoteser	29
4.1	Webers teori om idealtyper for organisation	30
4.1.1	Empirisk baggrund	30
4.1.2	Idealtyper for organisation	31
4.1.3	Diskussion af idealtyper for organisation	32
4.1.4	Styring i kommunerne	33
4.2	Public Choice	35
4.2.1	Empirisk baggrund	35
4.2.2	Introduktion til Public Choice.....	35
4.2.3	Politikere og egeninteresse.....	36
4.2.4	Forvaltningen og egeninteresse	37
4.2.5	Diskussion af Public Choice i forhold til problemstillingen.....	38
4.3	Pierre Bourdieus praksisbegreb	40
4.3.1	Empirisk baggrund	40
4.3.2	Praksis	41
4.3.3	Felt	41
4.3.4	Habitus	42
4.3.5	Kapital	43
4.3.6	Diskussion af Bourdieus praksisbegreb i forhold til problemstillingen	44
5	Design og Metode.....	47
5.1	Casestudie.....	47
5.1.1	Tidsperspektiv	48
5.1.2	Units of analysis	49
5.1.3	Most different	49
5.2	Caseudvælgelse.....	50
5.2.1	Most different udvælgelse	50
5.2.2	Befolkningssammensætning	53

5.3 Casepræsentation.....	56
5.3.1 Slagelse Kommune.....	56
5.3.2 Furesø Kommune.....	56
5.4 Valg af respondenter	57
5.4.1 Respondenter fra Slagelse Kommune.....	57
5.4.2 Respondenter fra Furesø Kommune.....	58
5.5 Metode	59
5.5.1 Kvalitativ metode	59
5.6 Kvalitetskriterier	61
5.6.1 Validitet.....	61
5.6.2 Reliabilitet.....	63
6 Operationalisering og analysestrategi.....	65
6.1 Operationalisering af Webers bureaukratiske organisationsformer	66
6.1.1 Teoretisk operationalisering	66
6.1.2 Empirisk operationalisering.....	67
6.2 Operationalisering af Public Choice tilgang	69
6.2.1 Teoretisk operationalisering	69
6.2.2 Empirisk operationalisering.....	70
6.3 Operationalisering af Bourdieus teori om praksisbegrebet.....	72
6.3.1 Teoretisk operationalisering	72
6.3.2 Empirisk operationalisering.....	73
7 Analyse.....	77
7.1 Politiske retningslinjer.....	77
7.1.1 De styringsmæssige rammer i casekommunerne	77
7.1.2 Indikator	80
7.1.3 Flere forvaltninger	80
7.1.4 Indikator	83
7.1.5 Politiske retningslinjer	84
7.1.6 Indikator	86
7.2 Delkonklusion	87
7.3 Egeninteresse	88
7.3.1 Embedsmænd og egeninteresse	88
7.3.2 Indikator	91
7.3.3 Embedsmændenes interesse i at gøre arbejdet mindre krævende	93
7.3.4 Indikator	95
7.3.5 Politikere og egeninteresse	96
7.3.6 Indikator	100
7.4 Delkonklusion	101
7.5 Målgruppens kompleksitet.....	103
7.5.1 Kommunernes store udfordring.....	103
7.5.2 Indikator	105
7.5.3 Målgruppens motivationsfaktor.....	105
7.5.4 Indikator	107
7.5.5 Politisk og folkeligt fokus på målgruppen.....	107
7.5.6 Indikator	110
7.5.7 Målgruppens kompleksitet.....	111
7.5.8 Indikator	113
7.6 Delkonklusion	113
7.7 Opsamling på analysen	114
7.8 Diskussion af analysens resultater	115

7.8.1	Diskussion af hypotesernes forklaringskraft.....	115
7.8.2	Analytisk generalisering.....	116
7.8.3	Opsamling	118
8	Konklusion.....	121
9	Perspektivering.....	123
10	Litteraturliste.....	125
10.1	Forskningsgennemgang	129
10.1.1	Første litteratursøgning	129
10.1.2	Anden litteratursøgning.....	132
	Bilagsliste	135
	Bilag 6	139
	Bilag 7	140
	Bilag 8	141
	Bilag 9	143
	Bilag 10	144
	Bilag 12	145
	Bilag 13	146
	Bilag 34	147
	Bilag 35	151
	Bilag 36	155
	Bilag 37	159

1 Indledning

1.1 Epidemien

I de seneste årtier er der sket en drastisk udvikling i antallet af overvægtige i store dele af den industrialiserede verden. Dette medfører et betydeligt pres på de lande, som i høj grad er berørt af situationen. EU-Kommissionens Sundhedskommissær, Markos Kyprianou, har for nyligt kaldt svær overvægt; ”... *den største sundhedstrussel for EU's borgere.*” (B.T. 2007) og han understreger, at medlemslandene bør handle øjeblikkeligt for at få udviklingen standset. WHO anslår, at der i 2005 var 1,6 milliarder voksne i verden, som var overvægtige, hvoraf 400 millioner var svært overvægtige. WHO forudser, at antallet af overvægtige vil være steget til 2,3 milliarder i 2015 hvoraf de 700 millioner er svært overvægtige (WHO 2006).

Danmark er blandt de lande, hvor svær overvægt bliver et stadigt større problem for samfundet. Der opstår således stigende belastning af sundhedsvæsenet og arbejdsmarkedet mister værdifuld arbejdskraft på grund af følgeproblemerne af svær overvægt. Der eksisterer bred enighed om, at udviklingen på området berører meget store dele af befolkningen og bliver derfor omtalt som en ”fedme-epidemi”, der er besværlig at dæmme op for (SST 2003, s. 6).

Følggevirkningerne er det væsentlige i problematikken, da svær overvægt ofte resulterer i adskillige sygdomme og funktionsnedsættelser. Følggevirkningerne af svær overvægt påvirker individets funktion i samfundet. Samtidig må det offentlige bruge stadig flere ressourcer på behandlingen af disse følggevirkninger (WHO 2006).

Den samfundsmæssige relevans hænger nøje sammen med økonomiske hensyn. Samfundet som helhed har en økonomisk interesse i at nedbringe antallet af svært overvægtige. Dette illustreres i rapporten *De samfundsøkonomiske konsekvenser af svær overvægt* fra Indenrigs- og Sundhedsministeriet. Rapporten viser, at overvægt årligt koster samfundet 14,4 milliarder kroner i blandt andet tabt arbejdskraft og indlæggelser på sygehusene (Indenrigs- og Sundhedsministeriet 2007, s. 9-10). Danmark står derfor overfor en stor udfordringer i forhold til den stigende andel af svært overvægtige i samfundet.

1.2 Sund hele livet

I 1989 indledtes det første sammenhængende forebyggelsesprogram i Danmark; *Regeringens Forebyggelsesprogram*, hvori man blandt andet rettede fokus mod befolkningens livsstil i erkendelse af, at en række sygdomme udspringer heraf. I 2001 præsenterede man en evaluering af folkesundhedsarbejdet i den foregående periode, hvor man kunne konstatere at stigningen i antallet

af svært overvægtige var bekymrende. I perioden 1987 til 2000 var der således sket en stigning i andelen af svært overvægtige fra 5,5 til 9,5 pct. (Indenrigs- og Sundhedsministeriet 2002A s. 41-42 og 93).

I det efterfølgende folkesundhedsprogram *Sund hele livet – de nationale mål og strategier for folkesundheden 2002-10* præsenterede man et mål: ”Stigningen i antallet af svært overvægtige skal stoppes” (Indenrigs- og Sundhedsministeriet 2002B, s. 21). Dette har dog vist sig hidtil ikke at være lykkedes, idet andelen af svært overvægtige yderligere er steget til 11,4 pct. i 2005 (11,8 pct. hos mændene og 11 pct. hos kvinderne). Det svarer til en stigning på ca. 2 procentpoint i perioden 2000-2005 (SIF 2006, s. 114-116). I *Sund hele livet* pointeres det, at den fremtidige indsats på blandt andet fedmeområdet skal bygge på en fælles indsats i et samarbejde mellem den enkelte og familierne, fællesskaberne samt det offentlige (Indenrigs- og Sundhedsministeriet 2002B, s. 60). Programmet følges op af en række hensigtserklæringer om blandt andet løbende overvågning af udviklingen i befolkningens sundhedstilstand, samt igangsætningen af nogle overordnede initiativer til forbedring af befolkningens sundhed, herunder at mindske uligheden i sundhed (Indenrigs- og Sundhedsministeriet 2002B, s. 60-61).

At standse stigningen i antallet af overvægtige er en meget ambitiøs målsætning, og spørgsmålet er, om den overhovedet er realistisk at opfylde. Man ønsker således at bremse fedmeepidemien i løbet af en forholdsvis kort periode på 8 år (2002-2010) uden at foretage gennemgribende lovændringer eller afsætte målrettede ekstraordinære midler til opfyldelse af dette mål¹. Der synes altså snarere at være tale om en symbolsk målsætning², hvis hensigt er en opfordring til den enkelte borger, civilsamfundet samt offentlige institutioner om, at der skal løftes i flok. Dermed kan Regeringen forsvare den manglende opfyldning af målsætningen med, at den ikke kun er møntet på det offentlige, men samfundet som helhed.

1.3 Hvem har ansvaret?

I *Sund hele livet* understreger regeringen, at sundhed ikke udelukkende er det offentliges ansvar. Netop spørgsmålet om, hvorvidt det offentlige skal løse et bestemt samfundsproblem, er en klassisk problematik (Bogason 2004, s. 14). I det følgende diskuteres spørgsmålet om ansvarsfordeling i forhold til forebyggelse af svær overvægt, primært med udgangspunkt i *Er sundhed et personligt valg? – et debatoplæg om forebyggelse i Danmark* (Mandag Morgen 2006) og *Folkesundhed*,

¹ Kommunerne har dog fået tildelt omkring 200-250 millioner kr. til borgerrettet forebyggelse, hvilket i gennemsnit svarer til 2 millioner kroner pr. kommune.

² En målsætning hvor der ikke er sammenhæng mellem mål og midler og derfor ikke kan forventes at føre til en målrealisering, selv hvis implementeringen foregår perfekt (Winter 1994, s. 53).

civilisationskritik og interessekonflikter (Reinbacher & Nielsen 2007). *Er sundhed et personligt valg? – et debatoplæg om forebyggelse i Danmark* kritiserer Regeringens sundhedsprogram *Sund hele livet* for at fokusere for meget på, at sundhed er et livsstilsvalg og dermed borgerens eget ansvar. I stedet må man se i øjnene, at det er den civilisation vi lever i, der har skabt fedmeproblemet (Mandag Morgen 2006, s. 17). Kritikken tager endvidere udgangspunkt i de ulige betingelser den enkelte borger har, idet den sociale arv kan videreføres til sundhed og sygelighed. Der er tale om en tydelig social skævvridning, hvilket gør det relevant at diskutere om vi som samfund har en pligt til at afhjælpe dette mønster. I arbejdsrapporten *Folkesundhed, civilisationskritik og interessekonflikter* af lektor i sundhedssociologi ved Aalborg Universitet Gunnar Scott Reinbacher og Cand. Scient. Soc. Margrethe Nielsen diskuteres tankerne fra *Er sundhed et personligt valg?*

Forfatterne bag *Er sundhed et personligt valg?* diskuterer, hvorledes civilsamfundet, markedet og det offentlige kan gøre noget ved den sociale skævvridning. Civilsamfundet, herunder foreninger, organisationer, patientforeninger, kan som kollektive enheder præge de sundhedsfremmende tiltag i samfundet og udgør på den måde en interesseorganisation for forebyggelse. Udfordringen for det offentlige ligger i at få et mere dynamisk samarbejde etableret med civilsamfundet (Mandag Morgen 2006, s 13).

For markedets vedkommende, herunder forskellige relevante brancher samt arbejdspladsen, er drivkraften økonomisk gevinst. Ifølge Mandag Morgen er sundhed således allerede et salgsargument inden for mange områder. Det offentlige kan i øvrigt skabe nye markeder og markedsaktører ved hjælp af en række samarbejdsformer med markedet. Dette skal følges op af regulering i form af differentiering af skatter og afgifter på fødevarer samt regulering af sundhedsskadelige ingredienser, i stedet for ensidigt at satse på information som forebyggelsesmiddel. (Ibid. s 58-60). Forfatterne bag Mandag Morgens oplæg mener således, at det er på det politiske niveau, at taktstokken for mere aktiv forebyggelsespolitik skal svinges (Ibid. s. 15). Sammenfattende mener forfatterne på den ene side, at hovedansvaret for forebyggelsesindsatsen ligger hos det offentlige, som må ”svinge taktstokken” men på den anden side tillægges det civile samfund og markedet en stor rolle. Man kan sige, at de flytter ansvaret for folkesundheden fra det enkelte individ, og herunder livsstilstankegangen, til det offentlige, civilsamfundet og markedet, der hver især har sit ansvar for i forening med de andre instanser, at bære de civilisationsskabte problemer.

Reinbacher og Nielsen er enige med forfatterne i kritikken af livsstilstankegangen og opfordringen til at rette fokus på den sociale ulighed i sundhed, men forholder sig kritisk i forhold til vurderingen af henholdsvis civilsamfundets, det offentlige og markedets rolle (Reinbacher & Nielsen 2007).

Reinbacher og Nielsen har svært ved at se, hvor drivkraften fra de tre instanser skal komme fra, og finder ingen dokumentation for forfatterens optimisme:

”Hvorfor skulle civilsamfundets non-profit organisationer pludselig påtage sig en historisk ny rolle som social udviklingslaboratorium? Hvorfor skulle markedet pludselig sætte profithensynet over styr og producere produkter med et højt sundhedsindhold? Hvorfor skulle den offentlige sektor pludselig ændre sit væsen imod en dynamisk, systematisk og vedholdende folkesundhedspolitik?”
(Reinbacher & Nielsen 2007, s. 7)

Reinbacher og Nielsen pointerer, at der i spændingsfeltet mellem civilsamfundet, det offentlige og markedet er forankret en række modsatrettede interesser, og at udviklingen derfor ikke kan betragtes som harmonisk og lineær. Civilisationstesen, som forfatterne bag *Er sundhed et personligt valg?* plæderer for, er derfor mere at betragte som normativ og moralsk ønsketænkning end et reelt alternativ til den nuværende indsats på området (Reinbacher & Nielsen 2007, s. 7-8).

1.3.1 Offentlig eller privat opgave?

I den klassiske diskussion om hvorvidt et område skal reguleres af staten eller i privatsfæren³ kan der ligge politiske såvel som økonomiske argumenter til grund for, at staten bør gribe ind (Bogason 2004, s. 15-18). Som beskrevet skønnes svær overvægt i Danmark årligt at koste det offentlige 14,4 milliarder kroner, og der er derfor umiddelbart et oplagt økonomisk argument for det offentlige at gribe ind i udviklingen. Ud fra et politisk synspunkt er spørgsmålet, om man har tiltro til, at fedmeepidemien kan bremses gennem de private aktører.

1.3.1.1 Civilsamfundet

Mandag Morgen mener, at forbrugerorganisationer og patientforeninger skal danne spydspids for civilsamfundets kamp mod fedme. Men i forlængelse af Reinbacher og Nielsens kritik kan det være svært at se, hvor den civile opstand mod fedme skal komme fra. Spørgsmålet er, hvor mobiliserbar

³ Markedet, der er karakteriseret ved transaktioner og civilsamfundet, der bygger på forhold som gensidighed, netværk og fælles ansvar (Bogason 2004, s. 18-19).

den berørte gruppe af overvægtige er og hvor stort et pres de eksisterende patientforeninger og forbrugerorganisationer kan og vil lægge.

Organisering og mobilisering af interesser er afhængig af, om den involverede gruppe er ressourcestærk, og det er derfor oftest de mest ressourcestærke grupper, der organiseres, mens organiseringen hos socialt marginaliserede grupper er relativ svag (Winter 1994, s. 32-33 og Andersen 1998, s. 121). Som beskrevet tidligere er der bred enighed om, at der forekommer en social ulighed i sundhed og som det dokumenteres nedenfor (afsnit 2.2), gør dette sig i høj grad gældende for svært overvægtige. Man kan derfor sætte spørgsmålstegn ved, om denne gruppe har tilstrækkelige ressourcer til at mobilisere sig. Derfor må denne gruppes interesser varetages af patientforeninger og forbrugerorganisationer. Traditionelt søger interesseorganisationer at øge indflydelse gennem formel (i råd og nævn), og især uformel kontakt til embedsmændene i forvaltningen i alle faser af den politiske proces (Andersen 1998, s. 120-121). Derved har interesseorganisationer rig mulighed for at påvirke den politiske proces. Denne indflydelse har organisationerne haft løbende med fedmeepidemiens udvikling, så hvorfor skulle de nu pludselig begynde at levere det politiske pres, som de gennemgribende samfundsforandringer kræver ifølge Mandag Morgen?

1.3.2 Markedet

I tråd med Reinbacher og Nielsens kritik er det svært at se, hvorfor fødevareindustrien skulle begynde at producere sunde fødevarer, når der stadig er penge at tjene på fedt. Som både Mandag Morgen og Reinbacher og Nielsen pointerer, er der dog tendenser i retningen af en sundheds-trend, men der savnes helt overordnet incitamenter for, at markedet skulle gå mod en mere ”sund” markedsorientering. Så længe efterspørgslen efter billige fede fødevarer findes, udbyder markedet det – sådan er spillereglerne. Det handler derfor snarere om, som Reinbacher og Nielsen pointerer, at forbrugerne skal reagere og bevidst fravælge det usunde, hvis markedets produktion skal ændres mod sundere varer (Reinbacher & Nielsen 2007, s. 5). Men i en sådan situation er det ikke markedet men forbrugerne, der er katalysator for udviklingen.

Den ovenstående diskussion viser, at både markedet og de organiserede interesser mangler incitamenter til at gå forrest i kampen imod fedme og ud fra et politisk argument synes de private aktører altså ikke at kunne løfte opgaven.

Det kan bestemt ikke afvises, at civilsamfundet og markedet får en mere central rolle i skabelsen af en bedre folkesundhed i Danmark, men disse private instanser savner klare incitamenter for at

regulere området. Til gengæld synes der at være økonomiske såvel som politiske incitamenter for det offentlige til at gribe ind. Med strukturreformen har regering decentraliseret ansvaret for den borgerrettede forebyggelse til kommunerne og dermed flyttet forebyggelsesindsatsen tættere på borgeren. Det betyder blandt andet, at kommunerne har fået ansvaret for at nedbringe uligheden i sundhed. Dermed står kommunerne som helt centrale aktører i kampen mod den socialt betingede overvægt.

1.4 Strukturreformen

Pr. 1. januar 2007 trådte strukturreformen i kraft, hvilket har fået afgørende betydning for området omkring forebyggelse og sundhedsfremme. Regionerne har fået relativt få og snævert afgrænsede opgaver og deres hovedområde er sundhedsvæsenet. Hovedopgaverne for de nye kommuner ligger inden for velfærdsydelserne herunder sundhedsområdet (Christensen, Christensen & Ibsen 2006, s. 113-115), blandt andet forebyggelse, der ikke foregår under indlægning (Ibid., s. 115 boks 5.1) og herved forebyggelse af overvægt. Sundhedslovens § 119 pålægger således kommunalbestyrelser ansvaret for at skabe rammer for en sund levevis hos borgerne samt, at der bliver etableret sundhedsfremmende og forebyggende tilbud til borgerne i den enkelte kommune:

“§ 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.”
(Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse 2008, kapitel 35)

Dermed er det i høj grad blevet op til den enkelte kommune, hvordan man vælger at implementere målsætningerne i *Sund hele livet*.

Ideen bag at kommunerne skal håndtere forebyggelsesområdet er, at kommunerne har en tættere kontakt med borgeren end de øvrige offentlige institutioner (Christensen, Christensen & Ibsen 2006, s. 115). Decentralisering af offentlige opgaver til regioner og kommuner er det offentlige selvstyre, som er lovfæstet i Grundlovens § 82. Her hedder det, at kommunerne under statens tilsyn har ret til selv at styre kommunale anliggender ved lov. Kommunerne i Danmark varetager på denne baggrund størstedelen af velfærdsstaten og med Strukturreformen er den kommunale opgaveportefølje øget (Ibid., s. 42-43). Kommunerne har således fået mulighed for at udarbejde deres sundhedspolitikker uafhængig af staten og de øvrige kommuner. Sundhedsstyrelsen bidrager med råd og vejledning i forhold til indholdet i sundhedspolitikkerne, eksempelvis anbefalinger om

at arbejde evidensbaseret og have fokus på social lighed i sundhed. (SST 2006, s. 11 og SST 2007B, s. 1 og 22). Med kommunernes frihed på området for den borgerrettede forebyggelse kan man imidlertid frygte, at der vil blive tale om en meget differentieret indsats over for svært overvægtige fra kommune til kommune, da der her findes forskellige interesser, økonomiske muligheder og kompetencer. Konsekvensen af dette kan for eksempel være, at den sociale ulighed i overvægt mindskes i nogle kommuner, mens den negligeres i andre.

I den nye kommunalreform er aftalen om forebyggelsesområdet sammensat således, at kommunerne skal have et økonomisk incitament for at undgå for mange livsstilssygdomme hos borgerne, idet de bliver pålagt en medfinansiering af borgernes brug af sundhedsvæsenet. Kommunerne skal fremover betale 20 pct. af omkostningerne, når en af kommunens borgere for eksempel bliver indlagt på sygehuset (Christensen, Christensen & Ibsen 2006, s. 115). Der er to dele, der udgør denne medfinansiering. Den første del er et grundbidrag på 1.000-1.500 kr. pr. indbygger i kommunen. Den anden del er en betaling til regionen hver gang en borger fra kommunen benytter sig af regionens sundhedsvæsen.

Hensigten med modellen er, at kommunerne skal drives af økonomiske incitamenter til at lave forebyggende arbejde for på den måde at spare hospitalsindlæggelser (Pedersen 2006, s. 1226-1228).

Sundhedsøkonom Kjeld Møller Pedersen er dog stærkt kritisk over for denne model. Han mener ikke, at der tilnærmelsesvist er et økonomisk incitament i modellen for, at forebyggelsesarbejdet kan betale sig i kommunerne. Han anerkender, at det er vigtigt, at kommunen har et større og mere forpligtende arbejde i forhold til forebyggelsen, men påpeger med en række økonomiske argumenter, at modellen ikke giver kommunerne tilstrækkeligt incitament til dette. Han anbefaler i stedet, at staten blandt andet yder øremærkede tilskud til effektive forebyggende aktiviteter (Pedersen 2005, s. 19-20).

Uanfægtet denne kritik synes det hensigtsmæssigt med en kommunal medfinansiering, da det er tvingende nødvendigt for kommunerne med et økonomisk incitament til at iværksætte forebyggende foranstaltninger. Ellers vil der hurtigt opstå risiko for "kassetænkning" i kommunerne. Desuden kan forebyggelse og sundhedsfremme let blive taber i politiske prioriteringer, da området skal konkurrere med andre områder om de knappe ressourcer i kommunerne. Forebyggelse og sundhedsfremme giver således ikke hurtige politiske resultater, hvilket kan påvirke prioriteringen af området.

2 Problemstilling

Efter Strukturreformen er det blevet kommunernes opgave at varetage den borgerrettede forebyggelse af svær overvægt. Dette speciale tager udgangspunkt i denne nye opgave, og derfor vil der i det følgende blive undersøgt hvilke væsentlige problematikker kommunerne står overfor i forhold til svær overvægt.

Den følgende gennemgang af relevant forskning på området har til hensigt at identificere relevante problemstillinger på området for overvægt. Diskussionen af disse problemstillinger danner baggrund for udformningen af specialets problemformulering.

2.1 Forskning på området

Der foreligger store mængder forskning med fokus på overvægt. For at få et større videnskabeligt kendskab til området, er udvalgte forskningsdatabaser gennemført for relevante artikler og undersøgelser. Databaserne er udvalgt på baggrund af deres naturvidenskabelige eller samfundsvidenskabelige baggrund, som bør kunne give et bredt overblik over området. I gennemgangen af forskningslitteratur på området er følgende databaser udvalgt: Cochrane Library, Den danske forskningsdatabase (DEFF), Medline (PubMed), ERIC, Psycinfo, Center for Reviews and Dissemination (CRD) samt CSA Illumina (CSA). CSA er en samling af databaser og her inddrages de baser, som er vurderet til at være mest relevante i forhold til overvægt. De udvalgte databaser på CSA har hovedsageligt samfundsvidenskabeligt, naturvidenskabeligt og sociologisk sigte. En nærmere beskrivelse af databaserne kan ses i Bilag 1.

Foruden databaserne gennemgås væsentlige internationale og nationale myndigheder og organisationers publikationer på området, herunder WHO, Sundhedsstyrelsen, Indenrigs – og Sundhedsministeriet, Statens Institut for Folkesundhed (SIF) samt Danske Regioner.

Søgningen er delt op i to dele:

Første søgning skal identificere en hovedproblemstilling i forhold til svær overvægt, samt dokumentere dens relevans. Anden søgning fokuserer specifikt på litteratur, der er relevant i forhold til den identificerede problemstilling.

I den første del af søgningen opstilles begrænsede søgekriterier for ikke at udelukke eventuelle væsentlige artikler⁴:

(Obesity OR overweight) AND "public health"

En sådan bred søgning medfører et meget højt antal "hits" på tre af databaserne; Psycinfo, Medline og CSA (se Bilag 3), hvilket betyder, at disse ikke vil blive benyttet i den første søgning. Dette gøres ud fra den betragtning, at de andre databaser i første omgang bidrager med det ønskede; en overordnet forståelse af problemstillingerne på området. Dette er naturligvis en begrænsning i søgeresultaterne, men på baggrund af det store antal artikler, der er medtaget fra de forskellige databaser, er det muligt at dokumentere væsentlige problemstillinger på området. Dette skal ses i lyset af, at især Cochrane Library har fokus på den naturvidenskabelige forskning på området, samt at flere artikler i ERIC og DEFF fokuserer på de sociale, samfundsmæssige og psykosociale faktorer.

Søgningen på databaserne samt internationale og nationale myndigheders publikationer har resulteret i et højt antal artikler. En væsentlig del af disse er blevet frasorteret på grund af manglende relevans. I Bilag 3 beskrives hvilke kriterier, der danner baggrund for frasorteringen⁵.

Søgningen resulterede i 125 relevante artikler. En nærmere beskrivelse af formål og resultater for disse artikler kan aflæses i Bilag 5. De mest relevante af disse artikler vil blive anvendt som primærartikler i de følgende afsnit. De anvendte primærartikler er udvalgt på baggrund af, at de vurderes som værende af høj videnskabelig integritet. De fleste artikler er således "peer-reviewed"⁶ og desuden består mange af de udvalgte artikler af "reviews"⁷. For overskuelighedens skyld er der for hvert underafsnit lavet en tabel, der beskriver de anvendte artiklers formål, resultater og metode. Tabellerne kan ses i Bilag 6-10. Litteraturhenvisningerne fra litteraturstudiet er placeret i et separat afsnit af litteraturlisten (se afsnit 10.1).

På baggrund af den første søgning, gennemgås i følgende emner: Årsagerne til overvægt, erfaringer med interventioner rettet mod svær overvægt, socialt betinget fedme, samt evidens på området.

I første del af afsnitte søges en definition af overvægt for på den måde at foretage en afklaring af opgavens centrale begreb.

⁴ De individuelle søgekriterier og –resultater kan ses i Bilag 2.

⁵ Der var 6 artikler, som ikke kunne anskaffes, de kan ses i Bilag 4.

⁶ Resultaterne fra forskningen er gennemgået og evalueret af andre forskere.

⁷ Systematisk gennemgang af litteratur på et område.

2.1.1 Definition af overvægt

I forskningslitteraturen skelnes der typisk mellem overvægt i barndommen og overvægt i voksenalderen. Fælles for definitionerne er dog, at de typisk tager udgangspunkt i Body Mass Index (BMI)⁸ (WHO 2007, s. 1). Bilag 6 indeholder en tabel, der beskriver de anvendte artiklers formål, resultater og metode i forhold til definitioner af overvægt.

Overvægt i voksenalderen

Der synes konsensus i forskningslitteraturen om at definere overvægt hos voksne som en BMI på mellem 25 og <30 og svær overvægt som en BMI på ≥ 30 . Der er dog visse forbehold over for at benytte BMI, som indikator for vægt. Etnicitet og kropsbygning kan for eksempel have afgørende indflydelse på udfaldet af BMI, hvilket betyder, at BMI ikke er særlig hensigtsmæssig at benytte som indikator for svær overvægt for det enkelte individ. Men i forhold til at studere udviklingen for en population, er det den mest hensigtsmæssige metode at benytte (Colquitt m.fl. 2007, s. 2).

Akkumulation af kropsfedt i det abdominale område har stor betydning for mange af de stofskiftemæssige konsekvenser svær overvægt medfølger. Derfor kan måling af taljeomkredsen give en simpel og praktisk alternativ til BMI (WHO 1998, s. 7 og 10)

Overvægt i barndommen

At definere overvægt blandt børn er omdiskuteret i forskningslitteraturen. Under den normale vækst i barnealderen ændres kropsproportionerne, så de grænser vi kender fra voksne ikke kan anvendes. Alternativt anbefales det at undgå BMI som måleenhed og i stedet benytte sig af hudfoldsmålinger eller kg/m^3 (Wedderkopp m.fl. 2001. s. 3-5).

2.1.2 Hvordan opstår overvægt

Der er generel enighed i forskningslitteraturen om, at kimen til overvægt skal findes i mange forskellige forhold, som både kan være samfundsmæssige, fysiologiske og psykologiske. Derved skal grunde til overvægtig findes på et individuelt såvel som et kollektivt eller samfundsmæssigt niveau. Årsagen til overvægt synes altså at være multifaktoriel og opstår således i et samspil mellem en række faktorer.

I tabellen i Bilag 7 beskrives de anvendte artikler, der beskæftiger sig med hvordan overvægt opstår.

⁸ BMI udregnes som vægt/m^2

Samfundsmæssige faktorer

Ved samfundsmæssige faktorer forstås en lang række forhold såsom sociale, kulturelle og miljømæssige forhold, socioøkonomisk status, social arv, manglende regulering af fødevareindustrien, manglende politisk interesse, den generelle samfundsudvikling, stilsiddende arbejde, større urbaniseringsgrad mv. Den generelle udvikling i økonomien samt den teknologiske udvikling i I-landene har været medvirkende til, at svær overvægt er blevet bredt udbredt i vesten. Udviklingen resulterer i et større indtag af kalorier hos befolkningerne i I-landene, hvilket blandt andet kobles sammen med relativt lavere priser på energiholdig mad, set i forhold til inflationen. Dette er blandt andet konklusionen i artiklen *Economic causes and consequences of Obesity* (2004), der bygger på et studie, der undersøger historisk data om hvordan livsstil og arbejdsmønster har udviklet sig siden 1960'erne og frem til i dag (Finkelstein m.fl. 2004, s. 239- 242 og 249). Samme konklusion i artiklen *Obesity – Preventing and managing the global epidemic* fra WHO, hvori en række af de nævnte faktorer gennemgås. Rapporten tager afsæt i diverse forskningsresultater på hvert af områderne, hvorefter de er samlet i rapporten (WHO 1998, s. 125-132).

Fysiologiske faktorer

Fysiologiske faktorer såsom arvelige/genetiske forudsætninger, køn, sygdom mv. kan spille en rolle i forhold til udvikling af overvægt. Der kan således antydes en sammenhæng i risikoen for at udvikle svær overvægt, på baggrund af arvelige/genetiske forudsætninger (WHO 1998, s. 138-139).

Kost

Manglende ligevægt mellem energiindtag og energiforbrug, kostmønstre, højt sukkerindtag, manglende indtag af frugt og grønt er nogle af de kost-relaterede faktorer, der kan være med til at forårsage svær overvægt (Wedderkopp m.fl. 2001. s. 3-5). Et review af 30 forskellige studier har dog ikke fundet en tydelig sammenhæng af kost-indtagelse i forhold til udvikling af overvægt og forandring i BMI (Togo m.fl. 2001 s. 1741-1747).

Manglende fysisk aktivitet

Manglen på fysisk aktivitet nedsætter energiforbruget og gør det vanskeligt at bevare vægtstabilitet i et samfund med et rigeligt udbud af fødevarer. Et studie viser, at jo mere konditionen øges imellem tests af en række forsøgspersoner, jo mindre er risikoen for øgning af kropsvægten mellem undersøgelserne. Undersøgelsen tyder ifølge forfatterne på, at lav fysisk aktivitet er af betydning for udvikling af fedme (Stallknecht & Galbo 2000, s. 1-3). Et andet studie støtter dog ikke op om, at

fysisk inaktivitet fremkalder svær overvægt, men antyder i stedet, at svær overvægt leder til fysisk inaktivitet (Petersen & Sørensen 2003, s. 383).

Udviklingen af svær overvægt hos børn og unge

Forskningen på området indikerer en sammenhæng mellem at være overvægtig som barn og at blive overvægtig som voksen (Bar-Or 2000, s. 1-4). Derfor synes det relevant at beskrive udviklingen i antallet af svært overvægtige børn i Danmark, idet den kan give et billede af, hvordan den fremtidige udvikling ser ud på området. Artiklen *Fedme blandt børn – med særlig vægt på danske forhold* beskriver årsagerne for udviklingen af overvægt for børn og unge som multifaktorielle og påvirkes i høj grad af livsstil og sociale forhold. Det understreges, at langt størstedelen af svært overvægtige børn kommer fra familier med lav socioøkonomisk status. Udviklingen peger desuden i retning af, at andelen af børn og unge, der er svært overvægtig, er stigende (Wedderkopp m.fl. 2001 s. 163).

En undersøgelse af københavnske skolebørn viser en markant stigning i prævalensen af overvægt hos både drenge og piger set over en periode fra 1947 til 2003. Således er overvægt hos eksempelvis 6-8årige piger steget med faktor 8 og svær overvægt med faktor 20⁹. Forfatterne af artiklen udtrykker derfor en stærk bekymring for udviklingen af svær overvægt hos de danske børn (Pearson m.fl. 2006, s. 158-160).

Disse undersøgelser underbygger, at der er tale om en negativ udvikling i antallet af svært overvægtige i det danske samfund, idet der også blandt børn og unge er sket en kraftig stigning i antallet af svært overvægtige.

2.1.3 Erfaringer med interventioner rettet mod svær overvægt

Forskningslitteraturen beskæftiger sig med en lang række af interventioner rettet mod overvægt. I det følgende afsnit kategoriseres de forskellige erfaringer med interventioner rettet mod svær overvægt. For overskuelighedens skyld kan de anvendte primærartikler til afsnittet ses i tabellen i Bilag 8.

Kostinterventioner

Adskillige studier viser, at indgreb i kosten hos den enkelte borger har en gavnlig effekt i forhold til at undgå vægtforøgelse på forholdsvis kort sigt, idet kostændringerne er med til at mindske energi-

⁹ Faktor 8 og faktor 20 skal forstås således, at antallet af overvægtige piger der er kommet op i kategorien overvægtig/svært overvægtig er hhv. 8 og 20 gange højere i 2003 i forhold til 1947.

indtagelsen, som menes at være en af grundstenene til den øgede vægtstigning hos populationer generelt. Et interventionsstudie har forsøgt sig med rådgivning af forsøgspersoner om kost i en periode. Dette gav nyttige resultater på kort sigt, idet der hos forsøgspersonerne kunne spores en ændring i kostmønstret (Brunner m.fl. 2007, s. 1-5). Flere studier fokuserer dog på at kostinterventioner netop kun virker på kort sigt og derfor ikke medfører permanente livsstilsændringer. I artiklen *Medicare's Search for Effective Obesity Treatments* henvises der til de langsigtede effekter af kaloriefattige diæter. Artiklen dokumenterer, at mellem en tredjedel og to tredjedele af forsøgspersonerne efterfølgende tager mere vægt på end de først tabte ved diæten (Mann m.fl. 2007, s. 220-223).

Øget fysisk aktivitet

Undersøgelsen *Exercise for overweight or obesity*, der gennemgår en lang række kliniske interventionsstudier med fokus på fysisk aktivitet, viser, at interventionsformer med fokus på ændring i fysisk aktivitet hos individer har stærk evidens i forhold til at nedsætte risikoen for forøget vægt. Disse interventioner har desuden vist sig mere effektiv, når de kombineres med fx ændrede kostvaner og personlig vejledning. Desuden pointeres det, at øget fysisk aktivitet er med til at øge stofskiftet både i hvile og arbejde, hvilket betyder, at forbruget af energi sættes i vejret. Dette er med til at holde energibalancen nede, som i den sidste ende er væsentligt for at undgå vægtstigning (Shaw m.fl. 2007, s. 2-7).

Kirurgiske, psykologiske og farmaceutiske indgreb

Et studie konkluderer, at operationsindgreb på ekstremt overvægtige i de fleste tilfælde resulterer i et umiddelbart og langtidsholdbart vægttab (Colquitt m.fl. 2007 s. 1-4). Men da kirurgiske indgreb kun anbefales for folk med en BMI på >40 (med visse undtagelser) synes en sådan løsning dog ikke at kunne afhjælpe den generelle fedmeepidemi, men populært sagt, kun fjerne toppen af isbjerget. Det kan desuden være svært at isolere virkningen af selve indgrebet og der kan endvidere opstå en række komplikationer forbundet med et sådan indgreb (Fernandes m.fl. 2007, s. 1-3 og 9-10).

Adfærdsstrategier kan medvirke til et større vægttab, specielt kombineret med kost- og diætstrategier. Desuden har motivation, selvopfattelse og andre psykologiske faktorer indflydelse på opnåelse af vægttab (Shaw m.fl. 2007, s. 1-5 og 12-13)

Lægemidler kan indgå i interventionsprogrammer koncentreret om diæter (SST 2003, s. 59). Der er imidlertid ikke fundet sikre eller effektive farmaceutiske interventioner til behandling af svær overvægt blandt børn og unge (Bar-Or 2000, s. 2).

Multi-facetterede interventioner

Undersøgelser der har haft fokus på multi-facetterede interventioner, hvor man i et forsøg som eksempel benytter sig af kost, fysisk aktivitet og information samtidig, har stærk evidens for at være begrænsende i vægtforøgelse hos de deltagende. Særligt blandt børn og unge har denne form for intervention været brugt med succes. Cochrane-reviewet *Interventions for preventing obesity in children*, har opsamlet erfaringer fra 21 forskellige studier, der har haft fokus på at lave flere interventioner på én gang. Sammenfatningen af undersøgelserne fremhæver, at der i næsten alle studierne var fremgang hos forsøgspersonerne, både i form af kost og fremme af fysisk aktivitet (Summerbell m.fl. 2007, s. 1-5).

Miljømæssige ændringer

Undersøgelser der tager udgangspunkt i interventioner med fokus på miljø-forandringer har moderat dokumentation for evidens, i forhold til at nedsætte risikoen for vægtforøgelse. Sådanne interventioner har til hensigt at støtte individet til at træffe sunde valg, som eksempelvis at lette adgangen til fysisk aktivitet. En gennemgang af en række forskellige projekter i flere lande, der benyttede sig af undervisningsinterventioner, havde ingen virkning på længere sigt. I flere tilfælde var der tale om en øget fysisk aktivitet, men ikke tilstrækkeligt til at medføre vægttab (Fogelholm og Lahti-Koski 2002, s. 173-177)

Livsstilsændringer virker bedst, når hele familien inddrages i processen og hos børn er der specielt opnået gode resultater ved inddragelse af skolen. Det er vigtigt, at det samfund der omkranser individet er medspiller i kampen mod fedme - både familie og lokalsamfund – og her er skolen en vigtig arena. Sundhedsstyrelsen har udarbejdet rapporten *Forebyggelse af overvægt med skolen som arena*, som belyser effekten af skolebaserede interventioner til at forebygge overvægt. Der findes kun få publicerede resultater fra kontrollerede studier af effekten af skolebaserede interventioner mod overvægt – og de fleste af disse er udenlandske. Desuden er de eksisterende studier meget forskellige, så det er vanskeligt at konkludere noget sammenfattende om studierne. Undersøgelsen konkluderer dog, at det er muligt at opnå moderate positive effekter på skolebørns sundhedsadfærd, vægt og forebyggelse af vægtøgning gennem skolebaserede interventioner (SST 2006, s. 6-7 og 32-33).

I artiklen *The role of FCS in the obesity epidemic – Supporting healthy lifestyle choices* argumenteres for nødvendigheden af, at man fra øverste politiske niveau og ned til lokalt politisk niveau træffer politiske beslutninger, der bidrager til at øge den fysiske aktivitet for befolkningen, som eksempelvis bedre forhold for fodgængere og cyklister (Yadrick 2005, s. 8-12).

Politisk regulering

Interventioner med baggrund i politisk regulering af bestemte områder har begrænset dokumentation for evidens. Det skyldes, at der mangler undersøgelse af disse ”stor-skala” interventioner. WHO har udarbejdet rapporten *What is known about the effectiveness of economic instruments to reduce consumption of foods high in saturated fats and other energy-dense foods for preventing and treating obesity* (WHO 2006), der retter fokus mod at samle evidensbaseret viden, der kan dokumentere hvor effektivt økonomiske instrumenter kan forebygge og reducere svær overvægt. Studiet konkluderer, at der ikke er direkte bevis for en kausal sammenhæng mellem politikbaserede økonomiske instrumenter og indtagelse af mad. Et andet studie i USA finder en forbindelse mellem prisforskelle og BMI hos små børn (WHO 2006, s.8-9 og 13-17). Studierne i WHO-rapporten antyder en moderat effekt af prisforskelle på fødeindtagelse og vægt, men der er nogle vigtige begrænsninger i forhold til generaliseringen. WHO-rapporten fremlægges desuden resultater, der indikerer, at reduktion af prisen af frugt, grøntsager og andre sunde fødevarer øger indtagelsen af disse. Rapporten kunne ikke entydigt påvise, hvorvidt der er evidens for at prisen på fødevarer, har indflydelse på indtagelse af sunde fødevarer (Ibid.).

2.1.4 Socialt betinget overvægt

I en lang række undersøgelser er der dokumentation for, at der hos de lavest uddannede i befolkningen er en større prævalens af overvægtige. Dette gør sig desuden gældende for børn af forældre med lavt uddannelsesniveau. Undersøgelserne viser endvidere, at socioøkonomiske forhold og intelligensniveau har en betydning i udviklingen af overvægt, samt evnen til at opnå vedvarende vægttab. Undersøgelsen *Lifestyle, social class, and obesity – the Copenhagen male study*, der tager udgangspunkt i mænd fra forskellige grupper, viser en sammenhæng mellem overvægt og social gruppe. (Suadicani m.fl. 2005, s. 236-242). Et studie viser endvidere, at informationsinterventioner kun har en lille effekt, især for den del af befolkningen, som er dårligt socialt stillede. Det gælder for eksempel hos folk hvor uddannelsesniveauet er lavere end hos den øvrige befolkning. Samme studie påpeger, at der er en sammenhæng i forhold til individers evne til kognitiv forståelse og evne til at modtage og implementere råd og vejledning om overvægt ind i deres hverdag. Dette har indflydelse på, hvorfor nogle sociale grupper har sværere ved at gøre brug af viden til at tilpasse en sund livsstil end andre (Halkjær m.fl. 2003, s. 1238-1243). Tabellen i Bilag 9 beskriver de anvendte primærartikler i forhold til socialt betinget overvægt.

2.1.5 Manglende evidens

Der synes at mangle forskning, der evaluerer og søger evidens for forskellige interventioner rettet mod svær overvægt. Dette gælder både for forebyggelses- såvel som behandlingsinterventioner, på individ- såvel som makroplan, samt hvordan succesfulde interventioner i ”en forsøgsmæssig setting” kan overføres til praksis. En artikel der systematisk har gennemgået Cochrane-studier for at dokumentere effektiviteten af disse, savner forskning, der kan påvise effektive og kost-effektive metoder til at forhindre overvægt (Summerbell m.fl. 2002, s.2-7 og 10).

I flere studier har man været skeptisk med at fortolke resultaterne, idet det i nogle tilfælde har været besværligt at isolere virkningen af den undersøgte intervention, hvilket medfører et tab af validitet i disse undersøgelser (Kristjansson m.fl. 2007, s. 20-22).

Forskningen om forebyggelse af svær overvægt er i flere henseender kritiseret for at være mangelfuld. Dette gør sig især gældende i forbindelse med storstilede politiske programmer (eksempelvis infrastrukturforbedringer med henblik på at fremme fysisk aktivitet), hvor man har svært ved at isolere de enkelte effekter af forebyggelsesindsatsen (Thomas m.fl. 2004, s. 8-10).

I Danmark lægger Regeringen i høj grad op til, at det skal være evident forskning, der danner baggrund for forebyggelsestiltag i Danmark og at omkostningseffektive forebyggelsesmetoder skal opprioriteres. (Indenrigs- og Sundhedsministeriet 2002, s. 9 og 59-60). Dermed er det Regeringens intention så vidt muligt at gøre brug af evidensbaserede interventioner, der kan betale sig.

I flere artikler understreges nødvendigheden af, at der gøres noget akut for at standse stigningen i antallet af svært overvægtige, men samtidig har selv samme artikler svært ved at bidrage med relevant evident forskning, der dokumenterer effekten af storstilede interventioner. Trods denne manglende evidens understreges det i flere artikler, at der fra politisk hold bør ses bort fra omkostningseffektive forebyggelsesprogrammer, da problemets omfang er så kritisk, at man bør handle uanset manglen på dokumentation (Svendsen m.fl. 2001, s.18). I tabellen i Bilag 10 findes en beskrivelse af de anvendte primærartikler i afsnittet.

2.1.6 Opsamling af litteraturgennemgang

Kategorisering af vægt foregår hovedsageligt ved hjælp af BMI, og trods sine begrænsninger giver indekset god mulighed for at sammenligne på tværs af undersøgelser. Derfor vil dette speciale benytte BMI til kategorisering af overvægt.

Årsagerne til overvægt er forskellige, men synes hovedsageligt at være betinget af flere forskellige faktorer, herunder er der både individuelle samt samfundsmæssige faktorer, der tilsammen er medvirkende til udvikling af overvægt. Disse faktorer påvirker forholdet mellem indtagelse og forbrug af energi, der over en længere periode kan medføre vægtforandring.

I gennemgangen af litteraturen er der visse forhold, der synes relevante i problematikken vedrørende det høje antal af svært overvægtige.

For det første er der flere forskellige interventionsformer, der synes at have effekt, hvor interventioner der omfatter flere forskellige niveauer og aktører, synes som værende de mest succesfulde.

For det andet synes der at indgå et socialt element i fedmeepidemien. Dette ses blandt andet ved, at der i den del af befolkningen, som har det laveste uddannelsesniveau, er en væsentlig større andel af overvægtige i forhold til resten af befolkningen. Forskningen på området viser endvidere, at informationskampagner ikke synes at være effektive over for denne del af befolkningen.

For det tredje fokuseres der i adskillige af artiklerne på, at der mangler evidensbaseret forskning med helt sikre indikationer på virkningen af interventionerne.

Problematikken omkring evidens vil ikke blive behandlet direkte, men indgår som et væsentligt element i analysen. Vi hæfter os ved det fremførte argument, at problemets omfang er så kritisk, at man fra politisk hold bør handle uanset manglende evidens. Dette argument lægger sig op af forsigtighedsprincippet, som i Danmark oftest er anvendt i forbindelse med miljøsager (Institut for Miljøvurdering 2003). Princippet indgår i flere internationale traktater, heriblandt EU-traktaten og definitionen her stammer fra en meddelelse som EU-Kommissionen vedtog i februar 2000. Her hedder det blandt andet, at forsigtighedsprincippet kan anvendes, når der er behov for handling, fordi der muligvis foreligger fare for menneskers sundhed. Dette kan være relevant i tilfælde hvor den gængse forskning mangler dokumentation, men hvor der foreligger en mistanke om forhold der kan skade den folkelige sundhed. På denne måde kan forsigtighedsprincippet anvendes, selvom der ikke foreligger evidens der umiddelbart berettiger indgriben i en given problematik (Ibid.).

På baggrund af den første del af litteratursøgningen synes der at kunne konkluderes følgende:

1. Svær overvægt rammer socialt skævt, og den mest udsatte målgruppe synes at være individer, med lav socioøkonomisk status og/eller lavt uddannelsesniveau.
2. Den mest effektive strategi i forvaltningen af det overordnede mål om at stoppe stigningen i antallet af svært overvægtige synes at være at inddrage mange aktører og niveauer.

Svær overvægt rammer socialt skævt og på baggrund af den første del af litteratursøgningen, vil der i den anden del af søgningen blive rettet fokus mod social ulighed i forhold til overvægt.

2.1.7 Anden del af litteratursøgningen

I denne del af litteratursøgningen rettes fokus mod social ulighed i forhold til svær overvægt. I søgningen inddrages databaserne CAS, Medline og Psycinfo. Desuden inddrages artikler fra Statens Institut for Folkesundhed (SIF). Søgekriterierne i den anden del indskrænkes, så der ud over overvægt og folkesundhed generelt, fokuseres på sociale forhold og offentlig politik:

(Obesity OR overweight) AND "public health" AND social* AND "public policy"

De specifikke søgekriterier og begrundelser for fravælgelse af artikler kan ses i Bilag 11. Formål, resultater og metode for hver af de anvendte artikler kan ses i tabellen i Bilag 12. Litteraturhenvisningerne til søgningen er angivet i et særskilt afsnit i litteraturlisten (afsnit 10.1.2).

Flere undersøgelser viser, at risikoen for at udvikle svær overvægt er størst hos grupper med lav socioøkonomisk status (Robert og Reither 2004, s. 2431 og 2432; Sherman m.fl. 2006, s. 557-559 og Wilkinson & Pickett 2006, s. 1). DeMattia og Denney tager i deres studie udgangspunkt i *The Ecological Systems Theory*, som angiver, at sundhedsadfærd ikke kan forklares uden at overveje hvilke relationer og systemer individet indgår i. Faktorer som socioøkonomisk status, omgivelser, familie, gener m.m. kan alle påvirke individets udvikling i forhold til sundhed (DeMattia og Denney 2008, s. 85-86). Figuren i Bilag 13 viser netop de faktorer, der kan påvirke individet. Figuren indeholder individuelle livsstilsfaktorer, sociale relationer og fællesskaber samt socioøkonomiske, kulturelle og miljømæssige vilkår som de overordnede forhold, der kan øve indflydelse på sundhed (SIF 2006, s. 18). Disse faktorerers betydning for socialt udsatte uddybes i et studie (Nakhaie m.fl. 2007). Resultaterne fra undersøgelsen viser, at den sociale arv, levevilkår, boligstandard, forhold i det lokale miljø, psykosocial belastning og arbejdsbetingede forhold påvirker helbredet. Social ulighed kan endvidere have betydning i forhold til brugen af sundhedsvæsenets ydelser og forebyggende tilbud. Personer med mangel på social kapital¹⁰ har dårligere adgang i forhold til støtte og ressourcer, som er væsentlige i forhold til at forbedre sundheden. Gruppen har desuden generelt mindre viden om sundhed, hvilket ligeledes påvirker helbredstilstanden hos gruppen. Det fremhæves i undersøgelsen, at sociale relationer er væsentlige i forhold til at individer træffer sunde valg. Relationerne kan være med til at opbygge en bevidsthed omkring sundhed og give et øget selvværd (Nakhaie m.fl. 2007, s. 578-579).

¹⁰ Forståelse af social kapital formuleres i afsnit 4.3.

Den første del af søgningen identificerede problematikken vedrørende manglende evidens i forhold til svær overvægt. Denne problematik er særligt gældende for socialt udsatte grupper, idet der i høj grad mangler evidens for omkostningseffektive forebyggende interventioner for gruppen (Krasnik & Rasmussen 2002, s. 1-2).

Flere studier har anbefalinger i forhold til, hvad der kan gøres for at mindske den sociale ulighed i forhold til svær overvægt. Et studie anbefaler for eksempel at rette fokus mod interventioner, der målrettet forsøger at nedbringe uligheden i sundhed. Der efterlyses således effektive forebyggelsesindsatser rettet mod højrisikogrupper (Sarlio-Lähteenkorva 2005, s. 40). I et andet studie anbefales det at fokusere på miljøet omkring individet for derigennem at påvirke sundhedsforbedrende adfærd (Nakhaie m.fl. 2007, s. 578-579). Social ulighed i sundhed og sygelighed elimineres ikke alene ved forebyggelseskampagner, men kræver dybdegående politiske reformer (Brønnum-Hansen 2006, s. 2069). Desuden fremhæves det i et studie, at den sociale ulighed kan minimeres ved at inddrage en lang række faktorer i det forebyggende arbejde. Der lægges vægt på et udvidet samarbejde imellem de offentlige instanser i forhold til at lave en effektiv forebyggelse for socialt udsatte (Krasnik & Rasmussen 2002, s. 4 og 5).

Opsummerende viser studierne i den anden litteratursøgning, at der er adskillige sociale og samfundsmæssige faktorer, der har indflydelse på de socialt udsattes udvikling af overvægt. Det anbefales at satse på forebyggelse af overvægt hos denne gruppe for at minimere den sociale ulighed. Samtidig er det et væsentligt problem, at der mangler evidens for effektive forebyggelsesinitiativer for socialt udsatte. Derved underbygger specialets anden og mere fokuserede forskningsgennemgang resultaterne fra den første søgning.

På baggrund af konklusionerne fra litteraturstudierne, vil **målgruppen** for dette speciale derfor være:

- individer med lav socioøkonomisk status.¹¹
- individer med lavt uddannelsesniveau.

2.2 Socialt perspektiv på svær overvægt i Danmark

Forskningsgennemgangen i det ovenstående afsnit viste, at der forekommer en social ulighed i forhold til svær overvægt. I dette afsnit vil det blive undersøgt nærmere, hvorledes den sociale skævhed i forhold til svær overvægt tager sig ud i Danmark. Dette gøres med henblik på at

¹¹ Borgere på overførselsindkomster (jvf. afsnit 2.2).

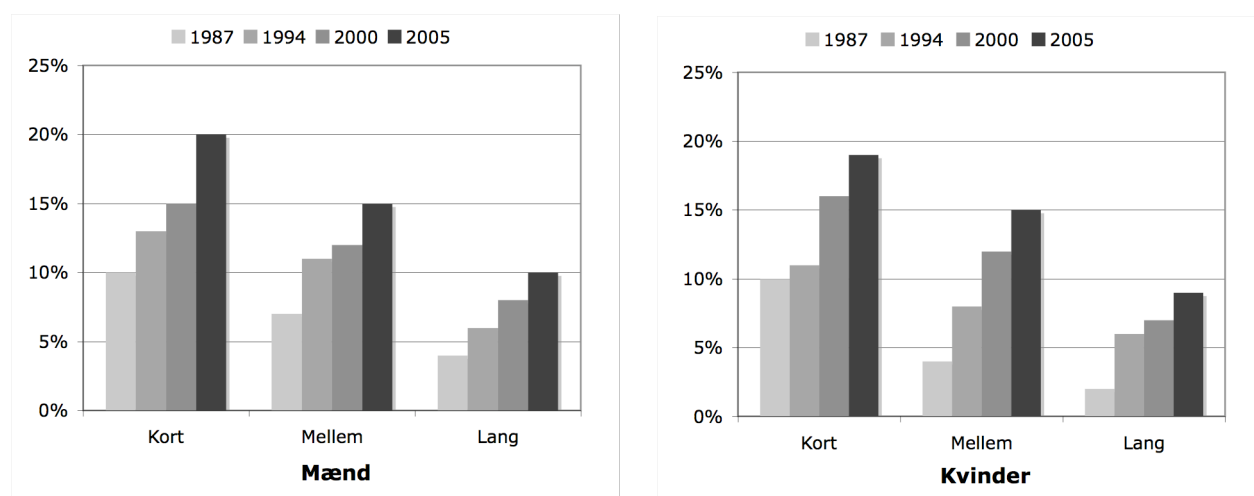
dokumentere problemstillingens relevans i en dansk kontekst. I forhold til specialets målgruppe benyttes socioøkonomisk status og uddannelse som de væsentligste sociale indikatorer.

Afsnittet tager udgangspunkt som beskrevet udgangspunkt i uddannelsesniveau og socioøkonomiske forhold, som sociale indikatorer for uligheden. Alternativt kunne den sociale element deles op i andre undergrupper som hjemløse, misbrugere, forskellig etnicitet, handicap osv. Fokus er dog lagt på to brede indikatorer socioøkonomisk status og uddannelse, idet relevansen i dette speciale er at få et bredt udsnit af befolkningen, hvor der er social ulighed i forhold til svær overvægt. Disse indikatorer sammenholdes med hvordan udviklingen har været på området.

De anvendte danske tal er fra Socialforskningsinstituttets rapporter *Sundhed og sygelighed i Danmark & udviklingen siden 1987* (SIF 2006) og *Sundhed og Sygelighed i Danmark 2000 & udviklingen siden 1987* (2002).

I Danmark er der en markant sammenhæng mellem antallet af svært overvægtige og uddannelsesniveau (se figur 2.1). Der er således sket en stigning i andelen af svært overvægtige mænd med kort uddannelse fra 10 til 20 pct. i perioden 1987-2005. I samme periode er andelen af svært overvægtige mænd med lang uddannelse steget fra 4 til 10 pct.. Dermed er der dobbelt så mange svært overvægtige i gruppe med kort uddannelse set i forhold til mænd med lang uddannelse. Det samme billede gør sig gældende hos kvinder, hvor andelen af svært overvægtige hos gruppen med kort uddannelse er steget fra 10 til 19 pct. i perioden 1987 til 2005, er andelen af svært overvægtige kvinder med lang uddannelse steget fra 2 til 9 pct..

Der kan trækkes to overordnede konklusioner ud af disse tal. For det første er det tydeligt, at der er en social skævvridning i antallet af svært overvægtige i forhold til uddannelsesniveau. For det andet er der tale om en reel stigning i den sociale ulighed i forhold til svær overvægt fra 1987-2005, da der for lavt uddannede mænd er tale om en stigning på 10 procentpoint for andelen af svært overvægtige, hvorimod der kun er tale om en stigning på 6 procentpoint for højtuddannede mænd. For kvinder er stigningen på henholdsvis 9 og 7 procentpoint for lavt og højtuddannede (SIF 2006, s. 115). Dermed er der i perioden tale om, at den sociale ulighed i forhold til svær overvægt rent faktisk er øget.

Figur 2.1

Kilde: SIF 2006, s. 115, Figur 3.6.1

Foruden uddannelsesniveau, varierer antallet af svært overvægtige afhængigt af socioøkonomisk baggrund (se tabel 2.1). Andelen af arbejdsløse, som er svært overvægtige, var i 2005 på 16 pct. og for førtidspensionister 24,6 pct.. Anderledes ser det ud for gruppen af lønmodtagere på højeste niveau. Her er andelen af svært overvægtige på 6,3 pct. og for topledere ligger andelen på 8,2 pct. i samme periode. Overordnet viser tallene i tabel 2.1 altså en sammenhæng mellem socioøkonomisk status og andel af svært overvægtige.

Tabel 2.1

Andel svært overvægtige (BMI ≥ 30) i Danmark 2005

		Procent	Antal
Socioøkonomisk gruppe	Selvstændig med ansatte	10,5	490
	Selvstændig uden ansatte	10,6	424
	Topleder	8,2	466
	Lønmodtager højeste niveau	6,3	1227
	Lønmodtager mellemniveau	8,0	1975
	Lønmodtager grundniveau	12,9	2969
	Anden lønmodtager	14,4	641
	Arbejdsløs	16,0	508
	Uddannelsessøgende	5,0	1369
	Førtidspensionist	24,6	578
	Efterlønsmodtager	16,0	520
	Alderspensionist	12,8	2864
	Andre	16,4	358

Kilde: SIF 2006, s. 116, uddrag fra tabellen.

Tal fra en tilsvarende undersøgelse (SIF 2002) viser, at der hos arbejdsløse var 13,4 pct. svært overvægtige og hos førtidspensionister 17,4 pct. i år 2000 (SIF 2002, s. 368). Hvis man sammenligner tallene fra de to undersøgelser, viser udviklingen, at der i perioden 2000 til 2005 er tale om en stigning for de arbejdsløse på 2,6 procentpoint og for førtidspensionister på hele 7,2 procentpoint i perioden.

Der er ingen tal på topledere fra år 2000, men for lønmodtagere på højeste niveau¹² var andelen af svært overvægtige 7,0 pct. i 2000. Dermed er andelen af svært overvægtige lønmodtagere på højeste niveau blot steget med 0,7 procentpoint i perioden 2000 til 2005.

Samlet kan det konkluderes, at der både i gruppen af lavt uddannede og i gruppen af folk på overførselsindkomster er en væsentlig større prævalens af svært overvægtige end hos resten af befolkningen og at andelen er steget over de seneste år. Desuden viser tallene, at den sociale ulighed i svær overvægt er øget i perioden 1987-2005. Der forekommer altså en ulighed for disse grupper, og derfor vil den del af specialets målgruppe, som relaterer sig til socioøkonomisk status, tage udgangspunkt i svært overvægtige på overførselsindkomster.

2.3 Kortlægning af kommunernes forebyggelses- og sundhedsfremmeindsats

På baggrund af Sundhedslovens § 119, hvori det som beskrevet hedder, at kommunalbestyrelser har ansvaret for forebyggelse og sundhedsfremme i kommunerne, har Sundhedsstyrelsen iværksat *Kortlægning af kommunernes forebyggelses- og sundhedsfremmeindsats 2008* (SST 2008A). Kortlægningen har overordnet tre formål. Dels at gøre status over kommunernes forebyggende og sundhedsfremmende indsatser, dels at undersøge hvor der er behov for at udvikle indsatsen og dels at undersøge rådgivningsbehovet for kommunerne, således at Sundhedsstyrelsens rådgivning kan optimeres.

Undersøgelsen tager udgangspunkt i en spørgeskemaundersøgelse, der er gennemført i samtlige 98 kommuner, samt 29 kvalitative interviews foretaget i 15 udvalgte kommuner. Data behandles på et aggregeret niveau.

Der er taget kontakt til Sundhedsstyrelsen og Rambøll (som har foretaget undersøgelsen) for at få adgang til rådata fra undersøgelsen. Dels for at kunne krydstjekke for forhold, som Sundhedsstyrelsen ikke medtager i sin kortlægning (som for eksempel hvilke kommuner, i forhold til størrelse og geografisk beliggenhed, der har valgt at rette forebyggelsesindsatsen mod udsatte

¹² Oplistet som ”Funktionær P” i tallene fra 2000 (SIF 2002, s. 368).

grupper inden for området ”overvægt”) og dels for at kunne bruge oplysningerne i forbindelse med en ”most different” udvælgelse af to kommuner (se afsnit 5.2.1). Vi er imidlertid blevet nægtet adgang til data, da Sundhedsstyrelsen har lovet kommunerne fuld anonymitet i forbindelse med undersøgelsen.¹³ Vi har til gengæld fået udleveret bilagsrapporten til undersøgelsen, og ved at anvende tal fra både kortlægningen og Bilagsrapporten (SST 2008B), tegnes der et godt billede af kommunernes indsats på et aggregeret niveau. Resultaterne i undersøgelsen bygger imidlertid på et spørgeskema, hvor svarmulighederne ikke specificeres særligt tydeligt. Eksempelvis kan hensigtsmæssigheden af følgende spørgsmål diskuteres: ”*Hvilke af følgende områder er omfattet af kommunens indsats inden for sundhedsfremme og forebyggelse?*” (Bilag 14, s. 4) Ud fra denne formulering er det dermed op til respondenterne at fortolke, hvad der forstås ved ”indsats”, hvilket mindsker undersøgelsens interne validitet.

Kortlægningen af kommunernes indsats bidrager til at danne et overblik over hvilke målgrupper, der fokuseres på i det forebyggende arbejde. I denne forbindelse skal der, som diskuteret ovenfor, tages forbehold for resultaterne i undersøgelsen. I forhold til hvilke målgrupper der bliver fokuseret på, er det op til den enkelte respondent at vurdere hvilke af målgrupperne, der er omfattet i indsatserne. I spørgeskemaet stilles spørgsmålet: *Hvilke målgrupper har kommunen valgt at fokusere på inden for de forskellige områder?* (Bilag 14, s. 6) Dette kan ligeledes fortolkes af den enkelte respondent, da en indsats rettet mod befolkningen generelt, kan fortolkes som et projekt, der desuden rammer nogle socialt udsatte. Dette kan medføre en risiko for, at tallene er misvisende i forhold til virkeligheden.

Der er dog valgt at gøre brug af undersøgelsen, da den trods begrænsningerne bidrager med et billede af situationen i kommunerne i forhold til forebyggelse af svær overvægt.

I det følgende diskuteres resultaterne af kortlægningen i forhold til kommunernes forebyggende og sundhedsfremmende initiativer for svær overvægt. Tallene fra den nedenstående gennemgang kan aflæses i tabel 2.2

I forbindelse med indsatser mod *overvægt* har 65 pct. af kommunerne foretaget indsatser, der er rettet mod *borgere generelt*. 84 pct. af kommunerne har indsatser henvendt til *børn og unge*. Derimod er det kun 28 pct. af kommunerne, som har indsatser for *udsatte grupper*¹⁴, hvilket omvendt betyder, at hele 72 pct. af kommunerne ikke har målrettede interventioner for udsatte grupper. Disse tal er dog kun for indsatser, der direkte har fokus på *overvægt* (SST 2008B s.6 og

¹³ Oplyst i telefonsamtale med akademisk medarbejder Stine Flod Storgaard fra Sundhedsstyrelsen.

¹⁴ ”*For eksempel borgere uden for arbejdsmarkedet, etniske minoriteter, etc.*” (Bilag 14, s. 6, spørgsmål 13).

SST 2008A, s. 24). Kommunerne har også projekter med fokus på *fysisk aktivitet/inaktivitet* og *usund/sund kost*, som er relevante i forhold til indsatsen mod overvægt. 42 pct. af kommunerne har indsatser for udsatte grupper, hvor fysisk aktivitet/inaktivitet er inddraget. 35 pct. af kommunerne har aktiviteter med fokus på usund/sund kost for den samme målgruppe. Kommunerne har haft mulighed for at sætte flere krydser i spørgeskemaet, hvilket betyder at disse indsatser kan være repræsenteret i både overvægt, fysisk aktivitet/inaktivitet og usund/sund kost og dermed overlappe hinanden. Tallene indikerer dog tydeligt, at kommunerne ikke i udstrakt grad har fået iværksat projekter, rettet mod udsatte grupper. Indsatserne mod overvægt er i højere grad rettet mod borgere generelt samt børn og unge. Det samme billede viser sig især for indsatserne i forbindelse med fysisk aktivitet/inaktivitet, idet henholdsvis 82 pct. og 80 pct. af kommunerne har indsatser for borgere generelt og børn og unge. Henholdsvis 68 pct. og 84 pct. af kommunerne har lavet tiltag med fokus på usund/sund kost for borgere generelt og børn og unge.

Tabel 2.2

Hvilke målgrupper har kommunen valgt at fokusere på inden for de forskellige områder? (Det har været muligt at sætte flere kryds.)

	Borgere generelt	Svækkede ældre	Børn og unge	Borgere med kronisk sygdom	Udsatte grupper	Andre	Ved ikke
Antal kommuner	93	64	91	83	62	41	11
Fysisk aktivitet/inaktivitet	82%	38%	80%	63%	42%	9%	3%
Usund/sund kost	68%	27%	84%	48%	35%	13%	4%
Tobak	91%	7%	69%	49%	41%	26%	3%
Overvægt	65%	3%	84%	46%	28%	9%	2%
Kronisk sygdom	40%	21%	8%	84%	21%	9%	3%
Alkohol	74%	3%	60%	15%	35%	11%	7%
Mental sundhed	62%	7%	26%	10%	26%	33%	9%
Usikker sex	18%	0%	91%	2%	7%	4%	2%
Stofmisbrug	46%	2%	68%	5%	36%	11%	7%
Miljøfaktorer	68%	13%	51%	11%	11%	9%	9%
Ulykker	40%	76%	20%	9%	7%	7%	2%
Andet	63%	13%	42%	33%	38%	21%	0%

Kilde: SST 2008A, s. 24, Tabel 4.1

Den målrettede indsats for de udsatte grupper er således væsentligt mindre prioriteret i kommunerne end indsatser for børn og unge og befolkningen som helhed. De socialt udsatte grupper har som beskrevet tidligere en høj prævalens af svært overvægtige, hvorfor nødvendigheden af indsatser for denne gruppe burde være af høj prioritet hos de enkelte kommuner, især hvis den sociale ulighed i forhold til svær overvægt skal mindskes. Derfor er det relevant for dette speciale at undersøge hvilke forhold der har betydning, når den enkelte kommune vælger ikke at tilrettelægge indsatser for denne målgruppe.

Resultaterne fra kortlægningsrapporten dokumenterer, at kun godt en fjerdedel af landets kommuner har målrettede indsatser for gruppen af socialt udsatte og overvægtige borgere. I stedet bliver der i høj grad prioriteret indsatser for befolkningen generelt samt børn og unge. Desuden fremhæver respondenterne i de kvalitative interviews, at det generelt er svært at nå ud til de målgrupper, der er sværere at motivere (SST 2008A, s. 9 og 36).

Det kan som tidligere nævnt diskuteres, om kortlægningen viser den reelle situation på området, da der kan være risiko for, at respondenternes fortolker spørgsmålene forskelligt og derfor også rapporterer forskelligt. Desuden får respondenterne ikke mulighed for at svare på indsatsernes budgetter, hvilket betyder, at det ikke kan lade sig gøre at vurdere omfanget af indsatserne i kommunerne. I udvælgelsen af specialets casekommuner, vil det derfor nøje blive undersøgt, om de valgte kommuner reelt har specialets målgruppe som direkte mål for forebyggelsesindsatsen. Dette gøres ved at gennemgå casekommunernes initiativer på området og vurdere om de er rettet mod målgruppen.

3 Problemformulering

I de senere år er der blevet flere svært overvægtige i Danmark. Overvægten har store sundhedsmæssige konsekvenser for befolkningen og koster årligt samfundet 14,4 milliarder kroner. Samtidig står det klart, at der er en social slagside i forhold grupper med lav socioøkonomisk status og/eller lavt uddannelsesniveau. Forskningen på området for folkesundhed og svær overvægt, samt udviklingen i Danmark, viser således større prævalens af svært overvægtige for denne gruppe. Udviklingen i svær overvægt for befolkningen generelt og for socialt udsatte i særdeleshed er endvidere blevet forværret de seneste år. I regeringens forebyggelsesprogram *Sund hele livet* gøres der opmærksom på denne skæve udvikling og et af målene i programmet er at mindske den sociale ulighed i sundhed. I programmet fokuseres der på, at udviklingen skyldes livsstilsændringer i befolkningen og at løsningen skal findes i et samarbejde mellem den enkelte og familierne, fællesskaberne samt det offentlige. Ud fra såvel økonomiske som politiske argumenter synes det offentlige dog at have flest incitamenter for at gribe ind over for problemet. Efter Strukturreformen er det kommunerne, som har fået ansvaret for den borgerrettede forebyggelse. Dermed bliver kommunerne en central aktør i kampen mod den socialt betingede overvægt. En kortlægning af kommunernes forebyggelsesindsat viser imidlertid, at hele 72 pct. af landets kommuner ikke har målrettet forebyggelsesindsatsen mod socialt udsatte og svært overvægtige.

Derfor er det relevant at undersøge, hvilke barrierer der er tilstede i den enkelte kommune, som er medvirkende til, at kommunen ikke har foretaget målrettede og forebyggende indsatser over for gruppen af socialt udsatte og svært overvægtige.

På baggrund af den dokumenterede sociale ulighed i forhold til svær overvægt hos individer med kort uddannelse samt individer på overførselsindkomst er disse valgt som målgruppe i dette studie. Tidsrammen for specialet er retrospektivt og dækker over casekommunernes igangsættende arbejde med den borgerrettede forebyggelse. Studiet beskæftiger sig på baggrund af ovenstående med følgende problemformulering:

Hvorfor har nogle kommuner ikke foretaget målrettede forebyggelsesindsatser overfor socialt udsatte grupper af svært overvægtige?

Til besvarelse af problemformuleringen udarbejdes tre hypoteser, der har til hensigt at søge plausible teoretiske svar på problemformuleringen. Hypoteserne tager afsæt i teorier, der søger at afdække forskellige perspektiver i forhold til problemstillingen.

4 Teoretisk diskussion til dannelse af hypoteser

I dette kapitel præsenteres de tre teoriretninger, der skal danne baggrund for besvarelsen af specialets problemformulering. Tilgangene har til formål at betragte problemstillingen ud fra forskellige perspektiver. Ved at forholde de tre tilgange til specialets problemstilling søges teoretiske svar på problemformuleringen i form af hypoteser.

De tre tilgange der bliver benyttet er henholdsvis økonom og sociolog Max Webers (1864-1920) teori om idealtyper for organisation, udvalgte dele inden for Public Choice samt sociolog Pierre Bourdieus (1930-2002) praksisbegreb. Hensigten med at benytte disse tilgange er, at de hver især kan bidrage med forskellige vinkler i forhold til problemstillingen. Webers tilgang til bureaukratiet er særligt rettet mod styring, hvilket i denne forbindelse er relevant i forhold til relationen mellem politikere og embedsmænd. Tilgangen kan bidrage med at undersøge, hvorledes politikerne har formået at operationalisere de overordnede politiske hensigter til egentlige retningslinier og handleplaner, som embedsmændene kan forholde sig til og forme diverse tiltag efter. Dermed er det muligt at undersøge, om der i formidlingen fra de politiske målsætninger til konkretiseringen af reelle forebyggende og sundhedsfremmende tiltag sker en bevidst eller ubevidst nedprioritering af arbejdet med de udsatte grupper. Dette vil have betydning for at kunne lokalisere, på hvilket niveau i kommunerne barriererne opstår i forhold til at lave forebyggende og sundhedsfremmende projekter for specialets målgruppe.

Public Choice tilgangen benyttes for at analysere de processer, der kan foregå på individniveau i kommunerne. Tilgangen fokuserer særligt på interesser, der kan være til personlig gavn for politikere og embedsmænd. I forhold til problemstillingen kan Public Choice tilgangen benyttes til at analysere, om politikere og embedsmænd har valgt at opprioritere forebyggende og sundhedsfremmende tiltag for andre målgrupper på bekostning af de udsatte grupper, fordi der kan være en politisk og karrieremæssig fordel i at undlade at lave projekter for disse grupper.

Den tredje teoretiske tilgang der anvendes er Bourdieus praksisbegreb, der modsat de to andre tilgange retter fokus på de vanskeligheder, som kan være forbundet med forebyggende og sundhedsfremmende arbejde med specialets målgruppe. Bourdieus praksisbegreb anvendes for at undersøge om målgruppens kompleksitet har haft indflydelse på, at nogle kommuner ikke har foretaget målrettede tiltag for specialets målgruppe.

Argumentationen for valg af tilgangene tager afsæt i undersøgelsen *Kortlægning af kommunernes forebyggelses- og sundhedsfremmeindsats 2008* (resultaterne fra undersøgelsen blev præsenteret i afsnit 2.3). Ved at forholde kommunernes aggregerede indsats til de teoretiske tilgange, kan der

fremsættes plausible forklaringer på specialets problemformulering til nærmere undersøgelse analysen af specialets casekommuner.

De teoretiske diskussioner af problemstillingen udmunder som beskrevet i tre hypoteser, der har til hensigt at give plausible teoretiske svar på problemformuleringen. I forbindelse med specialets empiriindsamling vil hypotesernes teoretiske snit blive operationaliseret og anvendt til undersøgelse af hypotesernes forklaringsgrad (se Kapitel 6).

I testen af specialets hypoteser søges efter probalistiske forklaringer (de Vaus 2001, s. 4-5). Det vil sige, at der arbejdes ud fra det ræsonnement, at en given faktor øger sandsynligheden for, at kommunerne har valgt ikke at igangsætte initiativer rettet mod specialets målgruppe. De øvrige design- og metodemæssige overvejelser præsenteres i Kapitel 5.

4.1 Webers teori om idealtyper for organisation

I følgende afsnit beskrives, hvordan landets kommuner har inddraget sundhedspolitikker og konkrete målsætninger i forbindelse med det forebyggende arbejde. Hensigten er at argumentere for at benytte Webers teori om idealtyper for organisation i undersøgelsen af specialets problemformulering.

4.1.1 Empirisk baggrund

I *Kortlægning af kommunernes forebyggelses- og sundhedsfremmeindsats 2008* fremgår det, at 69 pct. af landets kommuner har vedtaget en sundhedspolitik og at alle resterende kommuner er ved at udarbejde eller har intentioner om at udarbejde en sundhedspolitik indenfor den nærmeste fremtid (SST 2008A, s.11). Sundhedspolitikkerne er overordnede beskrivelser af de værdier, opgaver og aktiviteter kommunen bør bestræbe sig på at efterfølge i arbejdet med sundhed. 22 pct. af kommunerne har valgt at opstille målsætninger for alle indsatsområder (SST 2008A s. 13), hvilket tyder på, at der generelt ikke laves bindende mål for det forebyggende i kommunerne. Kortlægningen viser endvidere, at 39 pct. af kommunerne ikke har opstillet konkrete mål for indsatsen mod overvægt (SST 2008B, s. 2 og 16).

De ovenstående forhold må forventes at have en overordnet indflydelse på, hvordan forebyggelsesinitiativer bliver tilrettelagt i de enkelte kommuner. Sundhedspolitikkerne danner således rammen for forebyggelsesarbejdet i den enkelte kommune. I en styringsmæssig kontekst er det relevant at undersøge, hvorvidt kommunerne har konkrete målsætninger for forebyggelsesindsatsen. Manglende målsætninger giver den enkelte forvaltning mere frihed til at tilrettelægge de enkelte indsatser, men til gengæld mindskes den politiske styring af indsatserne.

Større forvaltningsmæssig frihed fjerner den direkte forbindelse til vælgerne og det kan i yderste konsekvens skabe et demokratisk problem i kommunen. Ved at kommunalpolitikere udstikker nogle klare rammer for, hvordan arbejdet i forbindelse med forebyggelse og sundhedsfremme skal udføres, er det enklere for forvaltningen at forholde sig til hvilke arbejdsopgaver der forventes udført. Disse pointer skal ses i forlængelse af det forhold, at der i Sundhedslovens § 119 fastslås, at det netop er kommunalbestyrelsen, og derved politikerne, der har ansvaret for den borgerrettede forebyggelse og sundhedsfremme.

4.1.2 Idealtyper for organisation

Max Weber (1864-1920), doktor i jura og økonomi ved Heidelberg Universitet i Tyskland, har arbejdet indgående med forvaltningens rolle. Weber skelner mellem tre idealtyper for organisation:

1. *Traditionelle organisationsformer*, der domineres af traditionel handling og er baseret på loyalitet til leder.
2. *Karismatiske organisationsformer*, der domineres af affektiv handling og er baseret på særlige lederegenskaber.
3. *Bureaukratiske organisationsformer*, der domineres af målrational handling, hvor målrational legitimitet er herredømmet. Denne legitimitet er legitim, fordi den er anerkendt af aktørerne på baggrund af en fælles overenskomst eller ved udstedelse af regler og love (Andersen og Kaspersen 2007, s. 96-98).

Den tredje organisationstype, bureaukratiske organisationsformer eller "bureaukratiet", er Webers mest kendte idealtipebestemmelse og er den der benyttes i dette speciale, idet der, som beskrevet nedenfor, er træk ved det Weberske bureaukrati, som stadig gør sig gældende.

Weber benyttede udtrykket herredømme til at beskrive hvilke rammer forvaltningen er underlagt:

"All forvaltning trenger på en eller annen måte herredømme. For på en eller annen måte må alltid noen kunne befale, såfremt forvaltningen skal bli skjøttet" (Weber 1922, s. 81).

Det målrational legitime herredømme (legale herredømme) er karakteriseret ved at være legitimeret af love og bestemmelser. De lovgivne regler bestemmer hvem forvaltningen skal adlyde og hvilke rammer, der overordnet bliver udstukket for forvaltningens virke. Dette sker med

hensyntagen til faglige krav, og forvaltningens afgrænsning foretages i forhold til, hvilke kompetencer den enkelte del af forvaltningen har. Idealet for forvaltningen er at træffe beslutninger ud fra et strengt formaliseret grundlag på baggrund af rationelle regler – og hvis disse svigter, at forvaltningen træffer beslutninger ud fra saglige betragtninger af hvad der er mest hensigtsmæssigt (Weber 1922, s. 91-92).

4.1.3 Diskussion af idealtyper for organisation

Man kan kritisere brugen af Webers teori om bureaukratiske organisationsformer på den moderne forvaltning, idet forvaltningens indretning i dag er væsentlig anderledes set i forhold til Webers samtid. Der er dog væsentlige træk ved det Weberske bureaukrati, der stadig er kendetegnende i nutidens forvaltning:

”I moderne demokratiske samfund er fundamentet stadig det legale herredømme, hvor forvaltningens legitimitet for det første er knyttet til de demokratiske processer, som beskrives i forfatningerne, og for det andet til de faktiske konsekvenser af reglernes udøvelse, som er med til at bevare legitimiteten i selve den demokratiske proces.” (Jespersen 1996, s. 141).

Når man anvender idealtyper er der visse forbehold der må tages. I et moderne samfund er det svært at forestille sig et bureaukrati, der altid handler mekanisk og efter samme mønster. Derudover foregår der i Webers idealtipe ingen interaktion imellem forskellige forvaltninger, hvilket i høj grad er tilfældet i administration i dag. Ud fra Webers monokratiske bureaukratiopfattelse kan man dog forestille sig, at der vil opstå et handlingslammet og dysfunktionelt samarbejde mellem forvaltningerne på grund af de enkelte forvaltningers relative autonomi (Jespersen 1996, s. 54-55). I den moderne kommune, bestående af flere niveauer med relativ autonomi, opstår der næppe dysfunktionalitet mellem de forskellige forvaltninger, men ved at involvere flere forvaltninger kan det forventes, at styringen bliver mere kompleks og at ansvaret for at skabe lighed i sundhed bliver mere utydeligt.

Et andet kritikpunkt der kan rejses i forbindelse med den hierarkiske styrings relevans i forhold til en moderne forvaltning er, at der er udviklet mange alternative styringsformer siden (Ibid., s. 53).

På trods af disse forhold er der stadig væsentlige træk fra Webers hierarkiske styring, i særdeleshed de bureaukratiske organisationsformer, der kan benyttes som analyseredskaber i dag, og teorien giver en bred og generaliserende tilgang til styring i den offentlige administration, hvilket er årsagen til, at dette speciale benytter sig af denne teori.

4.1.4 Styring i kommunerne

For den enkelte forvaltning i de danske kommuner er det væsentligt at have klare målsætninger og instrukser om, hvordan indsatsen i forhold til svær overvægt skal håndteres. Der er ingen krav fra statslig side om hvordan kommunerne skal prioritere arbejdet med forebyggelse og sundhedsfremme, det er op til den enkelte kommune (jf. Sundhedslovens § 119). Ansvar er, som tidligere nævnt, placeret hos kommunalbestyrelsen, der skal fastsætte principperne for hvordan forvaltningen skal gribe de konkrete initiativer an. Arbejdet med at forebygge svær overvægt hos socialt udsatte grupper er dog, som beskrevet tidligere, ikke særligt udbredt.

En moderne forvaltning må ofte selv konkretisere de generelle politiske målsætninger. Dette kan medføre, at der i forvaltningsapparatet ændres på de udstukne målsætninger, der er vedtaget politisk, for at imødekomme administrative krav (Jespersen 1996; 145-146). Det er problematisk hvis forvaltningen i de enkelte kommuner ikke har klare politisk udstukne retningslinier, idet initiativer med sigte på at arbejde med specialets målgruppe kan blive nedprioriteret, fordi forvaltningen eventuelt ser en administrativ fordel i dette.

Indenfor forebyggelse og sundhedsfremme er der ofte et samarbejde mellem flere forskellige forvaltninger, hvilket kan gøre styringen mere kompleks. Ved at involvere flere forvaltninger kan det forventes, at ansvaret bliver mere utydeligt, hvilket styrker argumentet for mere præcise politisk styrede retningslinier. Disse retningslinjer kan omvendt gøre samarbejdet mellem de forskellige forvaltninger mindre dynamisk og tillukket, hvilket i sidste ende gør det besværligt at gennemføre de enkelte initiativer.

Ifølge kortlægningen efterlyser kommunerne, at Sundhedsstyrelsen deltager mere aktivt i arbejdet med forebyggelse i kommunerne, da styrelsen er i stand til at skabe en bro mellem forskning og praksis. Desuden ønsker kommunerne, at Sundhedsstyrelsen indtager en mere koordinerende rolle ved eksempelvis at iværksætte initiativer som kommunerne kan benytte i deres daglige virke. Nationale standarder og strategier for sundhedsfremme og forebyggelse er ligeledes savnet af kommunerne (SST 2008A, s. 34). De enkelte forvaltninger efterlyser således retningslinier på nationalt plan, som kan være gældende for den enkelte kommune. I princippet er det kommunalbestyrelsens ansvar at udstikke strategierne for det sundhedsfremmende og forebyggende arbejde, hvilket kan være uhensigtsmæssigt i forhold til, at den faglige kompetence hos Sundhedsstyrelsen givetvis er større. Forvaltningen har en fordel i at arbejde efter klare udstukne politiske mål, hvilket kan blive problematisk, hvis ikke kommunalbestyrelsen og Sundhedsstyrelsen arbejder efter de samme mål. Dette kan muligvis være en af grundene til, at kommunerne efterlyser mere national styring fra Sundhedsstyrelsen, idet forvaltningen så kan udarbejde projekter, hvor den

faglige sparring kan foregå direkte med Sundhedsstyrelsen. I et sådant tilfælde ville kommunalbestyrelsen få mindre indflydelse på de konkrete tiltag, hvilket vil gøre styringen mere centraliseret.

Weber bruger i forbindelse med beskrivelse af bureaukratiet begrebet *kompetenceområder*, der beskriver adskillelsen af lovgivning og udøvelse af myndighed. Et bureaukratisk styres struktur og målsætninger fordeles på en bestemt måde som embedspligter. Myndigheden har dermed nøje regulerede midler til at agere og styre med indenfor embedet (Weber 1922, s. 107). Forvaltningen i den enkelte kommune kan således agere indenfor de af kommunalbestyrelsen udstukne områder.

Webers bureaukratiske organisationsformer ("bureaukratiet") har relevans for specialet, da disse kan anvendes til at undersøge, om kommunalbestyrelserne i de enkelte kommuner har fastlagt politiske retningslinier for initiativer rettet mod specialets målgruppe, og på hvilken måde forvaltningen har fulgt op på disse retningslinjer.

Indenfor forebyggelse og sundhedsfremme er der adskillige indsatsområder og herunder målgrupper, der skal tilgodeses. Derfor er der en reel risiko for, at eksempelvis socialt udsatte ikke får de tilbud, som de kunne få, hvis det var politisk besluttet at tilrettelægge initiativer for denne målgruppe. Politiske målsætninger, som for eksempel indeholdt i sundhedspolitikkerne, kan imidlertid ofte være uklare og komplekse, idet de ofte bliver udformet efter, hvad man burde gøre, og ikke efter hvad der reelt kan lade sig gøre inden for rammerne. Dermed bliver det en form for retorik, hvor målene fungerer som symboler snarere end konkrete retningslinier for hvilke handling, der skal udføres (Jacobsen & Thorsvik 2002 s. 56). Det må forventes, at forvaltningsapparatet står overfor nogle svære valg i tilrettelæggelsen af initiativer, idet der er mange indsatsområder og indenfor hvert af disse mange målgrupper, der skal tilgodeses. I et styringsmæssigt perspektiv giver en sådan situation større handlefrihed for den enkelte forvaltning. Til gengæld er ansvaret for opfyldelsen af de politiske målsætninger mere utydelige. Er det politikernes eller forvaltningens ansvar, hvis ikke det lykkedes at reducere antallet af svært overvægtige hos gruppen af socialt udsatte borgere i kommunen? I forhold til Webers *kompetenceområder* må det afhænge af konteksten i den enkelte kommune, det vil sige hvor konkrete krav og målsætninger politikerne stiller til forvaltningen. For i sidste ende er det ifølge Sundhedslovens § 119 kommunalbestyrelsens ansvar at sørge for effektiv forebyggelse og sundhedsfremme i kommune. En manglende konkretisering fra kommunalbestyrelsen for hvordan indsatsen for de socialt udsatte grupper skal håndteres af forvaltningen kan således være en af forklaringerne på, hvorfor der er forskel i kommunernes indsats over for specialets målgruppe, hvilket er det overvejende argument for at benytte Webers teori om idealtyper for organisationer.

Den ovenstående diskussionen af Webers idealtyper for organisationer, i forhold til specialets problemstilling, leder frem til følgende hypotese til forklaring af specialets problemformulering:

Nogle kommuner har ikke foretaget målrettede indsatser for specialets målgruppe, fordi de politiske retningslinier for målgruppen har været uklare.

4.2 Public Choice

I dette speciale er det relevant at undersøge, hvilken egeninteresse politikere og embedsmænd har i forhold til at træffe beslutninger vedrørende forebyggende og sundhedsfremmende initiativer. Det er relevant at belyse, hvilke incitamenter kommunalpolitikere og embedsmændene kan have for at undlade iværksættelse af forebyggende initiativer for specialets målgruppe. I det følgende argumenteres for brugen af Public Choice, der netop fokuserer på egeninteresse hos politikere og embedsmænd.

4.2.1 Empirisk baggrund

I det repræsentative demokrati er det et grundlæggende princip, at politikere og embedsmænd skal tjene vælgernes interesse. Public Choice tilgangen fokuserer på, hvordan politiske beslutninger kan blive påvirket af politikere og embedsmænds egeninteresser, hvilket kan udgøre et demokratisk problem.

Kortlægningsrapporten fra Sundhedsstyrelsen viser, at der i høj grad bliver fokuseret på børn og unge, samt befolkningen generelt, i det forebyggende arbejde rettet mod overvægt. Henholdsvis 84 og 65 pct. af kommunerne har lavet tiltag for disse grupper. Kun i 28 pct. af kommunerne er der etableret forebyggende og sundhedsfremmende tilbud for udsatte grupper i forhold til overvægt. Dette forhold er naturligvis uhensigtsmæssig, hvis udviklingen for specialets målgruppe skal vendes. I det følgende vil teorielementer fra Public Choice blive anvendt i en diskussion af, hvorvidt egeninteresser kan have indflydelse på udformning af forebyggende initiativer i kommunerne.

4.2.2 Introduktion til Public Choice

Grundlæggende bidrager Public Choice litteraturen med antagelser om, at personer involveret i politiske beslutninger træffer rationelle valg, der afspejler egne interesser. Det økonomiske system og grundlæggende økonomiske tankesæt bliver her inddraget i forklaring af demokratiske

problemstillinger. De politisk involverede personer baserer således beslutninger ud fra økonomiske betragtninger. Politik i praksis kan forhandles som en form for bytteproces mellem frie individer. (Berggren 2000, s. 51-55). Dette er en meget overordnet indgangsvinkel til Public Choice. I dette speciale sammenholdes de forskellige bidrag til teoriretningen, så de tilsammen repræsenterer relevante delelementer inden for Public Choice.

Både politikere og embedsmænd kan have egeninteresse i, at forebyggende initiativer udformes, så de fremmer politiske eller karrieremæssige motiver. I det følgende afsnit diskuteres forskellige grene af Public Choice i forhold til henholdsvis politikere og embedsmænd.

4.2.3 Politikere og egeninteresse

Anthony Downs beskriver i *An economic theory of Democracy* (Downs 1957) mennesket som *homo economicus*, hvilket indebærer, at mennesket agerer rationelt og med udgangspunkt i egne selviske motiver. For politikere betyder dette, at de arbejder målrettet for at erhverve sig mere magt, indkomst og prestige ved at være folkevalgte. Ræsonnementet for teorien er, at politiske partier formulerer politiske programmer med hensigt på at vinde valg, frem for at vinde valg med henblik på at formulere politiske programmer (Ibid., s. 4 og 25-27). Denne hypotese antager dermed, at politikere i høj grad arbejder for at maksimere antallet af stemmer, med den gevinst at de enten beholder deres indflydelse eller øger den (Udehn 1996, s. 18).

Albert Breton, professor i Økonomi ved Toronto Universitet, fokuserer i *The Economic Theory of Representative Government* (Breton 1974) på, at folkevalgte politikere forsøger at maksimere sandsynligheden for at blive genvalgt. Den individuelle politiker bekymrer sig særligt for personlig magt og personlige sejre. Teorien baserer sig på en økonomisk tankegang, der forklarer vælgernes stemmer med, at de stemmer efter hvilken kandidat, der bedst varetager deres personlige interesser, samt hvilken kandidat der præsenterer en politik med det højest forventede udbytte af ressourcer. Samspelet mellem politikere og vælgere forklares ved en udbud/efterspørgsel tankegang. Vælgerne stiller forskellige krav til de politiske programmer, hvorefter politikerne skal forsøge at imødekomme efterspørgslen ved at forme de politiske programmer herefter (Breton 1974, s. 12, 18, 41 og 124).

Breton og Downs udgangspunkt er, at politikerne forsøger at blive valgt for at opnå prestige, magt og højere indkomst. Denne forudsætning kan imidlertid kritiseres for ikke at fokusere på andre motiver. I forhold til indkomst bør det pointeres, at politikeres lønninger selvfølgelig er vidt forskellige men generelt lave i forhold til den private sektor, og at det økonomiske argument derfor kan tilskrives en lille værdi (Udehn 1996, s. 74). Dette argument kan overføres til kommunerne, idet det er svært at forestille sig, at det er den økonomiske motivation, der gør sig gældende for

kommunalpolitiker i Danmark. Hvis prestige, magt og indkomst skulle være de eneste motivationsfaktorer i forhold til at involvere sig i politik, er det svært at forklare hvorfor små partier og interesseorganisationer, der reelt ikke har en chance for at blive valgt, har en interesse i at medvirke i politik. Kritikken til trods må man dog antage, at den forholdsvis ringe økonomiske gevinst ved hvervet som kommunalpolitiker, netop opvejes i muligheden for indflydelse og magt.

4.2.4 Forvaltningen og egeninteresse

Den mest diskuterende og kritiserende teori om bureaukratiet indenfor Public Choice er introduceret af William A. Niskanen, økonom ved University of Chicago. Ifølge Niskanen har bureaukrater en interesse i at maksimere budgettet i den enkelte forvaltning. Dette hænger sammen med, at forvaltningens budget afspejler den indflydelse og det offentlige rygte, den har og hvilket output forvaltningen kan afstedkomme. Derudover vil et større budget medvirke til at gøre forandringer lettere samt enklere at forvalte (Niskanen, 1971 s. 38; Niskanen 1973, s. 22; Udehn 1996, s.75). Motivationen ligger således i at maksimere størrelsen af budgettet og at producere, hvad der forventes af offentligheden.

Niskanens hypotese, at bureaukrater forsøger at maksimere budgettet i forvaltningerne, er tvivlsom, idet der ikke nødvendigvis er en selvinteresse i en sådan maksimering. I forhold til karrieremæssig udvikling kunne man måske nærmere forestille sig, at topembedsmænd forsøger at nedbringe omkostningerne og dermed effektivisere forvaltningen. Desuden er det ikke op til den enkelte forvaltning at tilrettelægge budgettet, men derimod op til politikerne (Udehn 1996, s. 75). Generelt er det et argument i Public Choice, at embedsmændene kan have en egeninteresse i at skabe gode forhold for karriereudvikling, samt at gøre arbejdet i den enkelte forvaltning mindre vanskeligt.

Gordon Tullock, professor i jura og økonomi ved George Mason University, hævder, at bureaukrater ikke udelukkende er selviske, men: *"...partly selfish partly public interested"* (Tullock 2006, s. 63). Han tilkendegiver dog, at de som oftest er selviske. Bureaukrater er mere eller mindre rationelt handlende som alle andre, men er selviske i forhold til at have karriere-orienteret motivation. De kan således have et ønske om at få en højere position i hierarkiet i organisationen, hvilket deres handlinger kan være motiverede af. Dermed er den egentlige motivation hos bureaukraterne at sikre et solidt karriereforløb og dermed træffe rationelle beslutninger og synlige resultater, der fremmer sandsynligheden for at avancere internt i organisationen eller at få en bedre stilling et andet sted (Tullock 2006, s. 62-65).

4.2.5 Diskussion af Public Choice i forhold til problemstillingen

Gennemgangen af forskningen på området for overvægt viste (se afsnit 2.1), at der er adskillige positive erfaringer forbundet med interventioner for børn, unge og befolkningen generelt. For udsatte grupper er de positive erfaringer ikke udbredt i samme grad, og rådgivning og informationskampagner viser sig at have generelt mindre effekt på denne gruppe. Det må dermed forventes, at det er lettere for den enkelte kommune at tilrettelægge interventioner for børn og unge, samt befolkningen generelt end for udsatte grupper, idet omkostningseffektiviteten er lettere at dokumentere. Desuden fremhæves det i *Sund hele livet*, at der skal ydes en målrettet indsats i forhold til bekæmpelse af svær overvægt hos børn (Indenrigs- og Sundhedsministeriet 2002A s. 21). Dette kan formentlig forklare, hvorfor kommunerne tilvælger interventioner for disse grupper på bekostning af andre grupper, som for eksempel specialets målgruppe. Tullock beskriver, hvordan embedsmændene kan have egeninteresse i forhold til at træffe valg, der kan stille embedsmændene i et positivt lys, således at mulighederne for advancement i karrieren bliver større. Som beskrevet er sandsynligheden for at opnå positive resultater med målgrupper som børn og unge samt befolkningen generelt større end hos socialt udsatte grupper. Derfor kan embedsværket have en interesse i at opprioritere projekter for de to første målgrupper, idet positive evalueringerne af projekterne kan falde tilbage på dem. Niskanen beskriver, hvordan embedsmænd kan have interesse i at gøre arbejdet i forvaltningen lettere. I *Kortlægning af kommunernes forebyggelses- og sundhedsfremmeindsats 2008* giver kommunerne dels udtryk for, at tilgængeligheden til socialt svage grupper er problematisk og dels at motivationen for at erhverve sig en sundere livsstil i mindre grad er tilstede hos denne gruppe. Desuden savner kommunerne rådgivning om hvilke initiativer de bør sætte i gang for ”socialt udsatte grupper” (SST 2008A, s. 9).

Public Choice tilgangen kan bidrage til at undersøge, om embedsmændene undlader at iværksætte interventioner rettet mod specialets målgruppe, fordi forvaltningen finder det for besværligt at tilrettelægge initiativer for disse grupper og i stedet vælger de lettere grupper (for eksempel børn og unge samt befolkningen generelt).

I den enkelte kommune skal der ud fra en politisk vurdering træffes beslutninger om, hvordan midlerne fordeles mest hensigtsmæssigt. Derfor synes de nævnte delelementer, som er indeholdt i Public Choice, at være plausible forklaringer på, hvorfor nogle kommuner ikke har foretaget interventioner for specialets målgruppe. Udgangspunktet er således, at der skal træffes beslutninger på baggrund af knappe ressourcer.

Projekter med høj sandsynlighed for at være omkostningseffektive og høj sandsynlighed for at skabe målbare resultater, må formodes at have høj prioritet, idet forvaltning og politikere har en

interesse i at kunne dokumentere nytteværdien af de midler der bliver brugt. 44 pct. af kommunerne i Sundhedsstyrelsens kortlægning tilkendegiver da også, at effekt i forhold til omkostninger har haft indflydelse på valg af initiativer og 56 pct. af kommunerne tilkendegiver, at det har haft betydning, hvorvidt der er erfaring med høj effekt af initiativerne (SST 2008B, s. 5, figur 12). Dermed vælger omkring halvdelen af kommunerne altså ”sikre” løsninger med relativ høj sandsynlighed for, at tiltagene har effekt på målgruppen.

Downs og Breton bidrager med et økonomisk perspektiv, hvor politikerne forsøger at levere hvad vælgerne ønsker. Der kan dermed være en væsentlig interesse for politikerne i at kunne dokumentere, hvad de offentlige ressourcer er blevet brugt til. Ud fra dette argument har politikere interesse i projekter, der evalueres positivt. Da de selv har været med til at afsætte midler til projekterne, kan positive evalueringer således sikre politikerne genvalg. I tilfælde af at projekterne ikke får succes, kan det falde tilbage på politikerne, som dermed kan blive straffet af vælgerne ved ikke at blive genvalgt.

Projekter for socialt udsatte grupper kan blive nedprioriteret på trods af problemets størrelse for disse grupper. I en Public Choice optik kan der være flere årsager til dette: For det første mangler der tiltag med dokumenteret effekt for socialt udsatte grupper. Derfor kan det være svært for en kommune at forsvare at bruge midler på denne gruppe. For det andet er der ifølge kommunerne i Sundhedsstyrelsens kortlægning mindre sandsynlighed for målbare resultater for denne gruppe. Downs og Breton vil forklare dette ved, at politikerne ønsker at levere omkostningseffektive resultater, således at man får det højest mulige udbytte af ressourcerne. Det er ikke udgangspunktet for dette speciale at undersøge, hvor omkostningseffektiviteten af interventioner er størst (hos specialets målgruppe eller andre målgrupper), men ved at benytte elementer fra Public Choice er der mulighed for at diskutere, hvorfor den enkelte kommune har valgt at prioritere, som den har gjort. Styrken i Public Choice er netop at forklare, hvordan prioriteringen i en offentlig organisation udspiller sig.

Den ovenstående diskussionen af politikere og embedsmænds egeninteresser i forhold til specialets problemstilling leder frem til følgende hypotese til forklaring af specialets problemformulering:

Nogle kommuner har ikke foretaget målrettede indsatser for specialets målgruppe, fordi politikere og embedsmænd har en egeninteresse i at lave initiativer, hvor der er stor sandsynlighed for succes.

Det antages hermed, at der hos kommunernes politikere og ansatte er en egeninteresse i at skabe målbare resultater frem for at arbejde mod en større social lighed.

4.3 Pierre Bourdieus praksisbegreb

Pierre Bourdieu har udviklet en dialektisk teori på baggrund af mange års studier af mennesket i dets samfundsmæssighed. Teorien, der beskriver Bourdieus forståelse af praksisbegrebet, inddrager menneskets kulturelle kapital og dets habitus (Jerlang 2005, s. 255)

Ved at benytte Pierre Bourdieus *praksisbegreb*, inddrages en vinkel, der kan forklare hvorfor målgruppen, som dette speciale tager udgangspunkt i, har besvær med at ændre livsstil på baggrund af for eksempel råd og vejledning om sund kost og rigeligt med motion. Hensigten med at benytte Bourdieus begrebsapparat er, at det kan belyse, hvorvidt målgruppens kompleksitet kan have haft indflydelse på, at nogle kommuner ikke har foretaget målrettede initiativer for specialets målgruppe.

4.3.1 Empirisk baggrund

I *Kortlægning af kommunernes forebyggelses- og sundhedsfremmeindsats* er der enighed blandt de interviewede kommuner om:

”... at der ligger en udfordring i at nå målgrupper, som generelt er svære at motivere til at føre en sundere livsstil, for eksempel socialt udsatte grupper” (SST 2008A, s. 9).

Kommunerne angiver således selv, at det er en målgruppe, der er svær at nå, hvilket kan have væsentlig betydning, når der skal tilrettelægges programmer med henblik på forebyggelse og sundhedsfremme.

71 pct. af kommunerne angiver endvidere, at de mangler viden til at håndtere denne gruppe (SST 2008A, s. 9). Den store andel af kommuner, der efterlyser rådgivning og bedre viden på området, kan være et udtryk for, at man ikke er klar over i kommunerne, hvilke typer af programmer der er mest hensigtsmæssige i forhold til udsatte grupper. Dette er i sig selv en uheldig udvikling, da det netop er hos denne gruppe, at problemet med svær overvægt er størst.

Tallene fra kortlægningsrapporten viser, at kun 28 pct. af alle kommunerne har målrettede projekter for udsatte grupper af overvægtige (SST 2008A, s. 36). Hvilke typer af projekter, der er tale om, beskrives ikke, og det er derfor ikke muligt at vurdere omfanget og effekten af disse projekter. Det lave tal gør det dog svært at forvente, at der samlet set bliver mindre social ulighed i forhold til overvægt, som er målet hos Regeringen og i en lang række kommuners sundhedspolitikker (SST

2002A, s 6). Kommunernes problematik i forhold til dette område beskrives forholdsvis præcist i kortlægningsrapporten:

”Særligt fremhæves social ulighed i sundhed flere gange som et område, kommunerne gerne vil arbejde på at forbedre, men de er usikre på, hvordan de mest effektivt organiserer indsatser, således de har en effekt for de særligt udsatte grupper. Her efterspørges rådgivnings mht. evidens for, hvad der virker” (SST 2008A, s. 36).

Bourdieu har med sit *praksisbegreb*, som vil blive præsenteret efterfølgende, en metode til at forklare hvorfor det er svært for specialets målgruppe at omsætte viden til konkret handling i forhold til at ændre livsstil. Hensigten med afsnittet er at forklare, hvor problematisk det kan være at lave effektive initiativer for denne gruppe af mennesker. Dette forhold kan have afgørende betydning for, hvorfor den enkelte kommune har valgt ikke at satse på målrettede projekter for specialets målgruppe.

4.3.2 Praksis

Bourdieu's praksisbegreb kan benyttes til at beskrive, hvordan menneskets vaner og valg i livet bliver dannet. Praksisbegrebet består overordnet af tre dele: *Felt*, *habitus* og *kapital*. De tre dele danner tilsammen *praksis*. Den sociale verden kan beskrives som feltet, hvor kapital og habitus er de faktorer, som den sociale aktør skal analyseres ud fra. Tilsammen danner disse tre dele helheden, da den sociale verden og aktører ikke kan adskilles. På den måde kan der dannes et billede af den enkeltes hverdagsliv og livsstil. (Curtz m.fl. 2005, s. 415).

I det følgende vil de enkelte delelementer i Bourdieus praksisbegreb blive beskrevet nærmere.

4.3.3 Felt

Bourdieu benytter ikke en bred fællesbetegnelse som for eksempel ”samfund”, men har erstattet det med begrebet *felt*. Felterne kan beskrives som en række relativt autonome mikrokosmos, der hver især har sine egne spilleregler, værdier og interesser. Den enkelte aktør kan agere i forskellige felter, som eksempelvis sundhedsmæssige, uddannelsesmæssige, kulturelle og økonomiske felter. I hvert felt er der bestemte dagsordener, der præger udviklingen af feltet. Dermed må aktøren indstille sig på at tilpasse sig i hvert enkelt felt afhængig af hvilke forventninger, der er til stede i feltet. Aktøren må dermed dagligt agere i en række forskellige felter, hvor der bevidst eller ubevidst sker en form for læring. Det har afgørende betydning for aktøren, hvilke felter han eller hun færdes i, idet det er indenfor felterne, at adfærd, indlæring og muligheder skal opstå og udvikles. (Curtz

m.fl. 2005 s. 416; Bourdieu m.fl. 1996, s. 28-29 og 84-85). Hos specialets målgruppe er diskussionen om felters betydning særligt vigtig, idet de enkelte individer bliver påvirket af de felter, de færdes i igennem deres opvækst og voksenliv. En negativ social arv kan derved hæmme personer fra udsatte grupper i at få adgang til uddannelsesmæssige, kulturelle og økonomiske felter. Spillereglerne og værdisættene i disse felter kan desuden være markant anderledes i forhold til de vilkår, der er i de felter, de er opvokset i, hvilket gør det mere vanskeligt at begå sig i de nye felter. Det er nødvendigt at inddrage felt-kategorien i diskussionen om, hvorfor nogle kommuner har valgt ikke at foretage målrettede tiltag for specialets målgruppe, idet den sociale baggrund disse grupper kommer fra kan virke hæmmende på tilgængeligheden og muligheden for at lave projekter for disse grupper.

4.3.4 Habitus

Ordet *habitus* stammer fra det franske "habitude" og kan oversættes til "vane". Habitus bliver påvirket af alt hvad vi udsættes for, og de tilegnelsesprocesser vi gennemgår hele livet. Alle sociale erfaringer, moraler og normer bliver indarbejdet i en form for praktisk sans. En kropsliggjort vane der bliver benyttet, når der skal træffes valg i givne situationer. Habitus er et resultat af den socialisering, det enkelte individ får tilegnet sig i bred forstand, hvilket omfatter opdragelse og pædagogisk påvirkning. Bourdieu pointerer, at habitus er en kropsligt lagret erfaring og er optaget i kroppen på samme måde, som man eksempelvis oplagrer naturlovene i kroppen. Habitus kan give en livsorientering, hvilket sætter mennesket i stand til på intuitiv vis at kunne træffe valg om uddannelse, job, venner m.m. Det kan derfor ses som en kropslig prædisposition, der letter afgørelsen, når de enkelte valg skal træffes (Bourdieu 1996, s. 28-31).

Habitus er forankret i den sociale opvækst og kan være præget af en lang række fællestræk med andre, der har samme baggrund. Dermed er der tale om en form for klassehabitus, hvormed habitus kan være socialt nedarvet. Det forventes, at individer med tilknytning til bestemte fællesskaber overholder de givne normer og regler i fællesskabet, således at de sociale bånd i gruppen bliver bibeholdt. Habitus danner et dialektisk forhold mellem aktørernes forventninger og den objektive virkelighed. Dermed skabes en realitetssans hos aktørerne - en fornemmelse for egne begrænsninger (Bourdieu 1996, s. 29-33).

For en svært overvægtig person er habitus begrebet væsentligt at inddrage, idet det kan bidrage til at forklare hvilke mønstre og handlinger, der ligger bag udviklingen af svær overvægt. Alt fra ritualer vedrørende måltider, hvilke erfaringer personen har med motion, til hvilken uddannelse vedkommende har taget, er en del af den samlede habitus, der har haft betydning for udviklingen af svær overvægt. For en svært overvægtig kan der være tale om mange års læring i at have denne

livsførelse, hvilket gør det langt vanskeligere at ændre dette mønster på kort tid. Habitus er en tillært struktur, som ikke laves om ved en hurtig kur eller kortvarig vejledning om kost og motion. For at hjælpe den svært overvægtige person med at få en sundere livsstil, må man arbejde med ændringer af habitus, hvilket kan involvere adskillige aspekter. I forhold til specialets målgruppe er der en lang række aspekter, der kan have indflydelse på habitus, hvilket betyder, at det kan være en særdeles omfattende affære at få personer i disse grupper til at ændre livsstil. Habitus hos denne gruppe kan således være en barriere for at lave sundhedsfremmende projekter i de enkelte kommuner, idet det kan forekomme at være en for omfattende opgave at ændre livsstil hos personer fra specialets målgruppe.

4.3.5 Kapital

Bourdieu benytter begrebet *kapital*, der repræsenterer en form for værdi, som mennesker kan besidde i form af økonomi, evner, fysik m.m. Begrebet skal således ikke forstås udelukkende som et økonomisk begreb, men i stedet en form for ressource, som et mennesker kan tilegne sig. Kapital kan inddeles i forskellige kapitalformer; økonomisk, social, kropslig og kulturel kapital m.fl. Den økonomiske kapital dækker muligheden for at besidde ejendomsret til produktionsmidler samt økonomisk magt, besiddelser m.m. Den sociale kapital dækker over summen af eksisterende og potentielle ressourcer, den enkelte råder over i kraft af relationer og forbindelser. Overordnet alle kapitaler findes den *symbolske kapital*, som er den symbolværdi, der eksisterer i de andre kapitaler. Enhver kapital vil kunne indeholde en symbolsk kapital, hvis den anerkendes og bliver tillagt værdi af sociale grupper (Jerlang 2005, s. 260-263; Curtz 2005, s. 416-418).

Inddragelsen af symbolsk kapital er væsentlig i forhold til at diskutere overvægtiges situation i det moderne samfund. I et moderne vestligt samfund udstråler en slank og sund krop magt, idet den signalerer, at man er i stand til at tage vare på sig selv og vælge de ”gode” ting og samtidigt fravælge de ting der har negativ indflydelse på ens fremtoning. Svært overvægtige personer vil her stå i den omvendte situation, hvor deres kropslige og sociale kapital forringes væsentligt af overvægten. I forhold til socialt udsatte grupper, kan en socialt arvet mangel på social kapital få konsekvenser for andre sammenhænge. Manglen på social kapital kan være en barriere i forhold til at bryde ud af de sociale mønstre, man er opvokset i, hvilket gør det mere besværligt at bryde de onde cirkler både i forhold til uddannelse og sundhedsmæssige valg. En manglende social kapital kan netop medføre, at det bliver besværligt at oparbejde kropslig og kulturel kapital, hvilket får en uhensigtsmæssig effekt i forhold til udvikling af svær overvægt, idet disse kapitaler er væsentlige i denne sammenhæng. Den kropslige kapital hos fysisk aktive kan være opbygget gennem hele livet, og en sådan er ofte ikke til stede hos svært overvægtige. Derfor kan fysisk aktivitet ofte være

forbundet med nederlag og manglende motivation for svært overvægtige. Ved at inddrage symbolsk kapital i forhold til, at nogle kommuner ikke har foretaget målrettede tiltag for specialets målgruppe, indføres en vinkel, der kan forklare, hvor kompleks en udfordring det er at arbejde med denne målgruppe. En manglende symbolsk kapital i form af sociale og kropslige problemer medfører svære betingelser for specialets målgruppe, hvilket betyder, at kommunerne kan have besvær med at etablere vedvarende vægttab hos disse grupper. De sociale mønstre skal brydes, før der kan oparbejdes en kapital, der kan anspore specialets målgruppe til en sundere livsstil.

4.3.6 Diskussion af Bourdieus praksisbegreb i forhold til problemstillingen

Gennemgangen af de forskellige delelementer i Bourdieus praksisbegreb blev det indikeret, at specialets målgruppe bevæger sig i felter, hvor det kan være svært at bryde de negative sociale mønstre. For at ændre disse mønstre er det nødvendigt at lave omfattende ændringer af habitus, hvilket er besværligt, idet det er tillærte erfaringer, der er opsamlet igennem hele livet. Løsningen er ikke hurtige slankekure eller råd og vejledning om kost og motion, idet disse er nytteløse på lang sigt for denne målgruppe (jvf. forskningen på området 2.1). For at ændre adfærd hos denne gruppe er det nødvendigt med solide ændringer i oparbejdelsen af symbolsk kapital og i samme henseende ændringer af habitus. Uden disse ændringer vil en samlet ændring af praksis ikke ske. Specialets målgruppe er således en kompleks gruppe at arbejde med, både i form af tilgængeligheden men også i forhold til at opnå synlige og målbare resultater. Kommunerne står overfor en særdeles stor opgave, hvis de skal være i stand til at håndtere ”fedme-epidemien” på egen hånd, da det især er et socialt problem. Bourdieus praksisbegreb illustrerer, hvor vigtigt det er at have det hele menneske med i en omlægning af livsstil, og det er derfor en stor opgave for den enkelte kommune og i særdeleshed den enkelte sundhedsforvaltning at stå overfor at løse denne problemstilling. Målgruppen er således så kompleks at arbejde med, at kommunerne muligvis selv har indset problematikken i forhold til at ændre disse mønstre og derfor valgt at satse på andre målgrupper i det forebyggende og sundhedsfremmende arbejde. Men dette står i skarp kontrast til Regeringens mål om bekæmpelsen af den øgede ulighed i sundhed. Kommunerne har i høj grad kopieret målsætningerne om mindre ulighed i sundhed til deres sundhedspolitikker, men spørgsmålet er, om disse målsætninger i højere grad er resultatet af skål-taler og ønsketænkning end et egentligt politisk ønske om konkret handling.

På baggrund af det ovenstående antages, at kommunerne har valgt ikke at prioritere indsatser for specialets målgruppe, idet der er tale om en gruppe, der kræver massive uddannelsesmæssige og

socioøkonomiske ændringer i forhold til at opnå succesfulde resultater. Det leder frem til følgende hypotese:

Nogle kommuner har ikke foretaget forebyggende og sundhedsfremmende tiltag for specialets målgruppe, da det kræver omfattende ændringer i livsstil, omgivelser og indstilling til sundhed hos målgruppen, før de ønskede resultater kan opnås.

5 Design og Metode

I dette kapitel redegøres for de designmæssige og metodologiske valg i specialet. Derved gives der et mere præcist overblik over, hvordan problemformuleringen ønskes besvaret. Specialets hypoteser er valgt undersøgt ved hjælp af casestudier, og i kapitlets første del argumenteres for valg af denne tilgang samt brug af teori i casestudiet. I kapitlets anden del foretages en udvælgelse af to casekommuner på baggrund af en most different model, hvorefter casekommunerne præsenteres og respondenter til undersøgelsens kvalitative interviews udvælges. I kapitlets tredje del præsenteres specialets metodologiske overvejelser. Kapitlet afsluttes med en vurdering af specialets undersøgelse ud fra en række kvalitetskriterier.

5.1 Casestudie

Casestudier anvendes ofte i forbindelse med beslutnings- eller implementeringsprocessor, men er generelt velegnet til studier, hvor undersøgelsesobjektet skal forklares i en sammenhæng.

Da specialets problemstilling sandsynligvis kan forklares ud fra mange teoretiske tilgange, er det et krav til designet, at det kan rumme mange faktorer og samtidig være i stand til at afdække kompleksiteten i forklaringen. Dette er netop en af fordelene ved casestudier.

I følge Robert K. Yin, forfatter til flere bøger om casestudiedesign, er casestudier endvidere at foretrække, når:

” a ”how” or ”why” questions is being asked about a contemporary set of events over which the investigator has little or no control over.” (Yin 1994, s. 9)

Ud fra Yins kriterier er specialets problemformulering derfor umiddelbart oplagt at undersøge ved hjælp af casestudier. For det første består specialets problemformulering af et ”hvorfor-spørgsmål”. For det andet er det umuligt at kontrollere eller påvirke kommunernes prioriteringer. For det tredje er det undersøgte fænomen sket nogenlunde sideløbende i de to cases.

Yin understreger endvidere, at casestudier er oplagte i tilfælde, hvor det er svært at skille det undersøgte fænomen fra konteksten (Yin 1993, s. 3). Specialets problemstilling er i høj grad bundet af kontekstuelle faktorer. Det vurderes således, at den nye strukturelle kontekst, som Strukturreformen har givet kommunerne, og herunder den nye opgave med at skulle tage sig af den borgerrettede forebyggelse, har stor indflydelse på kommunernes prioriteringer på området.

Et casestudiedesign giver endvidere mulighed for at anskue casen fra flere forskellige aktører og niveauer. Samlet set kan de forskellige aktørers perspektiver give et mere nuanceret billede af casen, hvilket adskiller casestudiedesign fra andre typer af design. Et casestudydesign har netop sin kvalitet ved at opfange forskellige opfattelser, interesser og viden hos de involverede på forskellige niveauer (de Vaus 2001, s. 221).

Der benyttes et multipelt casestudydesign i studiet. Dette er valgt idet teorierne ønskes afprøvet på flere afgrænsede cases. Hensigten med dette er at opbygge viden om fællestræk og forskelle ved det analyserede fænomen. I forhold til at vælge et single case design kan der opnås større indsigt i det studerede fænomen ved at vælge et multipelt casedesign (Nielsen 2007, s. 65). Idet sigtet i specialet er af eksplorativ karakter, ønskes det netop at erhverve større indsigt i forhold til baggrunden for casekommunernes nedprioritering af målrettede tiltag for målgruppen.

Da undersøgelser af kommunernes forebyggelsesindsatser efter Strukturreformen selvsagt er et forholdsvist uafprøvet felt, er det svært med sikkerhed at indkredse plausible forklaringer på problemformuleringen. Derfor anvendes Sundhedsstyrelsens kortlægning af kommunernes forebyggelsesindsats og forskningen på området for overvægt generelt som baggrund for specialets hypoteser. Ved at anvende en *eksplorativ* tilgang til caseundersøgelsen kan det endvidere sikres, at alternative forklaringer, der ikke udspringer af de anvendte teorier, opfanges og medtages i analysen.

Målet for specialet er at forklare, hvorfor nogle kommuner ikke har foretaget målrettede projekter specialets målgruppe. Via en række plausible teorier er der opstillet tre hypoteser til forklaring af specialets problemformulering. Gennem den valgte teori er det målet at finde probalistiske årsager - ikke at af- eller bekræfte teoriens gyldighed ved test af teorien på de to cases. Det er således baggrunden for de beslutninger politikerne og embedsmændene træffer, som er i fokus, og teorien er et instrument til at undersøge denne baggrund.

Med andre ord er det altså hverken et egentligt teoribyggende eller teoritestende casestudie, men derimod et studie, hvor de to cases er i centrum for undersøgelsen og teorierne bruges til undersøgelse og forståelse af disse.

5.1.1 Tidsperspektiv

Tidsrammen for specialets undersøgelse er for så vidt retrospektiv, idet det er prioriteringerne bag valget af interventioner i de to casekommuner, der undersøges. Der er dog ikke tale om en

tidsramme på dato. Tidsrammen styres i stedet af casekommunernes igangsættelse af arbejdet med den bøgerettede forebyggelse, hvilket kan variere fra kommune til kommune.

5.1.2 Units of analysis

Ifølge Yin bør units of analysis tage direkte udgangspunkt i forskningsspørgsmålet (Yin 1994, s. 23-24). I undersøgelsen af hvorfor nogle kommuner ikke har foretaget en borgerrettet forebyggelsesindsats overfor specialets målgruppe, er politikere i kommunernes sundhedsudvalg og embedsmændene i de tilsvarende forvaltninger helt centrale aktører.

For at sikre at de inddragede aktører har ekspertise på specialets undersøgelsesområde, udvælges respondenter, der enten er ansat i de kommunale sundhedsforvaltninger eller deltager i de politiske sundhedsudvalg (se afsnit 5.4)

Ifølge de Vaus er et veldesignet casestudie imidlertid et, der danner et billede ud fra informationer fra mange niveauer i casen (de Vaus 2001, s. 221). Derfor vil der sekundært blive inddraget dokumenter og arkivmateriale fra de udvalgte casekommuner. For eksempel har sundhedspolitikkerne en central placering i analysen og suppleres med referater fra sundhedsudvalg mv.

5.1.3 Most different

Caseudvælgelsen sker med udgangspunkt i principper bag most different system design. Hvor man med et most similar system design søger at maksimere fælles karakteristika og samtidig minimere karakteristika, der ikke er fælles, forholder det sig omvendt med most different system design. Her fjernes forstyrrende variabler ved at vælge cases, der ikke varierer på det fænomen der undersøges. Ved i stedet at maksimere antallet af variabler, hvori casene er forskellige, maksimeres antallet af forstyrrende variabler, der kan fjernes (Przeworski & Teune 1970, s. 33-36).

Ved at udvælge to kommuner, som er forskellige på en række parametre og samtidig ens i forhold til, om der er igangsat interventioner for specialets målgruppe, kan antallet af forstyrrende variabler minimeres. Dermed kan det testes med større grad af validitet, om specialets hypoteser har en forklaringsgrad i forhold til problemformuleringen. Ved at anvende denne model til udvælgelsen af kommuner, kommer specialet kun til at omhandle de kommuner, der endnu ikke har startet interventioner for målgruppen og de forhold som ligger til grund for dette. Dette er valgt, da det gør sig gældende for 72 pct. af landets kommuner og derfor må betegnes som den mest udbredte tendens blandt kommunerne.

Eliminering af relevante parametre

Efter en most different model er to kommuner udvalgt med udgangspunkt i en række variable, hvor de to kommuner er forskellige. Det de to kommuner har til fælles er, at de ikke har foretaget interventioner rettet mod specialets målgruppe. Udvælgelsen af casekommuner er således sket ud fra kommuner med forskellig størrelse, forskellig geografisk placering, forskellig andel af svært overvægtige samt ud fra en række demografiske parametre. Da kommunerne er forskellige på disse parametre, men samtidig begge har valgt ikke at foretage interventioner for målgruppen, kan parametrenes forklaringskraft elimineres i forhold til de to udvalgte kommuner.

Der er tidligere fastslået tre plausible forklaringer på specialets problemformulering.

I testningen af specialets hypoteser søges der, som beskrevet tidligere, efter probalistiske forklaringer. Da der således ikke søges deterministiske forklaringer, vil hypoteserne ikke blive forsøgt verificeret eller falsificeret. I stedet diskuteres der, på baggrund af specialets resultater, hvorvidt den givne faktor synes at have en forklaringskraft i forhold til specialets problemformulering.

5.2 Caseudvælgelse

I det følgende argumenteres for valg af cases. Først præsenteres de kriterier, der har ligget til grund for most different udvælgelsen af Slagelse og Furesø Kommuner, som casekommuner. Dette er samtidig den indledende præsentation af de to cases. Herefter præsenteres de valgte casekommuner yderligere, og der udvælges respondenter til de semistrukturerede interviews.

5.2.1 Most different udvælgelse

Som beskrevet tidligere synes det sandsynligt, at en række faktorer, som variationer i kommunernes størrelse, befolkningssammensætning, geografiske placering mm. kan have indflydelse på kommunernes indsats over for specialets målgruppe. Derfor udvælges specialets to casekommuner, efter en most different model, hvor casene er forskellige på en række variable. Ved at holde flest mulige variabler konstante kan forklaringskraften af disse elimineres og samtidig styrkes forklaringskraften af de teoretisk funderede variabler.

Geografiske forskelle

I udvælgelsen af casekommuner er det relevant at holde kommunernes geografiske forskelle konstante. Der kan således være store regionale forskelle i befolkningssammensætning,

infrastruktur, landskab, transportmuligheder mv., som kan have indflydelse på antallet af svært overvægtige. Derfor vil specialet søge at tage højde for den geografiske placering i udvælgelsen af casekommuner.

I det følgende identificeres de regionale forskelle i prævalensen af svært overvægtige.¹⁵

Geografisk er der tydelige forskelle at spore i antallet af svært overvægtige (se tabel 5.1). Region Sjælland er den region, hvor andelen af svært overvægtige er størst (14,7 pct.), hvilket er højere end landsgennemsnittet på 11,4 pct.. I Region Hovedstaden finder man den laveste andel af svært overvægtige. Her er andelen 9,6 pct..

Tabel 5.1

Andel svært overvægtige (BMI $\geq$ 30) i 2005 opdelt efter region.

Region	(%)	Antal svarpersoner
Hovedstaden	9,6	2907
Sjælland	14,7	2796
Syddanmark	11,9	3074
Midtjylland	10,5	2855
Nordjylland	12,2	2855
Hele landet	11,4	14487

Kilde: Sundheds- og sygelighedsundersøgelserne, Statens Institut for Folkesundhed, Syddansk Universitet.
<http://susy2.si-folkesundhed.dk>

Samme tendens gør sig gældende, når man ser på andelen af svært overvægtige i forhold til uddannelsesgrad (tabel 5.2). Andelen af svært overvægtige med kort uddannelse er således størst i Region Sjælland (21,3 pct.), mens den er lavest i Region Hovedstaden (14,3 pct.).

¹⁵ Tallene stammer fra Sundheds- og sygelighedsundersøgelserne ved Statens Institut for Folkesundhed og er fremkommet ved selvrapportering af vægt og højde. I selvrapportering af vægt er der normalt en tendens til underrapportering. En eventuel underrapportering vurderes dog ikke at have betydning for en sammenligning på tværs af regioner, da underrapporteringen således må antages at finde sted uanset region.

Tabel 5.2

Andel svært overvægtige (BMI ≥ 30) i 2005 opdelt efter uddannelse.

Region	Uddannelse	(%)	Antal svarpersoner
Hovedstaden	Kort < 10 år	14,3	273
	Mellem 10-12 år	13,1	710
	Lang 13+ år	7,7	1848
Sjælland	Kort < 10 år	21,3	445
	Mellem 10-12 år	17,1	873
	Lang 13+ år	11,5	1395
Syddanmark	Kort < 10 år	14,9	522
	Mellem 10-12 år	13,0	903
	Lang 13+ år	10,4	1555
Midtjylland	Kort < 10 år	16,7	467
	Mellem 10-12 år	12,4	800
	Lang 13+ år	8,0	1501
Nordjylland	Kort < 10 år	19,2	553
	Mellem 10-12 år	12,4	812
	Lang 13+ år	9,4	1402
Hele landet	Kort < 10 år	16,9	2260
	Mellem 10-12 år	13,5	4098
	Lang 13+ år	9,0	7701

Kilde: Sundheds- og sygelighedsundersøgelserne, Statens Institut for Folkesundhed, Syddansk Universitet.
<http://susy2.si-folkesundhed.dk>

I forhold til en most different udvælgelse af casekommuner, vælges der på baggrund af tallene i tabel 5.1 og 5.2 en kommune fra henholdsvis Region Sjælland og Region Hovedstaden.

Tiltag for specialets målgruppe

Udvælgelsen af to most different casekommuner sker med udgangspunkt i den ene variabel, hvor de to kommuner er ens. På baggrund af specialets problemformulering udvælges to kommuner, som ikke har foretaget målrettede forebyggende indsatser for specialets målgruppe. Gennemgangen af kommuner i Region Sjælland og Region Hovedstaden viste, at det kun var ganske få kommuner¹⁶, som havde foretaget målrettede tiltag for specialets målgruppe. Udgangspunktet for gennemgangen var kommunernes hjemmesider, men der er generelt stor forskel på, hvor meget og hvor detaljeret

¹⁶ Københavns, Vordingborg, Gladsaxe og Greve Kommuner er blandt 6 kommuner, der medvirker i et projekt med Sundhedsstyrelsen, *Lighed i sundhed*, som har som formål at udvikle metoder til at reducere social ulighed i sundhed (SST 2007A, s. 3).

information de forskellige kommuner lægger ud. I udvælgelsen af casekommuner kan potentielle cases således været sorteret fra og det er en fejlkilde, vi må acceptere. Den endelige udvælgelse af specialets casekommuner er dog sket ud fra en grundig vurdering af, at hverken Furesø eller Slagelse Kommuner har foretaget målrettede tiltag for specialets målgruppe. Dette er sket ud fra kommunernes hjemmesider, telefonsamtaler med forvaltningerne samt undersøgelse af kommunernes sundhedspolitikker. Desuden er dette blevet bekræftet i interviews med respondenter fra de to kommuner. En nærmere beskrivelse af casekommunernes indsatsområder findes i afsnit 5.3.

5.2.2 Befolkningssammensætning

Foruden forskellen i geografisk placering afviger Slagelse og Furesø Kommuner fra hinanden på en række væsentlige demografiske parametre.

Kommunestørrelse

I udvælgelsen af en casekommune fra henholdsvis Region Sjælland og Region Hovedstaden er det relevant at tage højde for kommunestørrelse. Tabel 5.3 viser en opdeling af kommunestørrelse efter kommunalreformen i tre kategorier. Figuren viser, at cirka to tredjedele af kommunerne har et indbyggertal på under 50.000, mens knap en tredjedel har mellem 50.000-100.000 indbyggere.

Tabel 5.3

Kommunestørrelser, 1. januar 2007

Antal indbyggere	N: 99
Under 50.000	65
Mellem 50.000 og 100.000	28
Over 100.000	6

Kilde: Danmarks Statistik, Bilag 15.

Derfor udvælges en casekommune fra hvert af de to kategorier. Bilag 16 viser indbyggertal for kommunerne i Region Hovedstaden og Region Sjælland pr. 1. januar 2007. Tallene viser, at Slagelse Kommune med 76.949 indbyggere repræsenterer kommuner med indbyggertal på mellem 50.000 og 100.000, mens Furesø Kommune med 37.624 indbyggere repræsenterer kommuner med under 50.000 indbyggere. De to kommuner repræsenterer altså hver sit interval. Slagelse Kommune har endvidere godt dobbelt så mange indbyggere som Furesø, hvilket understreger forskellen mellem de to kommuner i forhold til kommunestørrelse.

Svær overvægt

I Slagelse Kommune er andelen af svært overvægtige på 14,7 pct. (Bilag 17, s. 94). Region Sjælland har, som beskrevet ovenfor, præcist samme gennemsnit. I Furesø Kommune er andelen af svært overvægtige på 10,5 pct. (Bilag 18, side 144-145). Det er således 0,9 procentpoint over gennemsnittet for Region Hovedstaden. Derved repræsenterer Furesø Kommune tilnærmelsesvist regionsgennemsnittet for andelen af svært overvægtige i Region Hovedstaden.

Indkomst

Tabel 5.4 viser den samlede indkomst¹⁷ for borgere i Slagelse og Furesø Kommuner. Tallene viser, at borgernes i Furesø Kommunes gennemsnitlige samlede indkomst i 2006 var 113.498 kr. højere end i Slagelse Kommune. Der er således en betydelig forskel i borgernes indkomst mellem de to kommuner.

Tabel 5.4

Gennemsnit af alle borgeres samlede indkomst i 2006

Gennemsnit for alle personer	
Furesø Kommune	373.372 kr.
Slagelse Kommune	259.874 kr.

Kilde: Danmarks Statistik, INDKP1: Personer efter område, enhed, køn og indkomsttype. www.dst.dk.

Uddannelsesgrad

Kort uddannelse er et af parametrene for specialets målgruppe. Derfor er det relevant at klarlægge forholdet mellem de to kommuner på dette parameter. Tabel 5.5 viser, at andelen af borgere i Slagelse Kommune, som har grundskolen som den højeste fuldførte uddannelse, er på godt 10 procentpoint højere end andelen i Furesø Kommune. Andel af borgere med en kort uddannelse (< 10 år) er altså betragteligt højere i Slagelse end i Furesø.

¹⁷ Den samlede indkomst består af: Renteindtægter, øvrig formueindkomst, erhvervsindkomst (løn og virksomhedsoverskud), overførselsindkomster, anden personlig indkomst, samt leje af egen bolig.

Tabel 5.5

Andel af samtlige borgere, som har grundskolen, som den højeste fuldførte uddannelse i 2007.

	Borgere i alt	Grundskole	(%)
Furesø Kommune	37.624	6.179	16,42
Slagelse Kommune	76.949	20.176	26,22

Kilde: www.dst.dk, Bilag 20

Socioøkonomisk status

I forhold til socioøkonomisk status er der udvalgt tre parametre, hvor casekommunerne sammenlignes. Disse parametre er andelen af arbejdsløse, modtagere af kontanthjælp samt førtidspensionister.

Tabel 5.6 viser, at andelen af arbejdsløse og borgere på kontanthjælp er henholdsvis ca. 1 og 0,6 procentpoint højere i Slagelse Kommune end i Furesø Kommune. Arbejdsløsheden er historisk lav i Danmark, hvilket tallene for kommunerne afspejler. På trods af de lave tal for begge kommuner er der dog en forskel at spore.

Forskellen er markant i forhold til andelen af førtidspensionister, idet denne gruppe udgør 7 pct. af borgerne i Slagelse Kommune, hvorimod tallet for Furesø Kommune kun er på 3,9 pct.. Der er således en forskel på 3,1 procentpoint mellem de to kommuner.

Målt på socioøkonomiske parametre, er der således tale om vidt forskellige befolknings-sammensætninger i de to casekommuner.

Tabel 5.6

Socioøkonomiske parametre

Andel af ledige borgere, samt borgere på kontanthjælp og på førtidspension i procent		
	Furesø	Slagelse
Fuldtidsledige i 2007	2,3	3,4
Kontanthjælpsmodtagere i 2006	2,4	3,0
Førtidspensionister i 2006	3,9	7,0

Kilde: www.dst.dk, Bilag 21

Opsamling

På baggrund af de gennemgåede parametre, vurderes det at befolkningssammensætningen i de to kommuner er tilstrækkeligt forskellige i forhold til at indgå i et casedesign baseret på most different kriterier. Slagelse Kommune er således ca. dobbelt så stor som Furesø Kommune. Andelen af svært

overvægtige er markant højere i Slagelse Kommune. Desuden er der en betydelig forskel i indkomstniveauet i de to kommuner. Andelen af borgere med kort uddannelse er væsentlig højere i Slagelse Kommune og endelig er der en væsentlig forskel at spore i socioøkonomiske forhold.

5.3 Casepræsentation

I det ovenstående er specialets to casekommuner blevet vurderet og præsenteret på en række most different variabler. Dermed tegner der sig et billede af de to kommuner. I den nedenstående afsnit præsenteres casekommunernes organisering og politik på sundhedsområdet og herefter udvælges respondenter til specialets kvalitative interviews.

5.3.1 Slagelse Kommune

Efter kommunesammenlægningen har man i Slagelse Kommune valgt at bevæge sig fra en sammenlægningskommune til en udviklingskommune. Det betyder blandt andet, at man har forenklet ledelsesstrukturen og afskaffet forvaltningsbegrebet. I stedet er fagområderne opdelt i en række centre (Bilag 22, s. 2 og 6) hvor Center for Sundhed tager sig af forebyggelse og sundhedsfremme. Organisationsdiagrammet for Slagelse Kommune kan findes i Bilag 22 side 7.

I *Sundhedspolitik for Slagelse Kommune* (Bilag 23) præsenteres en lang række indsatsområder. Kommunen har overvægt og inaktivitet som indsatsområde (Bilag 23, s. 10), men den sigter ikke på målrettede indsatser for socialt udsatte. Et af hovedindsatsområderne i sundhedspolitikken hedder *Særlige målgrupper*, men det drejer sig om snævert definerede målgrupper; sygedagpenge-modtagere samt indvandrere og efterkommere¹⁸ (Bilag 23, s. 12). Kommunens sundhedspolitik vil blive uddybet og diskuteret i analysen.

5.3.2 Furesø Kommune

Organisationen i Furesø Kommune er opbygget hierarkisk med en række forvaltninger underordnet kommunaldirektøren. Arbejdet med den borgerrettede forebyggelse finder sted i Sundheds- og Forebyggelsesafdelingen under Social- og Sundhedsforvaltningen. Et diagram for kommunens overordnede organisation samt organisationsdiagram for Social- og Sundhedsforvaltningen findes i Bilag 24.

¹⁸ Indvandrere og efterkommere på kontanthjælp bosiddende i Nordbyen i Slagelse og på Motalavej i Korsør (Slagelse Sundhedspolitik, Bilag 23, s. 13).

I Furesø Kommunes *Sundhedspolitik 2008* (Bilag 25) præsenteres ti indsatsområder. Som det er tilfældet i Slagelse Kommune, har ingen af indsatsområderne socialt udsatte overvægtige som målgruppe. Kommunens sundhedspolitik vil blive uddybet og diskuteret i analysen.

Som den eneste af de to kommuner har man i Furesø Kommune et Sundhedsråd. Sundhedsrådet er et organ, som kommunen har medtaget fra den tidligere Værløse Kommune. Rådet er nedsat af Social- og Sundhedsudvalget og består af et styregruppe på 11 medlemmer bestående af 9 lokale og særligt sundhedspolitisk interesserede borgere i Furesø Kommune samt to politikere fra Social- og Sundhedsudvalget (Bilag 26, s. 1 og Bilag 27). Rådets opgaver er blandt andet at rådgive kommunalbestyrelsen i sundhedspolitiske spørgsmål, sikre borgerinddragelsen i relevante sundhedspolitiske indsatser, samt at indgå i et tæt samarbejde med Sundheds- og Forebyggelsesafdelingen vedrørende centrale sundhedspolitiske tiltag i Furesø Kommune (Bilag 28, s. 13-14).

5.4 Valg af respondenter

Sundhedsloven fastslår, at kommunalbestyrelsen har det overordnede ansvar for forebyggelsesarbejdet i kommunen. De overordnede retningslinier indenfor sundhed træffes imidlertid med udgangspunkt i sundhedsudvalgene og de vurderes derfor at have stor betydning i forhold til specialets problemstilling. Men embedsmændene er også relevante informanter, idet de vejleder politikerne og i større eller mindre grad deltager i udvælgelsen og tilrettelæggelsen af de enkelte projekter. Dette forstærkes af, at forvaltningerne i dag er kendetegnede ved en høj grad af professionalisering, og embedsmændene må derfor regnes som en vigtig faglig ekspertise i valget af interventioner.

For at sikre at de inddragede aktører har ekspertise på specialets undersøgelsesområde, udvælges derfor respondenter, der enten er ansat i de kommunale sundhedsforvaltninger eller deltager i de politiske sundhedsudvalg.

5.4.1 Respondenter fra Slagelse Kommune

I Slagelse Kommune er det, som beskrevet ovenfor, Udvalget for Sundhed og Forebyggelse, der er politisk ansvarlig i forhold til forebyggelse og sundhedsfremme. Her har Formand for udvalget Pernille Frandsen (V) været respondent. Fra forvaltningsmæssig side ville det have været ideelt at have interviewet sundhedschef i Center for Sundhed Merete Bach, men hun havde ikke tid til at medvirke. I stedet er forvaltningen repræsenteret ved sundhedskonsulent Ragnhild Lindsø. Dermed har det i denne case ikke været muligt at interviewe den embedsmand, der sidder på chefposten i forvaltningen, og dermed har det overordnede ansvar for eksempelvis sundhedspolitikken. Men i

forvaltningen understregede man, at Ragnhild Lindsø har været med i alle processer i forhold til kommunens politikker på området for forebyggelse og sundhedsfremme, både i forhold til det administrative og i interaktionen med politikerne. Dette underbygges i øvrigt i interviewet med Ragnhild Lindsø. De transskriberede interviews med Pernille Frandsen og Ragnhild Lindsø er at finde i henholdsvis Bilag 29 og Bilag 30.

Politiker:

Pernille Frandsen

- Formand for Udvalget for Sundhed og Forebyggelse.

Embedsmand:

Ragnhild Lindsø

- Sundhedskonsulent i Center for Sundhed.
- Master i Public Health og tidligere konsulent i Vestsjællands Amt.

5.4.2 Respondenter fra Furesø Kommune

I Furesø Kommune er det Social- og Sundhedsudvalget, der er politisk ansvarlig i forhold til forebyggelse og sundhedsfremme. Desuden inddrages Sundhedsrådet som en central samarbejdspartner, fordi kommunen har valgt at placere rådet som formel høringspart i sundhedspolitiske spørgsmål på lige fod med Ældrerådet og Handicaprådet. Her er Susanne Mortensen den ideelle respondent, idet hun både er formand for Social- og Sundhedsudvalget og medlem af Sundhedsrådet. I forvaltningen har Sundhedschef Gitte Ammundsen deltaget i et interview. Hun vurderes i kraft af sin stilling som den ideelle respondent fra Social- og Sundhedsforvaltningen. De transskriberede interviews med Susanne Mortensen og Gitte Ammundsen er at finde i henholdsvis Bilag 31 og Bilag 32.

Politiker:

Susanne Mortensen

- Formand for Social- og Sundhedsudvalget.
- Medlem af Sundhedsrådet.

Embedsmand:

Gitte Ammundsen

- Sundhedschef i Sundheds- og Forebyggelsesafdelingen under Social- og Sundhedsforvaltningen.
- Tidligere ældrechef i Værløse Kommune.

5.5 Metode

I det følgende afsnit præsenteres specialets metodologiske overvejelser. Specialets undersøgelse vil, som beskrevet tidligere, ske ud fra to most different casekommuner. Ved at anvende to kommuner, som er forskellige på en lang række områder, og derved minimere antallet af forstyrrende variabler, styrkes undersøgelsens validitet. Herved kan casestudiet anvendes som et illustrativt eksempel på kommuner, som ikke har foretaget målrettede forebyggende initiativer for specialets målgruppe.

Afsnittet vil indledningsvist diskutere specialets brug af kvalitativ metode og herefter diskuteres anvendelsen af semistrukturerede interview i undersøgelsen. Afslutningsvist vurderes undersøgelsens interne og eksterne validitet samt reliabilitet.

5.5.1 Kvalitativ metode

Overordnet er der valgt en kvalitativ tilgang i specialets undersøgelse. Den kvalitative tilgang er valgt som en konsekvens af specialets problemformulering og design. Der kan være mange grunde til, at nogle kommuner ikke har valgt at foretage målrettede, forebyggende tiltag for specialets målgruppe. Problemstillingen er derfor yderst kompleks, og specialets anvender tre forskellige teoretiske tilgange til undersøgelsen. Problemformuleringen søger primært efter forklaringer i de prioriteringer, som politikere og embedsmænd har valgt for det borgerrettede forebyggende arbejde. Derved står deres udsagn og vurderinger i forhold til det sundhedsfremmende og forebyggende arbejde centralt i undersøgelsen. Det er derfor et krav til analysemetoden, at den kan rumme mange faktorer og samtidig medvirke til at afdække den kompleksitet, der er indlejret i forklaringen. Her er kvalitativ metode at foretrække.

Idet der i specialet arbejdes med kvalitativ metode, er der i forbindelse med casestudiet fire relevante datakilder: Dokumenter, arkivmateriale, kvalitative interviews og observation (Nielsen 2007, s. 90-91). Observation kan imidlertid afskrives som kilde, da de udvalgte casekommuner har vedtaget deres sundhedspolitik og beslutningsprocessen derved er foregået. Da det især er de politiske prioriteringer forud for vedtagelsen af indsatsområder, som specialet undersøger, har specialets som beskrevet tidligere hovedsagelig et retrospektivt sigte. De kvalitative interviews og

casekommunernes sundhedspolitikker står centralt i undersøgelsen. Herudover inddrages andre dokumenter i form af sundhedsprofiler, styrelsesvedtægter, rapporter mm., samt arkivmateriale i form af mødereferater. Disse vil blive anvendt, hvor det er relevant, og indholdet vil blive behandlet kvalitativt. Ved at anvende flere datakilder styrkes betingelserne for at opnå en høj grad af validitet i undersøgelsen.

Interviews

I det følgende argumenteres for valg af semistrukturerede interviews til indsamlingen af specialets primærempiri.

Styrken ved interviews skal findes i fleksibiliteten og muligheden for at tilpasse sig de skiftende omstændigheder, samtalen bevæger sig over. Interviewet er et eksplorativt værktøj, der kan give interviewer en dybdegående forståelse af det ønskede emne (Kvale 1997, s. 19 og 41). Formålet med specialets undersøgelse er at få en dybere forståelse af de politiske prioriteringer, der ligger bag kommunernes forebyggende og sundhedsfremmende arbejde.

I casestudier anvendes interview ofte med det formål at indhente viden om en bestemt person eller institution (Kvale 1997, s. 105). I casekommunerne står de involverede politikere og embedsmænd med en central viden til undersøgelse af specialets hypoteser, hvilket der tages højde for i udvælgelsen af respondenter (se afsnit 5.4).

Der kan være stor forskel på, hvor struktureret et interview er. Det meget strukturerede interview giver undersøgelsen en høj grad af reliabilitet, men til gengæld giver en meget struktureret interviewguide ikke mulighed for at spørge ind til respondentens svar. I den modsatte ende af skalaen ligger det meget løst strukturerede interview. Muligheden for at guide samtalen ind i forhold til respondentens svar giver en detaljeret beskrivelse, men svækker den eksterne validitet samt reliabiliteten i undersøgelsen. (Pole & Lampard 2002, s. 128-132). I specialet er valgt det semistrukturerede interview, som ligger et sted imellem de to yderpunkter.

Det kvalitative semistrukturerede interviews, har på forhånd fastlagte temaer og spørgsmål, men er åben overfor til en vis grad, at tilpasse spørgsmålsrækkefølgen eller spørgsmålenes form, i forhold til respondentens svar (Kvale 1997, s. 129). For at sikre en vis grad af reliabilitet i undersøgelsen, tager specialets semistrukturerede interviews udgangspunkt i en interviewguide, med på forhånd fastlagte spørgsmål.

Interviewguides

I specialet er målet med interviewet, på baggrund af en række hypoteser at indsamle viden om de

prioriteringer, der ligger bag casekommunernes forebyggende og sundhedsfremmende arbejde. Specialet anvender, som beskrevet ovenfor, det semistrukturerede interview til indsamling af primærempiri. Interviews, der tester hypoteser, bør imidlertid have en del standardiserede spørgsmål, således at det er muligt at teste hypotesen på tværs af de enkelte interviews (Kvale 1997, s. 104). Spørgsmålene i specialets interviewguides tager udgangspunkt i de tre hypotesers teoretiske rammer og er udarbejdet med udgangspunkt i operationaliseringen (Kapitel 6). Udarbejdelsen af de enkelte interviewspørgsmål bør tage udgangspunkt i henholdsvis en tematisk og dynamisk dimension. Mens den tematiske dimension dækker over spørgsmålets relevans i forhold til selve forskningstemaet, skal spørgsmålets dynamiske dimension fremme en positiv interaktion i interviewet og motivere respondenterne til at fortælle om deres oplevelser. (Kvale 1997, s. 134-135). I specialets interviewguides er der, med udgangspunkt i operationaliseringen, lagt vægt på især den tematiske dimension i spørgsmålene.

Der er udarbejdet en interviewguide til hver af specialets fire respondenter (se Bilag 34-37). Udgangspunktet for de fire guides er ens. Via en række spørgsmål søges kvalitative svar til vurdering af hypotesens forklaringsgrad. De fire guides er opbygget, så de indeholder en række standardiserede spørgsmål, der er ens for de fire respondenter. Derved er det lettere at generalisere på tværs af interviewene. Kun få spørgsmål afviger således på tværs af politikere og embedsmænd. Hvert interviewspørgsmål er markeret med et stikord for den teoretiske ramme, der ligger bag spørgsmålet. Dette stikord skal hjælpe interviewerens til at fastholde fokus i forhold til de teoretiske temaer og stille eventuelle supplerende spørgsmål. Her kommer interviewets semistrukturerede form til udtryk.

5.6 Kvalitetskriterier

Specialets kvalitetskriterier udgøres af undersøgelsens interne og eksterne validitet samt reliabilitet.

5.6.1 Validitet

I den følgende diskuteres hvorledes specialet tager højde for den interne og eksterne validitet, herunder hvilke udfordringer specialets design giver i forhold til især den eksterne validitet.

Intern validitet

Specialets undersøgelse vurderes at have en forholdsvis høj grad af intern validitet, hvilket der argumenteres for i det nedenstående.

Et klassisk problem i forbindelse med en undersøgelses interne validitet er at screene irrelevante variabler ud af undersøgelsen. Det handler om at fokusere på et lille antal variabler ved, på den ene eller anden måde, at kontrollere for andre. Derved udelukker man, at andre variabler end de undersøgte kan have en forklaringskraft (de Vaus, 2001, s. 233). Som beskrevet i afsnit 5.1.3 søger specialet at minimere antallet af relevante variabler ved at udvælge casekommunerne ud fra en most different model. Der anvendes altså ikke et decideret most different system design, men casekommunerne udvælges på baggrund af most different principper. Ved at udvælge kommunerne efter en most different model og derved holder en række variabler konstante, styrkes den interne validitet.

Udover caseudvælgelsen, er der en række andre forhold, som styrker den interne validitet.

For det første sikrer litteratursøgningen, at problemstillingen bygger på de videnskabelige fund på området og derved er problemets kerne videnskabelig velfunderet. For det andet tager specialets hypoteser udgangspunkt i en kortlægning af samtlige 98 kommuners borgerrettede forebyggelse, hvilket styrker validiteten af hypoteserne. Specialet er som beskrevet et casestudie. Dette er til dels valgt i erkendelse af, at de nyindførte strukturændringer kan have stor indflydelse på årsager til kommunernes indsatser for specialets målgruppe, og at det derfor er relevant at undersøge flere forhold i kommunerne. Ved at gå i dybden ved hjælp af semistrukturerede interviews med nøglepersoner suppleret med relevante dokumenter og arkivmateriale, kan der opbygges en mere detaljeret forståelse af de to cases og eventuelle alternative forklaringer til specialets hypoteser identificeres. Derfor, for det tredje, betyder specialets brug af casedesign og den kvalitative metode, at den interne validitet styrkes.

Ekstern validitet

Overordnet kunne det antages, at specialets resultater er unikke for casekommunerne og derfor aldrig ville kunne danne grundlag for en generalisering til andre kommuner. Danske kommuner har således forskellige organisationsformer, økonomiske forhold med videre. Kommunerne står imidlertid over for de samme udfordringer på sundhedsområdet og i forhold til den borgerrettede forebyggelse. Ligeledes har kommunerne det samme lovgrundlag at arbejde under. Dermed kan det forventes, at resultaterne i dette studie i nogen grad kan være til stede i en række af de øvrige kommuner. Derfor er det i et vist omfang muligt at generalisere specialets resultater til det øvrige kommunale niveau.

Da specialet kun beskæftiger sig med to kommuner (ud af en population på 98), har undersøgelsen, ud fra en statistisk generalisering ikke tilstrækkelig høj ekstern validitet til at kunne generaliseres bredt. Resultaterne giver indblik i, hvilke forhold der ligger til grund for casekommunernes indsats

over for socialt udsatte overvægtige, og kan ikke anvendes som facitliste til anvendelse af andre kommuner. Derimod kan undersøgelsens resultater foreslå parametre, som kan være med til at forklare, hvilke forhold der ligger til grund for, at mange kommuner ikke har foretaget initiativer vendt mod gruppen af socialt udsatte overvægtige og dermed indgå i en *analytisk generalisering*:

”Analytisk generalisation indebærer, at der drages slutninger fra de mønstre, forståelser eller forklaringer, der fremkommer gennem analysearbejdet, enten i forhold til en række teoretiske afledte antagelser, eller empirisk funderet begrebsudviklinger. Disse slutninger skal kunne revidere, understøtte eller udvikle den vidensmasse, som eksisterer på området” (Nielsen 2007, s. 63)

5.6.2 Reliabilitet

Metodevalg har stor betydning for reliabiliteten. Ved brug af interviews, får man respondenternes oplevelser og holdninger, hvilket kan give anledning til problemer med reliabiliteten, da sådanne forhold kan ændre sig over tid og eventuelt blive påvirket udefra.

Reliabiliteten både styrkes og svækkes ved semistrukturerede interviews. Ved at tage afsæt i en struktureret interviewguide sikres, at respondenterne har samme udgangspunkt for at svare på spørgsmålene og derved styrkes reliabiliteten. Derimod svækkes den ved, at interviewerens har mulighed for, qua interviewets semistrukturerede natur, at spørge ud over guiden.

Derfor skal hvert enkelt interviewspørgsmål være enkelt og uden mulighed for misforståelse – og har derved en dynamisk dimension¹⁹ (Kvale 1997, s. 134). For at opnå sammenlignelighed mellem de forskellige respondenter, må spørgsmålenes ordlyd og rækkefølge desuden være nogenlunde ens (Ibid., s. 104). For at højne reliabiliteten i interviewene, vil der blive spurgt ind til det samme emne på flere forskellige måder. Dermed er der mulighed for at dobbelttjekke respondentens besvarelser og derved højne reliabiliteten (intern konsistens).

¹⁹ Overvejelser vedrørende spørgsmålenes tematiske og dynamiske dimensioner, er blevet uddybet i metodeafsnittet (afsnit 5.5).

6 Operationalisering og analysestrategi

I det følgende foretages en operationalisering, hvori de teoretiske begreber konkretiseres og gøres målbare i empirisk og analytisk sammenhæng.

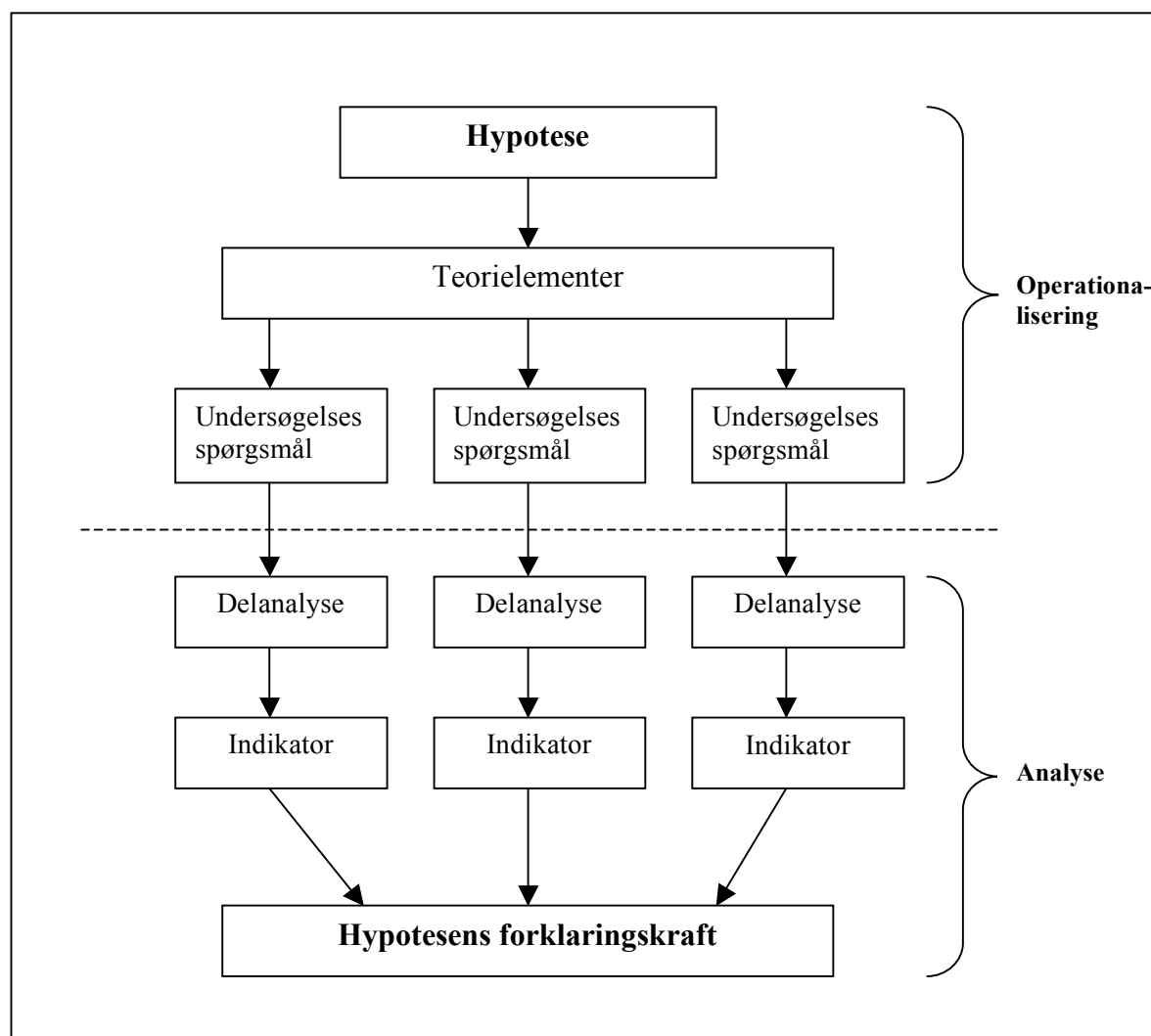
Første led i operationaliseringen var dannelse af specialets tre teoretiske hypoteser.

Det næste led i operationaliseringen er den teoretiske operationalisering, hvor de væsentligste træk fra teorierne fremhæves.

Derefter følger den empiriske operationalisering, der tager udgangspunkt i en række undersøgelsesspørgsmål. Undersøgelsesspørgsmålene ønskes besvaret i analysen og resultatet fra hvert undersøgelsesspørgsmål danner basis for en række indikatorer til vurdering af hypotesernes forklaringskraft. (se figur 6.1)

Figur 6.1

Specialets operationalisering og analysestrategi.



I specialet anlægges en politologisk vinkel på problemstillingen. Det betyder, at den valgte teori anskues ud fra denne vinkel.

Public Choice tilgangen er økonomisk funderet og tager sit udspring i "the economic man". Selvom specialet forholder sig til for eksempel budgetmaksimering, er det dog de politologiske elementer i tilgangen, der er udgangspunktet. I specialet benyttes tilgangen således udelukkende til at undersøge, om eventuelle egeninteresser hos politikere og embedsmænd har haft betydning for problemstillingen. Praksisbegrebet er en sociologisk funderet adfærdsteori, som tager udgangspunkt i målgruppen. Ved at anlægge en politologisk vinkel på teorien, anvendes begrebet til at undersøge konsekvenserne af målgruppens praksis for policy.

Webers bureaukratiske organisationsformer tager udgangspunkt i politologisk sociologi og anvendes i specialet i en styringsmæssig vinkel. Da specialet dog ikke er et decideret implementeringsstudie, er der hverken tale om en top-down eller bottom-up tilgang til de to cases. I stedet anvendes delelementer fra den bureaukratiske styreform som analyseredskaber i undersøgelsen af casekommunernes arbejde.

Analysen tager hovedsageligt udgangspunkt i den indsamlede kvalitative empiri og kommunernes sundhedspolitikker, suppleret med dokumenter og arkivmateriale fra de to kommuner. Arkivmaterialet fra udvalgmøderne i de to casekommuner har egenskab af sekundær empiri, men også en måde hvorpå det kan kontrolleres, om politikernes udsagn stemmer overens med de respektive udvalgs overvejelser, eller om de er udtryk for egen politisk holdning. Derved kan arkivmaterialet være medvirkende til en højere grad af intern validitet.

6.1 Operationalisering af Webers bureaukratiske organisationsformer

I det følgende konkretiseres de teoretiske styringsbegreber, som specialet vil måle på, og som er centrale for vurdering af den styringsmæssige hypotese.

6.1.1 Teoretisk operationalisering

Operationaliseringen af Webers bureaukratiske organisationsformer tager afsæt i specialets hypotese:

Nogle kommuner har ikke foretaget målrettede indsatser for specialets målgruppe, fordi de politiske retningslinier for målgruppen har været uklare.

Med udgangspunkt i Webers bureaukratiske organisationsformer er det sigtet at lægge et styringsmæssigt perspektiv på relationen mellem politikere og embedsmænd i de to casekommuner. Det overordnede mål er at undersøge, om politikerne har formået at operationalisere de overordnede politiske hensigter til egentlige retningslinier og handleplaner, som embedsmændene kan forholde sig til og forme diverse tiltag efter.

I et bureaukrati følger man ifølge Weber princippet om embedshierarki. Det vil sige et system af over- og underordnede stillinger, hvor den overordnede myndighed har opsyn med den underordnede. Herved bliver bureaukratiet et *instansbureaukrati* (Weber 1922, s. 107-108). I specialet fokuseres på to overordnede instanser; en politisk og en administrativ. Over disse står den politiske, kommunalbestyrelsen, som den øverste instans. I det styringsmæssige forhold i kommunerne står kommunalbestyrelsen, og i særdeleshed det respektive politiske udvalg, altså overordnet forvaltningen.

Inden for forebyggelse og sundhedsfremme er der ofte et samarbejde mellem flere forskellige forvaltninger. Ved at involvere flere forvaltninger kan man forvente, med tanke på Webers monokratiske perspektiv på forvaltningen, at de forskellige forvaltninger virker direkte dysfunktionelle på hinanden. I den moderne kommune, bestående af flere niveauer med relativ autonomi, opstår der næppe dysfunktionalitet mellem de forskellige forvaltninger, men ved at involvere flere forvaltninger kan det forventes, at styringen bliver mere kompleks, og at ansvaret for at skabe lighed i sundhed bliver mere utydeligt. Dette forhold styrker argumentet for mere præcise politisk styrede retningslinier.

Ifølge Weber er bureaukratiet inddelt i en række kompetenceområder, hvor forvaltningen træffer beslutninger ud fra et strengt formaliseret grundlag på baggrund af rationelle regler - det vil sige, hvor konkrete krav og målsætninger politikerne stiller til forvaltningen. Det er problematisk, hvis forvaltningen i de enkelte kommuner ikke har klare politisk udstukne retningslinier, idet initiativer med sigte på at arbejde med specialets målgruppe kan blive nedprioriteret.

6.1.2 Empirisk operationalisering

I det følgende beskrives hvorledes Webers styringsteoretiske begreber undersøges med henblik på at vurdere forklaringskraften af specialets styringsmæssige hypotese. Den empiriske operationalisering udmunder i en række undersøgelsesspørgsmål, der søges besvaret i analysen.

Hvilke overordnede styringsmæssige rammer lægger kommunernes sundhedspolitikker for arbejdet med forebyggelse og sundhedsfremme?

Rammerne for sund levevis i kommunerne udformes i casekommunernes sundhedspolitikker. Det er altså disse overordnede retningslinjer, som embedsmændene skal rette sig efter. Forvaltningen i den enkelte kommune kan således agere indenfor de af kommunalbestyrelsen udstukne områder. Derfor står sundhedspolitikken centralt i undersøgelsen af styringen i de to casekommuner.

Ved at se hvilke indsatsområder, mål, strategier og ansvarsfordelinger, der er prioriteret i Sundhedspolitikken og samtidig de overvejelser, som er gjort i den forberedende fase, kan der skabes et billede af de styringsmæssige forhold i de to casekommuner.

Med afsæt i de bureaukratiske organisationsformer ønskes det med andre ord undersøgt hvorledes instansbureaukratiet fungerer i kommunerne.

Har samarbejdet på tværs af forvaltninger besværliggjort gennemførelsen af kommunernes sundhedspolitikker?

Indenfor forebyggelse og sundhedsfremme er der ofte et samarbejde mellem flere forskellige forvaltninger, hvilket kan gøre styringen mere kompleks. Derfor er det relevant at undersøge, om de involverede fagforvaltningers relative autonomi har besværliggjort gennemførelsen og implementeringen af casekommunernes sundhedspolitikker. Det ønskes for det første klarlagt, hvilken indflydelse de øvrige forvaltninger har haft. Her er det naturlige udgangspunkt selve sundhedspolitikken. For det andet ønskes det undersøgt, hvordan inddragelsen af de øvrige forvaltninger har fundet sted. Her er politikerne og i særdeleshed embedsmændene relevante informanter, idet de har været involverede i kontakten med de øvrige forvaltninger og kan berette om eventuelle barriere i samarbejdet.

Har der været tydelige retningslinjer fra politikerne til forvaltningen i forhold til specialets målgruppe?

Idet ingen af de to casekommuner har foretaget forebyggende tiltag for specialets målgruppe, er det relevant at undersøge, hvordan kommunens politik for målgruppen ser ud. Som beskrevet ovenfor, står casekommunernes politikker på området for forebyggelse og sundhedsfremme i sundhedspolitikken. Hvis der her er konkrete opstillede mål for målgruppen, er det relevant at undersøge om sådanne mål er fulgt op med klare retningslinjer til udførelse af disse politikker. Hvis forvaltningen i de enkelte kommuner ikke har klare politisk udstukne retningslinier, risikerer kommunen, at arbejde med socialt udsatte grupper bliver nedprioriteret, fordi forvaltningen eventuelt ser en administrativ fordel i dette.

Sundhedspolitikken er den formaliserede politik på området, men for at vurdere hvordan instansbureaukratiet har fungeret i praksis, vil det styringsmæssige forhold mellem sundhedsudvalg og forvaltning blive undersøgt nærmere ved hjælp af interviews med relevante informanter i de to casekommuner. I interviewene er det således muligt at klarlægge henholdsvis politikernes og embedsmændenes opfattelse af forholdet mellem de to kompetenceområder på området for den borgerrettede forebyggelse. Her spørges blandt andet ind til de konkrete retningslinjer fra politikernes side.

Ved at sammenligne og diskutere de tre styringsindikatorer fra de to most different casekommuner kan det undersøges, hvorvidt specialets styringsteoretiske hypotese har en forklaringskraft i forhold til, hvorfor nogle kommuner ikke har foretaget målrettede, forebyggende tiltag for specialets målgruppe.

6.2 Operationalisering af Public Choice tilgang

Dette afsnit har til hensigt at inddrage de væsentligste elementer fra gennemgangen af Public Choice med henblik på operationalisering af teorielementerne i forhold til problemstillingen.

6.2.1 Teoretisk operationalisering

Den første del af operationaliseringen skete ved dannelsen af hypotesen og lyder således:

Nogle kommuner har ikke foretaget målrettede indsatser for specialets målgruppe, fordi politikere og embedsmænd har en egeninteresse i at lave initiativer, hvor der er stor sandsynlighed for succes.

Den teoretiske operationalisering kan deles op i to dele, hvor den ene fokuserer på egeninteresse for forvaltningen og den anden på egeninteresse for politikerne.

Tullock argumenterer for, at embedsmænd i forvaltningen kan have interesse i at træffe valg, der udmønter sig i, at deres arbejde opfattes positivt af omgivelserne. Der kan dermed være et karrieremæssigt incitament for de ansatte i kommunerne til at planlægge og iværksætte initiativer, hvor sandsynligheden for succes er størst, hvilket kan blive på bekostning af specialets målgruppe. Niskanen hævder, at embedsmænd har interesse i at maksimere størrelsen af budgettet for forvaltningen, hvilket kan være fremmende for karrieremulighederne. Embedsmændene i kommunerne kan have haft interesse i at satse på projekter med større sandsynlighed for succes, for

netop at sikre gode resultater og dermed en politisk og folkelig accept af det arbejde, der bliver lavet i forvaltningen. Dermed sikres forvaltningens budgetter. Niskanen beskriver endvidere, at embedsmændene har en interesse i at gøre arbejdet lettere i forvaltningen. Disse forhold kan have haft betydning for, hvorfor nogle kommuner har undladt at lave interventioner for specialets målgruppe, idet embedsmændene muligvis har haft interesse i at undgå det mere komplicerede arbejde med denne målgruppe.

Ifølge Downs og Breton gør politikerne hvad de kan for at blive genvalgt. Dette betyder, at politikerne har interesse i, at de midler, der er blevet benyttet i valgperioden, er blevet brugt fornuftigt. Dette kan have betydning for valg af målgrupper i de forebyggende indsatser, idet specialets målgruppe kan opfattes som værende kompleks, hvilket mindsker sandsynligheden for succes. Vælgerne kan ifølge Breton stille krav i forhold til hvilke politiske programmer der gennemføres, hvilket politikerne herefter vil forsøge at efterkomme. Dette hænger ifølge Breton sammen med, at de forsøger at maksimere antallet af stemmer. Set i forhold til andre grupperinger i samfundet, står specialets målgruppe relativt svagt, hvilket kan have indflydelse på omfanget af politisk fokus på denne gruppe.

6.2.2 Empirisk operationalisering

Eftersom hypotesen tager udgangspunkt i embedsmænds og politikeres egeninteresse, er det muligt at respondenterne svarer afværgende på spørgsmålene. Derfor er det nødvendigt at udarbejde nogle indikatorer, der kan pege i retningen af, hvorvidt egeninteressen er til stede og om den i så fald har haft en reel betydning i forbindelse med det forebyggende arbejde i kommunerne. Disse indikatorer kan fortolkes og analyseres enkeltvis og vil tilsammen bidrage til, at skabe et overblik i forhold til hypotesens forklaringskraft. Idet der inddrages et væsentligt fortolkningsselement i denne del af analysen, mindskes validiteten af besvarelsen.

Som et led i udarbejdelsen af indikatorer deles hypotesen op i tre undersøgelsesspørgsmål, der hver især tager udgangspunkt i et teorielement fra Public Choice litteraturen. Under hvert undersøgelsesspørgsmål er der udpeget en eller flere faktorer til besvarelse af spørgsmålet. Undersøgelsesspørgsmålene bliver primært afdækket i de kvalitative interview med specialets respondenter, i det mødereferater kun i ringe grad kan kaste lys over egeninteresser.

I det følgende gennemgås undersøgelsesspørgsmål for henholdsvis embedsmænd og politikere.

Embedsmænd og egeninteresse

Har embedsmændene søgt at tilgodese egne interesser ved at søge en nedprioritering af målrettede indsatser for specialets målgruppe?

Dette spørgsmål tager udgangspunkt i Tullocks pointer i forhold til at belyse, om embedsmændene har karrieremæssige interesser i at tilgodese andre målgrupper i forhold til fordeling af ressourcer. Desuden indeholder spørgsmålet elementer fra Niskanens teori om budgetmaksimering.

For at analysere dette undersøgelsesspørgsmål tages der udgangspunkt i interviewene fra de fire respondenter. Det kan ikke forventes, at embedsmændene vil svare direkte i forhold til dette spørgsmål. Derfor spørges der til relaterede interesser, som indirekte kan have en effekt i forhold til den manglende prioritering af initiativer for specialets målgruppe. Det er endvidere relevant at spørge ind til, om embedsmændene i casekommunerne har en personlig interesse i, at de initiativer de gennemfører, bliver succesfulde. Indikatoren skal danne basis for en diskussion i forhold til, om specialets målgruppe nedprioriteres, fordi det er sværere at gennemføre succesfulde interventioner for denne gruppe.

Har embedsmændene bevidst fravalgt at sætte målrettede initiativer for specialets målgruppe på dagsordenen?

Dette undersøgelsesspørgsmål udspringer af Niskanens teori, der hævder, at embedsmænd kan have interesse i at gøre arbejdet i forvaltningen lettere. Dette kan netop være tilfældet, hvis embedsmændene fravælger at sætte initiativer for specialets målgruppe på dagsordenen.

Det kan naturligvis ikke forventes, at embedsmændene svarer direkte på dette undersøgelsesspørgsmål, hvorfor det i stedet undersøges, hvad der ligger til grund for beslutningerne bag tiltag for andre målgrupper. Dette vil kunne bidrage med en indikation af, hvad der generelt ligger bag prioriteringerne i kommunen, hvilket vil kunne bruges til et fortolket svar af spørgsmålet. Der vil blive fokuseret på faktorer som; krav om motivation hos målgrupperne, tilgængelighed af målgrupper og om kommunernes erfaring fra tidligere initiativer har indflydelse på valg af nye. Tilsammen danner disse faktorer grundlag for at fortolke om embedsmændene bevidst har fravalgt at sætte målrettede initiativer for specialets målgruppe på dagsordenen.

Samlet analyseres det, hvorvidt embedsmændene har haft interesse i at forhindre målrettede forebyggende initiativer for specialets målgruppe. Dette undersøges ved at sammenholde indikatorerne, der er fundet ved hjælp af de to ovenstående undersøgelsesspørgsmål.

Politikere og egeninteresse

Har politikerne undladt at prioritere interventioner for specialets målgruppe med henblik på at fremme deres politiske karriere?

Udgangspunktet for undersøgelsesspørgsmålet er Downs og Bretons teorier, der hævder, at politikere har interesse i at efterfølge vælgernes ønsker for at optimere sandsynligheden for at blive genvalgt.

I forhold til politikerne gælder de samme problemstillinger som hos embedsmændene; at der kan forventes afværgende svar på spørgsmålene om egeninteresse. Derfor er det nødvendigt at søge efter faktorer, der kan bruges til at fortolke og analysere undersøgelsesspørgsmålet.

For at imødekomme en besvarelse af dette spørgsmål er det først og fremmest nødvendigt at undersøge, hvorvidt politikerne har interesse i, at forebyggende initiativer i kommunerne får succes. Dette spørgsmål ønskes vendt af både politikere og embedsmænd. Det må forventes, at embedsmændene har en fornemmelse af, hvad politikerne har af interesser og hvordan de bruger profileringen i det politiske arbejde. Derfor kan embedsmændene bidrage med en anden vinkel i forhold til dette undersøgelsesspørgsmål.

En anden faktor der ønskes belyst er sundhedspolitikernes betydning i casekommunerne. I sundhedspolitikkerne er rammerne for det forebyggende arbejde indarbejdet, hvilket kan have betydning for de reelle muligheder på forebyggelsesområdet. De beskrevne faktorer skal sammenholdes og udmunde i en analyse, der skal vurdere, om politikerne har undladt at prioritere indsatser for målgruppen med henblik på at fremme deres politiske karriere.

6.3 Operationalisering af Bourdieus teori om praksisbegrebet

Hensigten med dette afsnit er at koble Bourdieus teori om praksis sammen med specialets problemstilling med henblik på at få den mest hensigtsmæssige indsamling af empirisk materiale.

6.3.1 Teoretisk operationalisering

Første led i operationaliseringen var dannelsen af hypotesen.

Nogle kommuner har ikke foretaget forebyggende og sundhedsfremmende tiltag for specialets målgruppe, da det kræver omfattende ændringer i livsstil, omgivelser og indstilling til sundhed hos målgruppen, før de ønskede resultater kan opnås.

Bourdieu's praksisbegreb kan benyttes til at analysere, hvorfor de udvalgte kommuner har valgt ikke at prioritere forebyggende interventioner for specialets målgruppe. Praksisbegrebet kan benyttes til at diskutere, hvor omfattende ændringer det kræver at lave ændringer i livsstilen for specialets målgruppe.

Tankegangen i teorien om praksisbegrebet er, at det er væsentligt at inddrage adskillige aspekter af personens liv i forbindelse med en omlægning af livsstil.

For det første er det væsentligt at tage hensyn til de omgivelser, personen færdes i (felter), idet disse kan virke hæmmende på personens forsøg på at ændre livsstil. For det andet beskriver teorien, hvordan personer med ringe symbolsk kapital har svært ved at implementere råd og vejledninger i forhold til at ændre livsstil. Den manglende symbolske kapital kan desuden være en barriere i forhold til at bryde negative mønstre, hvilket betyder, at det bliver mere vanskeligt for gruppen at træffe hensigtsmæssige valg i forhold til uddannelse og sundhed.

For det tredje bliver habitus løbende formet igennem livet og det vil kræve drastiske skridt at ændre habitus radikalt, hvis en svært overvægtig skal føre en sundere livsstil. Habitus er væsentlig at inddrage i forhold til specialets problemstilling, idet begrebet netop fokuserer på de mangler, specialets målgruppe kan have i forhold til at træffe sunde valg. En ændring af habitus er en forudsætning for en ændring af livsstil, hvilket understreger, hvor omfattende interventioner det kræver at gøre en forskel for denne gruppe mennesker. Derfor er det en stor udfordring for kommunerne at lave effektive interventioner for specialets målgruppe.

De ovenstående forhold betyder, at det er vanskeligt for en person med komplekse sociale forhold at ændre livsstil, hvilket kan være medvirkende til, at kommunerne har valgt ikke at prioritere interventioner for denne målgruppe.

6.3.2 Empirisk operationalisering

I dette afsnit beskrives, hvordan undersøgelsesspørgsmålene konkret vil forsøge at blive besvaret i indsamlingen af empiri. Kendetegnende for samtlige spørgsmål er, at de tager udgangspunkt i målgruppens vanskelige forhold og om disse kan have haft betydning i forhold til, hvorfor kommunen har valgt ikke at prioritere interventioner for målgruppen.

Er kommunerne rustet til på egen hånd at iværksætte interventioner, der udmønter sig i livsstilsændringer for personer i specialets målgruppe?

Kommunen og i særdeleshed den forvaltning, der er ansvarlig for forebyggelse og sundhedsfremme, har en stor udfordring i forhold til at foretage en drastisk ændring i livsmønsteret hos målgruppen. I denne sammenhæng er det relevant at indhente oplysninger om, hvorvidt

embedsmændene og politikerne føler sig i stand til at gennemføre interventioner, der resulterer i vedvarende livsstilsændringer for målgruppen. Her bidrager interviews med specialets respondenter til at klarlægge, hvordan politikere og embedsmænd i kommunerne forholder sig til dette spørgsmål. Intentionen er, at interviewene skal danne et indtryk i forhold til om kommunens målsætninger om øget social lighed i sundhed er realistisk og om kommunen har den nødvendige kapacitet til at efterfølge målsætningerne. Der inddrages endvidere referater fra social- og sundhedsudvalgsmøder og Sundhedsrådsmøder, hvor kommunens kapacitet i forhold til at håndtere socialt udsatte er diskuteret.

Er motivationsfaktoren hos personer i målgruppen afgørende for, at der ikke er prioriteret at lave interventioner for gruppen?

I undersøgelsen af betydningen af målgruppens motivationsfaktor er det relevant at inddrage politikere og embedsmænd som informanter. Her kan der spørges ind til, om målgruppens motivationsfaktor har været et tema i forhold til, hvordan de forebyggende indsatser er blevet prioriteret. Desuden inddrages de respektive sundhedspolitikker i forhold til at undersøge hvilke forventninger der indlejret til borgernes motivation i forbindelse med sundhedsindsatser. Dette forholdes til de særlige omstændigheder praksisbegrebet kendetegner gruppen for at have.

Er der manglende folkeligt og politisk fokus på at lave interventioner for målgruppen?

Personer og grupper med ringe symbolsk kapital kan have svært ved at etablere et folkeligt og politisk pres, der presser politikerne til at handle i forhold til at lave målrettede interventioner for specialets målgruppe. Desuden kan der generelt være manglende opmærksomhed på målgruppen i befolkningen og hos politikerne, hvilket kan betyde, at målgruppen ikke kommer på den politiske dagsorden. Uden et pres fra befolkningens risikerer kommunen at nedprioritere interventioner for specialets målgruppe, idet der ikke er et indflydelsesrigt talerør for denne del af befolkningen. Omvendt kan pres fra en mere ressourcestærk del af befolkningen påvirke beslutningstagerne til at opprioritere de ressourcestærkes interesser.

I forhold til dette spørgsmål vil politikere og embedsmænd kunne bidrage med viden om, hvor meget fokus der har været på målgruppen i kommunernes råd og udvalg.

Derudover vil fokus i spørgsmålene være, om der bliver lagt folkeligt og politisk pres på forvaltningen i forhold til at mindske uligheden i sundhed. Der vil også blive lagt vægt på, hvordan andre målgrupper vinder genlyd i forhold til at blive politisk opprioriteret.

Bliver interventioner for målgruppen nedprioriteret, fordi andre målgrupper er mindre komplekse at arbejde med?

Specialets målgruppe har, som tidligere beskrevet, generelt mere komplekse livssituationer end andre målgrupper og er erfaringsvist mere komplekse at lave forebyggende og sundhedsfremmende initiativer for. Dette kan have haft indflydelse på, at kommunen har valgt andre målgrupper, da disse grupper er mindre komplekse. Kommunen har dermed større sandsynlighed for succes med sådanne tiltag. Dette argument kan bunde i økonomisk prioritering i den enkelte forvaltning, idet beslutningstagerne kan vurdere, at ressourcerne bliver bedst udnyttet ved mindre komplekse målgrupper. Dette spørgsmål kan undersøges ved at gennemgå referater og sundhedspolitikker for at undersøge argumenterne bag konkrete valg af forebyggende tiltag. Specialets respondenter vil desuden blive spurgt om, hvilke kriterier der ligger bag udvælgelsen af de forebyggende tiltag, og hvordan processen har været i forhold til forslag, forberedelse og vedtagelse af de større forebyggende tiltag i kommunen.

7 Analyse

Specialets undersøgelse tager udgangspunkt i tre teoretisk funderes hypoteser. Hypoteserne vil blive analyseret hver for sig ud fra en betragtning om systematik og overskuelighed i analysen. Hver hypotese er operationaliseret ned i en række undersøgelsesspørgsmål. Svarene på disse anvendes som indikatorer til vurdering af hypotesernes forklaringskraft. Undersøgelsens design indeholder et vist eksplorativt element, der giver mulighed for at forfølge forklaringer, der ligger udenfor de teoretiske rammer. I kapitlets afsluttende del diskuteres analysens resultater og forholdes til mulighederne for at danne analytisk generalisering. Derudover vurderes resultaternes i forhold til en række kvalitetskriterier.

7.1 Politiske retningslinjer

Analysen af de bureaukratiske organisationsformer tager udgangspunkt i de tre operationaliserede undersøgelsesspørgsmål. I analysen vil kommunerne blive analyseret hver for sig, hvorefter besvarelsen af det enkelte undersøgelsesspørgsmål bygger på forholdene i begge kommuner. Hver delanalyse udmunder i en indikator til vurdering af styringshypotesens forklaringskraft.

Nogle kommuner har ikke foretaget målrettede indsatser for specialets målgruppe, fordi de politiske retningslinier for målgruppen har været uklare.

7.1.1 De styringsmæssige rammer i casekommunerne

- *Hvilke overordnede styringsmæssige rammer lægger kommunernes sundhedspolitikker for arbejdet med forebyggelse og sundhedsfremme?*

I det nedenstående analyseres de to casekommuners sundhedspolitikker med henblik på at klarlægge, hvilke overordnede rammer der lægges for forvaltningen af forebyggelse og sundhedsfremme i de to kommuner.

Furesø Kommune

I Furesø Kommune er det Social- og Sundhedsudvalget, der har vedtaget de indsatsområder, der er at finde i sundhedspolitikken. Sundhedspolitikken er dog udarbejdet i samarbejde med Sundhedsrådet, som har været styregruppe for udarbejdelsen af politikken (Bilag 25, side 7 og 30).

Sundhedsrådet har haft stor indflydelse på udformningen af politikken. Dette kan eksemplificeres ved indsatsen for socialt udsatte, hvor Social og Sundhedsudvalget i første omgang havde prioriteret denne gruppe som indsatsområde. Men som det blev konstateret ved et møde i Social- og Sundhedsudvalget den 10. april i år, foreslog Sundhedsrådet herefter, at socialt udsatte skulle gøres til en del af værdigrundlaget og dermed en del af alle indsatsområder (Bilag 33) Denne ændring er kommet med i den endelige sundhedspolitik (Bilag 25, s. 9) og derved står borgerne centralt placeret i udarbejdelsen af sundhedspolitikken og har dermed indflydelse på, hvilken retning kommunens sundhedsindsats tager.

I Furesø Kommune ønsker man, at sundhedspolitikken først og fremmest skal bane vejen for en målrettet, samlet indsats for sundhedsfremme og forebyggelse. Denne opgave ser kommunen gå på tværs af alle forvaltninger og sundhedspolitikken skal endvidere give fælles retning. Sundhedspolitikken skal overordnet være ”pejlemærke” for kommunens borgere, politikere og ansatte (Bilag 25, s. 5-7). Sundhedschef Gitte Ammundsen forklarer i denne sammenhæng, at sundhedspolitikken ikke er en to-do-liste, men nogle overordnede rammer for hvilken retning kommunen ønsker at prioritere (Bilag 32, GA3). Kommunen vælger dermed overordnet kun at opstille brede rammer for sundhedspolitikken, hvilket ligeledes kommer til udtryk i de mål som opstilles for hvert indsatsområde i politikken. Der er således ingen af de opsatte mål i politikken, der angiver målbare tal eller konkrete definitioner. Under *Kost* hedder et af målene for eksempel: ”*Andelen af borgere, som spiser frugt og grønt flere gange om dagen, forøges*” (Bilag 25, side 11) og under *Motion*: ”*Alle borgere og medarbejdere har let adgang til at motionere i hverdagen*” (Bilag 25, s. 15). Hvad der menes med ”forøges” eller ”let adgang” konkretiseres og defineres således ikke. I sundhedspolitikken hedder det ellers, at indsatser så vidt muligt skal evalueres og effektmåles (Bilag 25, side 9). Man kan sætte spørgsmålstegn ved, hvordan det skal kunne lade sig gøre uden målbare tal eller definitioner.

I Furesø Kommune har processen med at udarbejde en sundhedspolitik taget halvandet år (Bilag 31, SM3) På trods af dette understreger formand for Social- og Sundhedsudvalget Susanne Mortensen, at de enkelte indsatsområder fortsat mangler at blive prioriteret. Det vil ske via etårige handlingsplaner (Bilag 31, SM28 og SM38). Når handlingsplanerne er udarbejdet foreligger der måske mere konkrete retningslinjer i forhold til de enkelte indsatser, men fakta er, at målene i sundhedsplanen er ukonkrete.

Uden konkrete mål bliver det sværere for politikerne i instanshierarkiet mellem Social- og Sundhedsudvalg og forvaltning at kontrollere, om forvaltningen opfylder målene i

sundhedspolitikken. Ifølge Gitte Ammundsen er det da også op til forvaltningen, hvordan målene for de enkelte indsatser nås (Bilag 32, GA52 og GA53).

Her synes Furesø Kommune altså at have en svag grad af bureaukratisk styring.

Slagelse Kommune

I Slagelse Kommune bygger sundhedspolitikken videre på de sundhedstiltag kommunen har i forvejen. Desuden er sundhedstiltagene i politikken i høj grad baseret på resultaterne fra sundhedsprofilen. Som det er tilfældet i Furesø Kommune, ønsker man i Slagelse Kommune at sundhedspolitikken bidrager til, at alle kommunens forvaltninger arbejder i samme retning i forhold til sundhed. Sundhedspolitikken beskriver således de overordnede rammer for sundhedsområdet og skal ses i sammenhæng med samtlige politikker i kommunen. (Bilag 23, s. 1 og Bilag 38, s. 5). I Slagelse Kommune har man valgt at fremsætte meget konkrete mål i sundhedspolitikken. Kommunen satser generelt på børn og unge (Bilag 29, PF5) og under *Overvægt og inaktivitet* er et af målene: *”Andelen af børn, der betragtes som overvægtige, er reduceret med 5 pct. i 2010”* (Bilag 23, s. 14). Det kan selvfølgelig diskuteres, om 5 pct. er et ambitiøst mål for indsatsen, men det er under alle omstændigheder et konkret mål, der ud fra et instansbureaukratisk perspektiv, gør det lettere for politikerne i Udvalget for Sundhed og Forebyggelse at kontrollere forvaltningen. I forhold til ansvarsfordelingen mellem forvaltningerne er det fastlagt i sundhedspolitikken, hvilken forvaltning, der har hovedansvaret for de enkelte indsatser. Derved er alle indsatser entydigt forankret i en forvaltning (Bilag 23, side 14-23 og 26). Det betyder, at den enkelte forvaltnings kompetenceområde er defineret, hvilket er en styrkelse af den bureaukratiske organisering i kommunen. Kommunen har desuden vedtaget en strategi til kontrol af indsatsernes effekt og målopfylldelse:

”Hvert kvartal følges op på implementeringen, herunder om planlagte indsatser er iværksat og forløber tilfredsstillende. Mindst en gang årligt vurderes også resultatet af de respektive indsatser.” (Bilag 23, side 36).

Den gradvise evaluering giver politikerne mulighed for løbende at kontrollere implementeringen af de politiske prioriteringer.

7.1.2 Indikator

Fælles for Slagelse og Furesø Kommuner er, at man ønsker en bred tilgang til forebyggelse og sundhedsfremme. Der er imidlertid stor forskel på detaljeringsgraden i forhold til konkrete mål i de to kommuners sundhedspolitik.

I Furesø Kommune ønsker man, at sundhedspolitikken skal danne basis for en målrettet indsats, men har valgt overordnet kun at opstille løse rammer for sundhedspolitikken. Målene for kommunens indsatsområder er løst formulerede og det virker derfor som en svær opgave for kommunen, når den efterstræber, at indsatser så vidt muligt skal evalueres og effektmåles.

Slagelse Kommune har meget konkrete mål i sundhedspolitikken og ansvaret for de enkelte indsatser er forankret i en forvaltning, hvilket gør det lettere for politikerne at kontrollere arbejdet. De konkrete mål, ansvarsfordelingen mellem forvaltningerne og den løbende evaluering af implementeringen muliggør tilsammen en høj grad af politisk styring af indsatsen i Slagelse Kommune. Kommunen vurderes derfor, i forhold til opretholdelsen af instansbureaukratiet, at have en høj grad af bureaukratisk styring.

Begge kommuner opstiller mål for de enkelte indsatsområder, men i Slagelse er målene mere specifikke og målbare end i Furesø og står derfor overordnet stærkere i et styringsmæssigt perspektiv. Specialets most different caseudvælgelse betyder, at der ikke kan genereres en entydig indikator for dette undersøgelsesspørgsmål, da der således er stor forskel på, hvor specifik og målbar sundhedspolitikken er i de to kommuner.

7.1.3 Flere forvaltninger

- *Har samarbejdet på tværs af forvaltninger besværliggjort gennemførelsen af kommunernes sundhedspolitikker?*

Som beskrevet ovenfor ønsker begge casekommuner at inddrage samtlige forvaltninger i arbejdet med sundhedsfremme og forebyggelse. Samtidig angiver begge kommuner i deres sundhedspolitik, at de ønsker at reducere uligheden i sundhed ved at tænke den ind i alle indsatser (Bilag 25, s. 9 og Bilag 23, s. 1).

Ved at flere forvaltninger involveres i udarbejdelsen og implementeringen af kommunens sundhedspolitiske mål må man forvente, i lyset af Webers monokratiske perspektiv på forvaltningen, at styringen bliver mere kompleks, og at Sundhedsudvalget må kæmpe mod en vis autonomi hos de øvrige forvaltninger.

Slagelse Kommune

Ifølge *Styrelsesvedtægt for Slagelse Kommune* (Bilag 39) er Udvalget for Sundhed og Forebyggelse forpligtet til at arbejde for indsatser på tværs af de politiske udvalg:

”Udvalget udarbejder forslag og indstilling til Økonomiudvalget jf. § 10, om tværgående indsatsområder og særlige fokusområder af forebyggelse og sundhedsfremmede karakter i samarbejde med de øvrige stående udvalg, således at sundhed og forebyggelse for alle aldre gøres til et anliggende for kommunens øvrige sektorplaner, politikere, medarbejdere og borgere.” (Bilag 39, § 22, stk. 4)

I sundhedspolitikken hedder det derfor, at det brede samarbejde er en forudsætning for at kunne omsætte politikken til praksis (Bilag 23, side 1). Det betyder, at sundhedspolitikken udgør et dynamisk grundlag for den sundhedspolitiske indsats og visionen for kommunen er, at sundhed integreres i alle kommunens enheder, og at indsatsen er afspejlet i alle politikker (Ibid., side 1 og 5). Ifølge Pernille Frandsen, formand for Udvalget for Sundhed og Forebyggelse, er samme princip anvendt i udarbejdelsen af Sundhedspolitikken. Her har alle områder af kommunen været med på det politiske såvel som det administrative niveau (Bilag 29, PF2). Pernille Frandsen forklarer, at det er Udvalget for Sundhed og Forebyggelse, som har haft ansvaret for at styre processen og få involveret så mange forvaltninger som muligt i den (Ibid., PF3). Udvalget for Sundhed og Forebyggelse har da også sendt sundhedspolitikken til høring hos alle fagudvalg (Bilag 40, side 4) I forholdet mellem de forskellige politiske udvalg samt forholdet mellem Sundhedsforvaltningen og Udvalget for Sundhed og Forebyggelse forklarer sundhedskonsulent Ragnhild Lindsø, at udvalget har sat dagsordenen (Bilag 30, RL2). Hun erkender dog, at selvom sundhed berører alle fagområder i kommunen, forstår nogle udvalgs- og forvaltningsområder bedre vigtigheden af at inkludere sundhed end andre: *”... der er jo en sundhedskomponent i alle elementer ik’, og nogen forstår den bedre end andre, det kommer lidt an på miljøet, ik’?”* (Bilag 30, RL3). I udarbejdelsen af sundhedspolitikken blev udvalgsformændene i kommunen inviteret med til en forberedende borgerkonference, men ifølge Ragnhild Lindsø, bakkede de ikke helt op om initiativet (Ibid., RL9). Samtidig har organisationsændringer midt i forløbet besværliggjort igangsættelsen af initiativer, specielt på området for overvægt (Ibid., RL9 og RL12). Forholdet mellem de forskellige udvalgs- og forvaltningsområder og uklarheder i organiseringen mellem forvaltningerne har altså kompliceret processen.

Furesø Kommune

I Furesø Kommune er det en vision, at alle ansatte i kommunen skal tænke sundhed ind i deres daglige arbejde og at sundhedspolitikken skal udmøntes i et tværfagligt samarbejde internt i kommunen (Bilag 25, s. 9). I Sundhedspolitikken hedder det endvidere, at: *”Alle sundhedsindsatser skal vurderes i forhold til deres bidrag til at skabe lighed i sundhed”* (Ibid.). Det vil altså sige, at ansvaret for at mindske uligheden er spredt ud over alle forvaltninger i kommunen, mens Social- og Sundhedsforvaltningen er tovholdere for processen (Bilag 31, SM4). Sundhedschef Gitte Ammundsen kalder sundhed ”en hat” man kan lægge ned over alle forvaltninger. I udarbejdelsen af sundhedspolitikken indkaldte forvaltningen derfor vigtige nøglepersoner på de forskellige forvaltningsmæssige områder til en drøftelse af, hvordan kommunens øvrige forvaltninger kunne inddrages i politikken. (Bilag 32, GA4). At kommunen har fået sundhed tænkt ind i andre fagområder i kommunen kommer også til udtryk i indsatser relateret til overvægt. Både i forhold til indsatsområder som *Trafik, Natur* samt *Miljø og Klima* er der opstillet mål, der fordrer en øget fysisk aktivitet hos kommunens borgere (Bilag 25, s.24-29). Der er dog ingen mål, der inkluderer uligheden i sundhed, og det er derfor op til den enkelte forvaltning, hvordan der tages højde for denne.

Formand for Social- og Sundhedsudvalget Susanne Mortensen understreger vigtigheden af, at man sikrer, at de øvrige sundhedsforvaltninger tager ejerskab i forhold til sundhedspolitikens mål:

”Det kan vi jo også kun gøre, hvis vi også sikrer, at den overordnede sundhedspolitik, den skal dryppe ned i alle andre underliggende politikker, om det er børn og unge politikken, eller det er skolepolitikken, eller hvad ved jeg. Hvis vi samlet set som kommune skal have fokus på at løfte den sundhedspolitiske opgave, så skal den udfordring afspejle sig i alle de andre politikker, som vi har i vores kommune” (Bilag 31, SM4)

I følge Susanne Mortensen ”svæver” sundhedspolitikken da også lidt over de andre politikker, og hun håber derfor, at de forskellige forvaltninger tager fat i sundhedspolitikken, når de udarbejder egne politikker (Bilag 31, SM4). Ifølge Gitte Ammundsen ser situationen imidlertid ikke sådan ud, hverken formelt eller reelt. Hun forklarer, at man på et tidspunkt drøftede politisk, om sundhedspolitikken kunne forankres på byrådsniveau og ikke kun på social- og sundhedsudvalgsniveau, således at sundhedspolitikken stod over alle andre politikker. Der var dog ikke politisk opbakning bag forslaget, og sundhedspolitikken står derfor på lige fod med alle andre politikker inden for de andre fagområder (Bilag 32, GA8 og GA9). Dette forhold påvirker samarbejdet mellem forvaltningerne, for selvom nøglepersoner fra de andre relevante forvaltninger

er kommet med relevante input i udarbejdelsen af sundhedspolitikken, er det ifølge Gitte Ammundsen en udfordring for Social- og Sundhedsforvaltningen, at få dem til at implementere den:

”Jeg er nødt til som sundhedschef at skubbe på, at dem over i Teknisk Forvaltning de synes sundhed er så vigtigt at beskæftige sig med. Det er vigtigt, at de hele tiden sørger for at tænke på, hvordan får vi levet op til sundhedspolitikken, som skal virke i fire år. Hvordan efterlever jeg de krav og forventninger, der er til os, fordi hvordan jeg end vil tro på det, så kommer det ikke helt naturligt, fordi de har jo en lang række af egne politikker, som er dem langt mere nærværende end en sundhedspolitik. Og det er bare sådan et fact... et faktum, som jeg meget arbejder med, ik’?” (Bilag 32, GA4).

Gitte Ammundsen oplever således, at kommunens øvrige forvaltninger har fokus på egne politikker, som er mere nærværende end sundhedspolitikken.

7.1.4 Indikator

Begge casekommuner ønsker at inddrage samtlige forvaltninger i arbejdet med sundhedsfremme og forebyggelse. Samtidig angiver begge kommuner i deres sundhedspolitik, at de ønsker at reducere uligheden i sundhed ved at tænke den ind i alle indsatser. I både Slagelse og Furesø Kommuner synes der dog at opstå udfordringer i samarbejdet med de øvrige fagområder.

I Slagelse Kommune søger man at ansvarliggøre de forskellige fagområder ved at forankre sundhedspolitikens mål i enkelte forvaltninger. Uden konkrete mål for specialets målgruppe er det dog op til forvaltningerne selv at tage højde for gruppen i udarbejdelsen af tiltag. Opgaven besværliggøres ved, at ikke alle fagområder er lige engagerede i indarbejdelsen af sundhed i egne politikker. Desuden har uklarheder i organiseringen mellem forvaltningerne kompliceret processen i Slagelse Kommune.

Selvom nøglepersoner fra andre relevante forvaltninger er kommet med input i udarbejdelsen af Furesø Kommunes sundhedspolitik oplever Social- og Sundhed, at man skal konkurrere med de øvrige fagforvaltningers egne politikker.

Dermed må den relative autonomi mellem forvaltningerne siges at have besværliggjort gennemførelsen af casekommunernes sundhedspolitik.

7.1.5 Politiske retningslinjer

- *Har der været tydelige retningslinjer fra politikerne til forvaltningen i forhold til specialets målgruppe?*

Hverken Slagelse eller Furesø Kommune har igangsat initiativer for specialets målgruppe til trods for, at begge kommuner tilkendegiver i deres sundhedspolitik, at der skal være lighed i sundhed. I et styringsmæssigt perspektiv bør det undersøges, om casekommunerne har opstillet konkrete mål for specialets målgruppe eller om politikerne har givet forvaltningen konkrete retningslinjer i forlængelse af sundhedspolitikken. Hvis ingen af delene er opfyldt, kan det have haft betydning for, at de to casekommuner ikke har foretaget initiativer for specialets målgruppe.

Slagelse Kommune

I Slagelse Kommune ønsker man at imødegå den sociale ulighed ved generelt at tænke socialt udsatte ind i kommunens 5 hovedindsatsområder (Bilag 23, side 6). Som beskrevet ovenfor har kommunen opstillet konkrete mål for blandt andet overvægtige og inaktive børn. Mål, som en bestemt forvaltning har fået ansvaret for at opnå. Der er imidlertid ikke opstillet lignende mål for specialets målgruppe. Derfor er det op til den enkelte forvaltning og den ansvarlige for det enkelte indsatsområde at tænke social ulighed ind i forhold til overvægt.

Selvom Sundhedspolitikken nævner forskellige målgrupper, er det ikke noget man ifølge Pernille Frandsen arbejder efter. Man satser langsigtet på børn og unge, men ellers er det meningen, at indsatserne skal ramme befolkningen generelt (Bilag 29, PF11 og PF13). Pernille Frandsen forklarer, at kommunen hellere vil arbejde med indsatser end målgrupper:

”Ja, altså rygestop for eksempel er jo ikke aldersafhængigt (...) så derfor har vi ikke sådan taget nogen politiske grupper ud, andet det langsigtede med børnene.” (Bilag 29, PF13)

Dette gør sig også gældende for overvægtige. Her er børnene det store fokusområde, selvom Pernille Frandsen indrømmer, at man ikke har målt på, hvordan overvægtsituationen så ud blandt børn (Bilag 29, PF17). Ifølge sundhedskonsulent Ragnhild Lindsø er man dog slet ikke organisatorisk rustede til at igangsætte tiltag for børn og unge da den ansvarlige forvaltning i øjeblikket kæmper med nyorganisering (Bilag 30, RL12). Ifølge hende har kommunen kun én konkret indsats målrettet overvægt; motion på recept, en indsats, der sigter mod borgerne generelt (Bilag 30, RL10).

I forhold til sundhedspolitikken overordnede mål om at reducere den sociale ulighed erkender både Pernille Frandsen og Ragnhild Lindsø, at målene i den nuværende sundhedspolitik ikke er tilstrækkelige til at dette kan lade sig gøre på området for overvægt (Bilag 29, PF54 og PF56; Bilag 30 RL42). Pernille Frandsen erkender endvidere, at der ikke foreligger konkrete handleplaner eller retningslinjer til forvaltningen i forhold til at mindske den sociale ulighed i overvægt:

”Altså, der er måske ikke nogle konkrete retningslinier lige på det. Der er selvfølgelig nogle af tingene, der også bevæger sig ind på det område.” (Bilag 29, PF58)

Pernille Frandsen mener således, at der kan være initiativer rettet mod overvægt, der ikke er givet direkte retningslinjer på i forhold til socialt udsatte, men som alligevel rammer gruppen (Bilag 29, PF58). Ragnhild Lindsø mener derimod ikke, at kommunen kan løfte opgaven, da der skal mere nationale tiltag til at mindske uligheden i overvægt (Bilag 30, RL42 og RL43). Hun understreger endvidere, at social ulighed ikke er noget forvaltningen har fået konkrete retningslinjer på (Bilag 30, RL47).

Furesø Kommune

Sundhedspolitikken i Furesø Kommune har som en af de overordnede værdier, at der skal være lighed i sundhed og for at kunne leve op til denne værdi, skal alle kommunens sundhedsindsatser vurderes i forhold til deres bidrag til at skabe lighed i sundhed. Der er imidlertid ikke opstillet konkrete mål for gruppen af socialt udsatte. Hvert af kommunens 10 indsatsområder har en række mål for indsatsen, men ingen af indsatserne, herunder indsatser med relation til overvægt, har reduktion af social ulighed som mål (Bilag 25, s. 10-28). I et styringsperspektiv kan man sætte spørgsmålstejn ved, hvordan kommunens sundhedsindsatser kan vurderes i forhold til deres bidrag til at skabe lighed i sundhed, når der ikke stilles konkrete mål for gruppen. Ifølge både Gitte Ammundsen og Susanne Mortensen er sundhedspolitikken da heller ikke fulgt op af konkrete retningslinjer fra politikernes side (Bilag 32, GA52 og SM38). Indsatserne er baserede på målsætningerne i sundhedspolitikken (Ibid.). og målene står derfor centralt i udvælgelsen af tiltag i forhold til overvægt. Gitte Ammundsen understreger, at det er meget svært for kommunen at skabe lighed i forhold til overvægt og forklarer, at der skal en ekstra indsats til for at få fat i denne målgruppe (Bilag 32, GA56-GA58). Susanne Mortensen er enig:

”Så jeg synes jo, at det er meget komplekst og derfor tror jeg ikke på, at vi kan løse det isoleret set, fordi at der helt strukturelt er nogle ting, som man skal have fat om, hvis man skal ændre på den ... årsagerne til den sociale ulighed.” (Bilag 31, SM35)

Derfor tror Susanne Mortensen heller ikke umiddelbart, at socialt udsatte er den målgruppe, man vil starte med at prioritere, for kommunen bliver nødt til at starte der, hvor effekten er størst (Bilag 31, SM26). Gitte Ammundsen mener dog, at noget af problemet ligger i, at embedsmænd og politikere ikke er gode nok til at udpege de målgrupper, der er centrale i forhold til overvægt:

”Og hvem er overvægtige? Jamen et godt bud kunne være folk, der er på kontanthjælp eller... folk med ringe uddannelse, arbejdsløse generelt. At man turde definere... at man tør at definere dem. Det tror jeg, er et rigtig vigtigt skridt i den rigtige retning. Og det kommer til at kræve en masse af os.” (Bilag 32, GA59)

Hun udpeger altså specialets målgruppe som den centrale i forhold til overvægt, men erkender samtidig, at kommunen ikke har været god nok til at udpege gruppen.

7.1.6 Indikator

Ingen af de to casekommuner har opstillet konkrete mål for specialets målgruppe. I stedet ønsker kommunerne at imødekomme problemet med social ulighed ved at tænke problemet ind som en overordnet ramme for hele sundhedspolitikken. Derfor er det op til de enkelte forvaltninger i kommunerne at tænke social ulighed ind i indsatser mod overvægt. I et styringsperspektiv kan man sætte spørgsmålstejn ved, hvordan kommunernes sundhedsindsatser kan vurderes i forhold til deres bidrag til at skabe lighed i sundhed, når der ikke stilles konkrete mål for gruppen. Indsatsen rettet mod en reducere af den sociale ulighed i forhold til overvægt er ikke fulgt op af konkrete politiske retningslinjer og i begge kommuner satser man på interventioner mod overvægt rettet mod børn og befolkningen generelt. Når hverken sundhedspolitikernes mål eller indsatsområder beskæftiger sig med social ulighed i forhold til overvægt er det dels sværere for politikerne at kontrollere, om forvaltningerne foretager indsatser for gruppen og dels lettere for forvaltningerne at nedprioritere gruppen. Dette forstærkes af, at man i begge kommuner har den opfattelse, at kommunerne ikke alene kan skabe mindre social ulighed i forhold til overvægt. Det synes derfor plausibelt, at manglende konkrete retningslinjer kan være en medvirkende årsag til, at nogle kommuner ikke har foretaget en målrettet forebyggelsesindsats overfor specialets målgruppe.

7.2 Delkonklusion

I dette afsnit diskuteres de tre styringsindikatorer. Dette gøres med henblik på at danne basis for en vurdering af hypotesen ud fra de tre indikatorer. Da specialet søger efter probalistiske forklaringer på problemformuleringen, er det ikke målet at verificere eller falsificere hypotesen, men derimod at klarlægge hvorvidt hypotesen vurderes at have en forklaringskraft i forhold til specialets problemstilling.

Hypotesen lyder:

Nogle kommuner har ikke foretaget målrettede indsatser for specialets målgruppe, fordi de politiske retningslinjer for målgruppen har været uklare.

Den første indikator viser ikke et entydigt billede i forhold til, hvilke styringsmæssige perspektiver de to casekommuner lægger for forebyggelse og sundhedsfremme. Da der således er stor forskel på, hvor specifik og målbar sundhedspolitikken er i de to kommuner, kan denne indikator ikke understøtte specialets styringsteoretiske hypotese.

Svaret på analysens andet undersøgelsesspørgsmål viser, at samarbejdet mellem forskellige forvaltninger har besværliggjort gennemførelsen af casekommunernes sundhedspolitik. Dermed understøtter den anden indikator hypotesen.

Den tredje og sidste indikator for om specialets styringsmæssige hypotese har en forklaringskraft i forhold til problemstilling viser, at begge kommuner har manglende konkrete politiske mål og retningslinjer i forhold til specialets målgruppe. Dermed understøtter denne indikator hypotesen.

I Slagelse og Furesø Kommuner har man en række indsatsområder og mål i arbejdet med forebyggelse og sundhedsfremme. Der er dog stor forskel på, hvor konkretet og målbare målene er, men ingen af de to kommuner har konkrete mål for specialets målgruppe. I stedet er det målet, at uligheden i sundhed skal tænkes ind alle indsatser og politikker i kommunerne. I et instansbureaukrati er det vigtigt, at embedsmændene har konkrete retningslinjer at arbejde under, men i casekommunerne er dette ikke tilfældet i forhold til specialets målgruppe. I begge kommuner har man endvidere oplevet barrierer i samarbejdet med andre forvaltninger.

På trods af, at analysens første indikator er uklar, vurderes den styringsmæssige hypotese at have en vis forklaringskraft i forhold til specialets problemformulering. For selvom casekommunernes overordnede styringsmæssige perspektiver ikke er ens, har begge kommuner uklare mål og retningslinjer i forhold til specialets målgruppe.

7.3 Egeninteresse

Hensigten i dette afsnit er at undersøge hvorvidt en eventuel egeninteresse hos politikere og embedsmænd kan have påvirket nedprioritering af målrettede indsatser for specialets målgruppe. Der tages udgangspunkt i udvalgte teorielementer indenfor Public Choice tilgangen. Som et led i besvarelsen af den overordnede hypotese er der udarbejdet tre undersøgelsesspørgsmål, der bidrager med hvert deres teoretiske område. Hensigten er, at disse undersøgelsesspørgsmål benyttes til at identificere forskellige indikatorer, som har til formål at undersøge hypotesens forklaringskraft.

Nogle kommuner har ikke foretaget målrettede indsatser for specialets målgruppe, fordi politikere og embedsmænd har en egeninteresse i at lave initiativer, hvor der er stor sandsynlighed for succes.

7.3.1 Embedsmænd og egeninteresse

- *Har embedsmændene søgt at tilgodese egne interesser ved at søge en nedprioritering af målrettede indsatser for specialets målgruppe?*

Intentionen med dette afsnit er at analysere, hvorvidt embedsmændenes egeninteresse har påvirket den manglende prioritering af indsatser for specialets målgruppe. Afsnittet bliver delt op i tre dele, der tilsammen belyser spørgsmålet. I den første del beskrives hvilke argumenter forvaltningen bruger i forhold til planlægning og udformning af forebyggende initiativer. Herefter følger en analyse af, hvorfor det er nødvendigt for forvaltningen at etablere succesfulde initiativer på forebyggelsesområdet. I den tredje del benyttes de to ovenstående afsnit til at diskutere, hvorvidt embedsmændenes egeninteresser har haft indflydelse på prioriteringer af forebyggende initiativer i forhold til specialets målgruppe.

Forvaltningerne i casekommunerne har de respektive sundhedspolitikker som deres overordnede redskab i forhold til at planlægge og udføre forebyggelsestiltag. Det betyder, at forvaltningerne skal forholde sig tæt til sundhedspolitikken. I begge casekommuner står det beskrevet i sundhedspolitikken, at det er et krav, at der bliver arbejdet med evidensbaserede indsatser på sundhedsområdet.

I Slagelse:

”Herudover vil kommunen arbejde evidensbaseret med forebyggelse, hvilket vil sige, at kommunen sikrer velovervejet, systematisk og eksplicit anvendelse af den aktuelt bedste viden, også med henblik på at opnå et økonomisk rationale. Sundhedsarbejde koster – men det kan betale sig.”
(Bilag 23, s. 1)

I Furesø:

”Indsatser skal så vidt muligt bygge på eksisterende viden og registreres og evalueres. Der arbejdes systematisk med sundhedsprofiler og når det er muligt, effektmåles indsatserne også.”
(Bilag 25, Bilag s. 9).

De beskrevne forhold i casekommunernes sundhedspolitikker har kommunerne naturligvis en forpligtelse overfor, idet sundhedspolitikkerne netop er det overordnede pejlemærke for forvaltningerne i forhold til, hvad der er politisk besluttet.

Politikerne i begge kommuner understøtter nødvendigheden af at arbejde med evidensbaserede initiativer i kommunerne. Pernille Frandsen, formand for Udvalget for Sundhed og Forebyggelse i Slagelse Kommune, mener, at evidens spiller en stor rolle i forhold til hvilke initiativer, man planlægger og hvem man planlægger for (Bilag 29, PF30). Formand for Social- og Sundhedsudvalget og medlem af Sundhedsrådet i Furesø Kommune, Susanne Mortensen er af samme opfattelse og præciserer:

”Vi er forpligtet til at arbejde med evidens og den viden der findes på området, så det er simpelthen en grundpræmis (Bilag 31, SM15).”

Hos forvaltningen i begge kommuner er det tydeligt, at evidens spiller en særdeles vigtig rolle i forhold til hvilke initiativer, der kan komme på dagsordenen. Sundhedschef i Slagelse Kommune Ragnhild Lindsø mener, at det helt klart er en væsentlig faktor, at man ikke skal overveje at sætte noget i gang, som man ikke har dokumentation for virker. I Slagelse Kommune er erfaring fra tidligere projekter af stor betydning. Derfor har man valgt at fortsætte flere projekter fra før kommunen overtog den borgerrettede forebyggelse, fordi man har fået gode eksterne evalueringer på disse (Bilag 30, RL13).

I Furesø Kommune er billedet det samme. Erfaring og dokumentation er grundlæggende faktorer i forhold til prioritering af indsatser. Sundhedschef Gitte Ammundsen forklarer:

”Selvom vi har arbejdet med sundhedsfremme og forebyggelse, så er der en masse nye vinkler på den her opgave, så lad os tage de lavthængende frugter. Lad os tage det, som vi ved der er evidens for, fx rygning. Det ved vi, at næsten lige meget hvad vi gør, bare vi gør noget, så virker det.” (Bilag 32, GA17)

Desuden anbefales det på et møde i Sundhedsrådet i Furesø Kommune, at der bør arbejdes med evidens og at der bør gøres brug af erfaringer fra andre kommuner i forbindelse med det forebyggende arbejde (Bilag 41, s. 1-2).

Evidens og dokumentation er således en grundlæggende forudsætning i det forebyggende arbejde i casekommunerne, idet det er vedtaget og nedfældet i sundhedspolitikken. Desuden bakker politikere og embedsmænd i casekommunerne op om det.

I begge casekommuner vurderer politikerne, at det er af stor betydning for de ansatte i forvaltningen, at de tiltag der bliver lavet er succesfulde. Susanne Mortensen forklarer dette med, at det er en grundpræmis for forvaltningerne, at der bliver arbejdet med evidens, således at man er ansvarlig i forhold til at forvalte borgernes penge. Netop ved at forpligte sig til at arbejde med evidensbaserede initiativer har forvaltningen noget at læne sig opad i forhold til at forklare udarbejdelsen af forebyggende indsatser (Bilag 31, SM15).

I Slagelse Kommune er Pernille Frandsen af samme holdning. Hun mener, at kommunen har udbytte af at arbejde evidensbaseret og i det hele taget satse på projekter, hvor man med sund fornuft kan konstatere, at der er en effekt af tiltagene (Bilag 29, PF28).

Embedsmændene i de to casekommuner er enige i politikernes vurdering. Til spørgsmålet om, hvorvidt der hos forvaltningen kan være interesse i at satse på forebyggelsestiltag for målgrupper, hvor der er stor chance for succes, svarer Ragnhild Lindsø fra Slagelse Kommune: *”Det er målsætningen under alle omstændigheder...må man sige”* (Bilag 30, RL17). Gitte Ammundsen er mere ligefrem i sin retorik:

”Jeg skal jo ud og lave nogle små succeshistorier og ha’ brandet min afdeling også og fortalt at de der... den der million de har givet til projekt ”overvægtige børn” – prøv lige at se her, resultatet. Om 4 år så kan jeg læse i sundhedsprofilen, at tallet det er gået den her vej og så kan jeg jo sige: JAHA, det var sørme godt at vi beholdte mig fordi det der projekt, som jeg satte i søen, det kan vi jo se nu effekten af.” (Bilag 32, GA36)

Gitte Ammundsen bekræfter, at det kan påvirke jobsituationen og karriereforløbet for de ansatte i forvaltningen, hvorvidt der bliver succes med de initiativer, de arbejder med. Hun siger samtidig, at det er vigtigt for hendes forvaltning at planlægge initiativer, der er fokus på i offentligheden, så borgerne får noget ud af det (Bilag 32, GA38 og GA39).

Desuden forklarer hun, at hun har en personlig egeninteresse i at forebyggelsestiltag får succes:

”Ja, det har jeg jo, fordi jeg er ansvarlig som chef for sundhedsområdet. Jeg skal også kunne dokumentere, specielt i disse dage [inden interviewet fortalte GA, at kommunen skal skære ned på antallet af chefer i den kommende tid] min egen eksistensberettigelse, ik’.” (Bilag 32, GA36)

Disse pointer ligger i forlængelse af, hvordan Niskanen opfatter forvaltningernes ønske om at promovere og brande sig selv, således at forvaltningerne kan fremvise resultater, når der skal forhandles budget i den efterfølgende periode.

Når forvaltningen planlægger initiativer, der bliver rettet fokus på i offentligheden, vurderer Gitte Ammundsen, at det vil smitte af på hende selv og forvaltningen som helhed, idet borgerne her værdsætter hvad der er blevet gennemført. Hun forklarer det som en ”win-win situation”, idet hun har været med til imødekomme ønsker fra borgerne (Bilag 32, GA38 og GA39).

Der er således tegn på, at man fra forvaltningens side i Furesø Kommune har efterfulgt ”populære” tiltag hos borgerne, for både at gavne folkesundheden, men også i forhold til, at borgerne konkret kan se, at forvaltningen har bidraget med noget, der gavner dem. Dermed har embedsmændene truffet rationelle beslutninger, der kan være udsprunget af karriereorienterede motiver.

Dermed tilkendes det både fra politikerne og embedsmændene i casekommunerne, at de ansatte i forvaltningerne har interesse i at lave projekter, hvor der er stor sandsynlighed for succes.

7.3.2 Indikator

Hos respondenterne står det klart, at der er en tydelig forbindelse mellem ønsket om at lave succesfulde initiativer og evidensbaseret arbejde. De mener som udgangspunkt, at det er en forudsætning at arbejde med evidensbaserede initiativer, hvis man ønsker, at resultatet skal blive succesfuldt. Tullock hævder, at embedsmænd handler rationelt i forsøget på at forvalte ressourcerne mest hensigtsmæssigt, idet succesfulde resultater vil kunne få indflydelse på karrieremulighederne hos den enkelte embedsmand. Derfor er grundforudsætningen for embedsmændene at gøre et fornuftigt stykke arbejde. I forhold til Tullocks pointe kan man i denne sammenhæng drage en parallel i forhold til, at man arbejder evidensbaseret i kommunerne, idet man understøtter valget

med videnskabelig evidens på området. Derved kan embedsmændene læne sig op ad dokumentationen, hvis et tiltag ikke får et succesfuldt eller tilfredsstillende resultat.

Kommunernes kobling mellem evidens og succesfulde initiativer er problematisk i forhold til mulighederne for at iværksætte målrettede forebyggende initiativer for specialets målgruppe. Som beskrevet i afsnit 2.1 er det begrænset, hvad der foreligger af evidens for initiativer rettet mod specialets målgruppe og netop derfor mangler forvaltningerne argumenter i forhold til at planlægge og implementere projekter for denne gruppe. Bedømt ud fra respondenternes svar, er der nogle simple barrierer i forhold til, at kommunerne ikke har lavet tiltag for specialets målgruppe. Først og fremmest ønsker forvaltningerne at opnå succes med deres tiltag. For at opnå succes med tiltagene, satser man på det sikre - evidensbaserede tiltag. Netop evidensbaseret viden er en mangel i forhold til specialets målgruppe og dette vanskeliggør således et tilvalg af indsatser for gruppen. Med disse præmisser er det meget besværligt for forvaltningerne at satse på denne målgruppe, idet det netop vil være i direkte strid med de principper og de krav sundhedspolitikken stiller i forhold til deres arbejde.

Hos embedsmændene i begge kommuner anerkender man, at der er en egeninteresse i at lave succesfulde initiativer. Men på trods af, at der er en egeninteresse for embedsmændene i forvaltningerne i forhold til at ville opnå succes, er der ikke nødvendigvis en direkte kobling i forhold til, at de ikke har valgt at prioritere initiativer for specialets målgruppe. Det er muligt at interessen i forhold til at undgå projekter målrettet specialets målgruppe er til stede, men det kan ikke bekræftes ved hjælp af den indsamlede empiri.

En væsentlig pointe i denne diskussion er de overordnede rammer, som forvaltningen kan agere i forhold til. I de politiske rammer, i dette tilfælde sundhedspolitikkerne, understreges det, at der skal arbejdes med evidensbaserede initiativer på forebyggelsesområdet. Dermed indskrænkes de handlemuligheder, forvaltningen har i forhold til at lave noget målrettet for specialets målgruppe, da der netop er mangel på evidens for initiativer målrettet denne gruppe. På trods af at embedsmænd formentlig agerer efter egne interesser, kan der ikke dannes en direkte sammenhæng mellem egeninteresse og fravalg af interventioner for målgruppen. Sammenhængen vurderes som værende sandsynlig, men ikke afgørende, idet embedsmændenes egeninteresse ikke kan have været udslagsgivende for prioriteringerne på området, da de politiske rammer for prioriteringer ikke har muliggjort dette.

7.3.3 Embedsmændenes interesse i at gøre arbejdet mindre krævende

- *Har embedsmændene bevidst fravalgt at sætte målrettede initiativer for specialets målgruppe på dagsordenen?*

Niskanen hævder, at embedsmænd kan have interesse i at gøre arbejdet mindre vanskeligt i forvaltningen ved at forfølge initiativer, der allerede er arbejdet med tidligere. Embedsmænd kan have interesse i at lette arbejdsbyrden og undgå krævende og stressende opgaver, for at sikre en mere bekvem arbejdsgang.

I forhold til specialets problemstilling, kan arbejdet tænkes at blive lette på en række forskellige måder.

Idet specialets målgruppe er karakteriseret ved at have mindre sundhedsfremmende motivation i forhold til resten af befolkningen, vil forvaltningen ifølge Niskanen have manglende lyst til at foretage det opsøgende arbejde, der er nødvendigt for at nå ud til målgruppen. Gitte Ammundsen forklarer, hvor besværligt det er for forvaltningen i Furesø Kommune at få involveret målgrupper, hvor sundhed ikke står højt på dagsordenen:

”Jeg har en erfaring der siger, at overvægt det forekommer i de familier, hvor man ikke prioriterer at leve efter Sundhedsstyrelsens anbefalinger, når vi taler sund kost. Og hvem er det, jeg skal ha fat i? Det ved jeg godt hvem det er. Og hvordan gør jeg det? Det gør jeg ik’ bare ved at lave en annonce i avisen. Det kommer de ikke af.” (Bilag 32, GA56)

Det samme gør sig gældende for Ragnhild Lindsø i Slagelse Kommune:

”I forhold til de der motion på recept og kostvejledning på recept, så har vi faktisk valgt gruppe 4 og 5 fra... Ej det har vi ik’”, men vi har sagt, at folk skal ikke have en meget kompliceret livssituation. Det kunne vi fra amtet under ingen omstændigheder styre, man kan nok lidt bedre i kommunen, men vi er slet ikke derhenne.” (Bilag 30, RL14)

Til spørgsmålet om, hvem der er sværest tilgængelige, tilføjer hun: *”Det er de mest udsatte... og de er rigtigt svære at få fat i.”* (Bilag 30, RL27)

Gitte Ammundsen forklarer, at det kan være svært for de enkelte forvaltninger at være fokuserede på sundhedsfaktorerne hos specialets målgruppe, da embedsmændene ofte ser på personerne i forvaltningens egen faglige optik (Bilag 32, GA41). Det kan være problematisk i forhold til det opsøgende forebyggende arbejde, at man i de forvaltninger der har størst kontakt til borgeren, ikke indarbejder personernes sundhedssituation, fordi man har fokus på ens eget fagområde. Gitte Ammundsen udtrykker det således:

”Vi skal jo ikke glemme, at borgeren kommer ikke ind, fordi han er for tyk og vil snakke med den her sagsbehandler, han kommer, fordi han har en pensionssag at drøfte med hende eller er blevet indkaldt til et aktiveringsprojekt eller et eller andet, ik’. Men hvordan klæder vi hende på til at tage hele vejen rundt om den her borger og få helheden med [...] fordi vi ser i min afdeling, at de er alt for fokuserede bare på den der pensionssag eller aktivering, eller hvad det nu måtte være, ik’. De glemmer at se, at der sidder en mand på tohundrede kilo overfor dem ik’.” (Bilag 32, GA41).

Set ud fra Niskanens perspektiv kan kompleksiteten omkring specialets målgruppe medføre, at man fravælger at tage udfordringen op og i stedet satser på projekter med målgrupper, hvor sandsynligheden for succes er størres.

Gitte Ammundsen påpeger netop problematikken omkring de store problemer, der er for målgruppen, og at der er langt større sociale udfordringer, der overskygger det problem, at de er overvægtige. For at tage hånd om dette vil det kræve en langt større indsats fra kommunen, end tilfældet er i dag, mener hun (Bilag 32, GA40).

I Slagelse Kommune er Pernille Frandsen enig. Hun efterlyser fremadrettet en helt målrettet indsats for den sociale slagside (Bilag 29, PF20).

I Furesø Kommune er det tydeligt, at erfaring har spillet en rolle i udvælgelsen af tiltag, hvilket påpeges af Susanne Mortensen:

”Altså så har vi jo en række tilbud, som har eksisteret i de nu to tidligere kommuner, som er ført videre eller bliver omdannet i den nye kommune i forhold til at have særligt fokus på overvægt blandt børn for eksempel.” (Bilag 31, SM9)

Susanne Mortensen forklarer endvidere:

”Altså et eller andet sted, så kan man sige, at man skal starte et sted, hvor man også tror på, at der er effekt af den indsats, man gør - og det er klart børn og unge området. Plus at vi havde nogle erfaringer fra nogle projekter i de to tidligere kommuner, som viser, at der er effekt.” (Bilag 31, SM12)

I Slagelse Kommune har man ligeledes valgt at videreføre forskellige projekter fra de tidligere kommuner, da man har fået gode evalueringer med herfra (Bilag 30, RL13). Derudover er flere af tiltagene fra det gamle amt blevet videreført af Slagelse Kommune. Udvalget for Sundhed og Forebyggelse har således vedtaget at videreføre amtets tiltag på baggrund af gode erfaringer med disse samt, at der manglede alternativer i kommunen (Bilag 42, s. 2 og Bilag 38, s. 1-2). Samlet set har tidligere erfaringer med tiltag dermed haft en indflydelse på valg af indsatser i de to casekommuner.

7.3.4 Indikator

Forvaltningen kan ifølge Niskanen have haft egeninteresse i at lette arbejdsbyrden ved at undgå at involvere sig i nye initiativer indenfor forebyggelse og sundhedsfremme. Det er derfor muligt, at forvaltningen har forsøgt at lette arbejdsbyrden ved at gøre brug af den erfaring, de har med tidligere projekter. Derved er argumentationen for valg af tiltag knyttet til erfaringer, hvilket betyder, at behovet for at opsøge nye initiativer mindskes. Embedsmændene kan ved hjælp af positive evalueringer for indsatserne argumentere for at fortsætte med de tiltag, de har erfaring med. Det kan ikke konstateres, at der er en direkte kobling i forhold til at lette arbejdsbyrden og at gøre brug af erfaring, men at sandsynligheden for en sammenhæng er til stede. Under alle omstændigheder betyder det vanskeligere vilkår i forhold til at få sat initiativer for specialiets målgruppe på dagsordenen.

Embedsmændene i casekommunerne finder det vanskeligt at iværksætte opsøgende arbejde i forhold til socialt udsatte. Det kan ikke fastslås på baggrund af respondenternes udsagn, om embedsmændene har en reel egeninteresse i at nedprioritere målrettede interventioner for specialiets målgruppe, men respondenterne erkender dog, at det er en svær gruppe at etablere kontakt til. Særligt er opmærksomheden rettet mod at få andre forvaltninger til at indtænke sundhed i det kommunale arbejde, da disse har mere fokus på deres egen professionelle indgangsvinkel til personerne.

Det kan ikke tolkes ud fra interviewene, om målgruppens særlige behov har indflydelse i forhold til, at der ikke er prioriteret indsatser for den. Det kan dog tyde på, at man bruger erfaringer fra tidligere som et redskab i forhold til at prioritere forebyggende indsatser. Det letter naturligvis arbejdsbyrden for det sundhedsfaglige personale at tage udgangspunkt i initiativer, der allerede har været succes med. Ulempen er, at fokus derved kan blive mindre i forhold til at udtænke nye former for tiltag, herunder målrettede tiltag for specialets målgruppe. Når kommunerne finder det vanskeligt at iværksætte opsøgende arbejde for målgruppen og samtidig fokuserer på at iværksætte initiativer, hvor der gøres brug af erfaring fra tidligere, kan det tolkes som en svag indikation af at man bevidst har undladt at prioritere initiativer for målgruppen. Men på trods af at sandsynligheden for at egeninteresse er til stede, har det tilsyneladende ikke haft en afgørende betydning. Dette skal ses i sammenhæng med, at forvaltningerne, som diskuteret i afsnit 7.3.2 er underlagt krav om at lave evidensbaserede, forebyggende initiativer.

På baggrund af det ovenstående er der ikke en tydelig indikation, der kan underbygge Niskanens teori om egeninteresse i forhold til at lette arbejdsbyrden hos forvaltningen. Som beskrevet tidligere kan egeninteressen således sagtens være til stede, men har formentlig ikke været udslagsgivende i forhold til konkrete valg af initiativer. Manglen på evidensbaserede interventionsmuligheder for specialets målgruppe sammenholdt med krav om evidensbaseret forebyggelse, har således en væsentlig negativ betydning i forhold til at lave tiltag for målgruppen. Det er således problematisk for kommunerne, at de tilsyneladende skal nedprioritere nødvendigheden af evidens, hvis de skal tilrettelægge indsatser for målgruppen.

7.3.5 Politikere og egeninteresse

- *Har politikerne undladt at prioritere interventioner for specialets målgruppe med henblik på at fremme deres politiske karriere?*

Downs og Breton fokuserer på politikeres interesse i at forfølge vælgernes interesser for at optimere mulighederne for at blive genvalgt. Dette afsnit tager udgangspunkt i politikerne i casekommunerne og undersøger, hvorvidt deres egeninteresse har haft indflydelse på, at der ikke er foretaget målrettede forebyggende tiltag for specialets målgruppe.

I dette afsnit undersøges politikernes syn på egeninteresse i forhold til at lave succesfulde interventioner. Herefter diskuteres det, med udgangspunkt i embedsmændenes og politikernes

udsagn, hvilken interesse politikerne har i at prioritere initiativer for andre målgrupper end specialets målgruppe.

I Slagelse Kommune erkender Pernille Frandsen, at politikerne naturligvis gør hvad de kan for at blive positivt profileret i forhold til sundhedsområdet:

”Naturligvis gør vi det [...] Vi har planlagt en vidensdelingsmesse [...] Det er både vidensdeling, men det er samtidig også profilering. Hvor vi siger: Prøv lige at se her, hvad vi har i gang, og hvad vi har lavet i den her tid, vi har eksisteret. Så jo, selvfølgelig bliver det gjort.” (Bilag 29, PF35)

Hun påpeger dog, at man i Udvalget for Sundhed og Forebyggelse ikke bevidst har profileret sig synderligt i forhold til det arbejde, der er lavet på sundhedsområdet:

”... der er jo forskel på, hvad man gør, og hvad der er synligt, og tit er det jo en synlighedsindsats, der gør en forskel for vælgerne, ikke. Det er jo klart, de ikke kan stemme efter noget, der ikke er blevet set, og der er masser af ting i medie billedet... så det kan godt være, man engang imellem glemmer at få synliggjort de ting, man gør. Ja... jeg tror ikke, de vil få den store fokus på, om der var et projekt der ikke gik så godt, men jeg tror til gengæld heller ikke, de ser de tyve som så... som gør godt. Det kan godt være, man glemmer at være lidt populist engang imellem... ha ha ha... Vi har faktisk et meget godt sundhedsudvalg, vi går ikke sådan og... det er ikke så populistisk” (Bilag 29, PF32)

Hun påpeger, at man ved at tænke langsigtet og satse på børn ikke ser en effekt af det, politikerne laver på kort sigt (Bilag 29, PF9), og herved hævder hun, at politikerne ikke agerer populistisk. Det kan diskuteres, om ikke det er populistisk at satse på børnene, idet det netop er denne gruppe, som borgerne helst ser fokus rettet mod.

I Slagelse Kommune erkender Susanne Mortensen, at man som politiker bliver målt og vejet hvert fjerde år og derfor har en interesse i at levere en optimal indsats i forhold til at administrere borgernes penge (Bilag 31, SM19). Men hun forklarer samtidig, at hun ikke efterstræber at blive genvalgt ved at træffe populære beslutninger:

”Altså, som politiker får man karakter hvert fjerde år, sådan er det. Men det er jo ikke kun på én ting, det er på rigtig rigtig mange ting. Jeg må sige det helt klart; at jeg styrer altså ikke efter sådan nogle ting. Altså, hvis man vil være... så vil jeg sige som Simon Perez: Hvis man har det ønske, man gerne vil tilfredsstille alle, eller gerne ville være populær, så skulle man måske blive skuespiller eller sådan noget i stedet for. Det er ikke muligt indenfor politik. Der bliver man nødt til at have nogle... nogle visioner og at stå ved sine beslutninger” (Bilag 31, SM19)

Begge politikere anerkender således, at de har en interesse i at profilere sig positivt på sundhedsområdet, men at det ikke er en bevidst strategi de efterfølger. De udtrykker begge, at de er klar til at træffe beslutninger, som ikke nødvendigvis er de mest populære i forhold til befolkningen.

De to embedsmænd i casekommunerne har et noget anderledes syn på politikernes selvprofilering, hvilket naturligvis hænger sammen med, at de ser på sagen i et andet perspektiv. Sundhedschef Gitte Ammundsen påpeger, at sundhedsområdet i Furesø Kommune netop er et vigtigt sted for politikerne at profilere sig, idet alle borgere har en interesse i sundhed (Bilag 32, GA30)

”... og hvis politikerne er med til at sætte fokus på det, så gir’ det da helt sikkert en branding af dem i positiv retning, fordi det her emne... det er noget, alle gerne vil, og der bliver talt så meget om det. Så det er da også et element i det – selvfølgelig.” (Bilag 32, GA32)

Hun fokuserer særligt på et område hvor Furesø Kommune har et problem; rekruttering af nye medarbejdere til kommunen. Her nævner hun sundhedsområdet som en væsentlig faktor. Hun siger direkte, at det kan få betydning for, om politikerne bliver genvalgt, fordi det er et område, der kan ramme borgerne direkte, hvis det mislykkedes at rekruttere personale:

”Men det er jo fx vigtigt for politikerne, at de kan være med til at skabe, som jeg sagde før en attraktiv arbejdsplads. Vi har jo store rekrutteringsproblematikker –udfordringer på ældreområdet. [...] Det går ud over lige præcis dem, der skal genvælge politikerne næste gang, og hvis de så ser nogle politikere, der overhovedet ikke har gidet at beskæftige sig med det her emne og gøre noget for rekrutteringen, så bliver de jo ikke genvalgt.” (Bilag 32, GA34)

Gitte Ammundsen nævner desuden, at der har været meget opbakning til at lave et sundhedscenter, fordi politikerne gerne vil have noget helt konkret at kunne sige, de har lavet. Ifølge Gitte

Ammundsen er det et eksempel på, hvordan politikerne har forsøgt at brande sig selv (Bilag 32, GA35).

Gitte Ammundsen efterlyser mod fra politikerne til at lave målrettede indsatser for udvalgte målgrupper og i denne sammenhæng nævner hun specialets målgruppe:

”Jeg tror, det handler om, at vi tør at lave nogle målrettede indsatser. At vi tør, og at vores politikere er med til at turde pege en målgruppe ud [...] At man ikke synes, at det kan man da ikke skille nogen ud på den måde. Og ligesådan med overvægt. Og hvem er overvægtige? Jamen et godt bud kunne være folk, der er på kontanthjælp eller... folk med ringe uddannelse, arbejdsløse generelt. At man turde definere... at man tør at definere dem. Det tror jeg, er et rigtigt vigtigt skridt i den rigtige retning. Og det kommer til at kræve en masse af os.” (Bilag 32, GA59)

I Slagelse Kommune følger Ragnhild Lindsø samme tråd som Gitte Ammundsen. Hun er således sikker på, at politikerne har interesse i at opprioritere forebyggelsestiltag med større chance for succes. Særligt i forhold til en valgperiode, for politikerne vil gerne have hurtige succeser, hvilket ifølge Ragnhild Lindsø, er en udfordring for kommunen (Bilag 30, RL22). Hun fortæller, at politikerne i Slagelse Kommune, forsøger at profilere sig ved hjælp af billeder fra bestemte tiltag (Bilag 30, RL24). Hun forklarer hvordan hun er blevet påvirket i forhold til et konkret tiltag, hvor det er blevet hende pålagt at få tilknyttet en sundhedsambassadør i form af den professionelle badmintonspiller Peter Gade. I forbindelse med beslutningen om at tilknytte ham, siger hun:

”Altså, jeg havde aldrig nogensinde gjort det i hvert fald. [...] Og det er jo noget, altså det fylder lidt... det fylder lidt, og det tager bare en helvedes tid, fordi...ja... man skal ses. Og det skal ... det er jo også en del af det. Altså... efter min mening handler sundhedsfremme og forebyggelse meget om salg af holdninger. Det er jo noget med at overbevise og få sat det ind i nogle rammer, der er appetitlige” (Bilag 30, RL25).

Hun forklarer endvidere, at det fra politisk side handler meget om signalpolitik i forhold til, hvor lidt området fylder rent ressourcemæssigt:

”Det er jo fordi, det handler om holdninger. Det handler om, det handler om ideologi ikke. Når man tænker på hvad folkesundhedsområdet, hvor få midler... der er til det område. Hvor meget det fylder i dagspressen, hvor mange diskussionsplatforme der er for det. Og der kommer ikke så meget ud af det vel?” (Bilag 30, RL46)

Som politiker anerkender Pernille Frandsen det manglende mod hos politikerne. Hun nævner således et eksempel på en indsats, som man har foretaget i andre kommuner, og som man kunne lade sig inspirere af i Slagelse Kommune:

”I nogle kommuner har man lavet aktiveringsprojekter, som gik ud på motion. Det vil sige, hvis ikke du mødte op til din motion, så fik du ikke din kontanthjælp, ligesom man gjorde med alt muligt aktivering...så modige har vi ikke været her endnu, desværre ... ha ha ha... Lige præcis det der vil jeg godt lave...” (Bilag 29, PF39)

Pernille Frandsens pointe er næsten identisk med Gitte Ammundsens, idet de begge savner politisk mod til at træffe beslutning om at satse på en bestemt målgruppe. Sundhedschef i Furesø Kommune Susanne Mortensen er dog uenig i, at det giver mening at satse direkte på en bestemt målgruppe:

”Det giver ikke mening, hallo, det er derude... du er nede i nogle helt grundlæggende strukturelle ting, som vi ikke kan gøre noget ved, for os i Furesø Kommune alene.” (Bilag 31, SM39)

7.3.6 Indikator

Der er uenighed blandt specialets respondenter om, hvorvidt kommunerne bør satse på målrettede indsatser for de socialt dårligt stillede målgrupper. Der er til gengæld klar enighed blandt respondenterne om, at økonomi og omkostningseffektivitet spiller en rolle i forhold til, hvordan politikerne prioriterer indsatserne.

Der er som ventet meget stor forskel i forhold til, hvad politikerne siger om politikernes egeninteresser og hvad embedsmændene vurderer. Det kan ikke konstateres direkte, at politikerne har valgt at nedprioritere interventioner for specialets målgruppe ud fra egeninteresse. Der er dog visse faktorer, der kan tyde på, at casekommunerne ikke har haft det nødvendige mod til at træffe beslutninger om at lave målrettede interventioner for målgruppen, hvilket muligvis kan spores tilbage til politikernes interesse i at profilere sig selv så positivt som muligt.

Downs og Breton forklarer, at politikerne vil forfølge borgernes interesser i forhold til at maksimere antallet af stemmer for netop at øge sandsynligheden for at blive genvalgt. Begge politikere i specialets casekommune afviser, at de personligt efterstræber stemmemaksimering. De anerkender dog den generelle interesse, som politikere har i at lave succesfulde politiske resultater. Embedsmændene mener, at politikerne i høj grad benytter sundhedsområdet til at profilere sig med henblik på at blive genvalgt. Embedsmændenes holdning til dette er væsentligt at inddrage, idet de

er i besiddelse af en særlig viden i forhold til hvordan politikerne agerer i kommunen. På baggrund af særligt embedsmændenes vurdering, er der således en svag indikation af, at politikerne har haft interesse i at undlade at prioritere interventioner for målgruppen.

Fokus i sundhedspolitikkerne er rettet mod politikernes ønske om evidensbaserede og omkostningseffektive interventioner. Politikerne efterstræber at levere resultater, hvor borgernes penge er brugt fornuftigt. Dermed er det problematisk for politikerne at vælge indsatser for specialets målgruppe, idet der mangler dokumentation for effekt af initiativer for gruppen.

Der er som tidligere nævnt ikke tilstrækkelig evidens i forhold til, at kommunerne kan forsvare at gennemføre målrettede initiativer for udsatte grupper under de respektive sundhedspolitikker. Politikkerne er til gengæld ansvarlige for udformningen af sundhedspolitikken og dermed også indirekte med til at træffe en beslutning om en politik, som ikke indeholder forebyggende interventioner målrettet mod specialets målgruppe. Det er dog tvivlsomt om man kan drage den parallel, at udformningen af sundhedspolitikkerne har været en egeninteresse i forhold til at undgå indsatser for specialets målgruppe. Der har sandsynligvis været lagt vægt på de gældende anbefalinger fra Sundhedsstyrelsen (se afsnit 1.2), samt fra de anbefalinger, man har lavet i de respektive råd og forvaltninger.

På baggrund af det ovenstående kan det konstateres, at der er indikation på egeninteresse hos politikere i forhold til at nedprioritere indsatser for specialets målgruppe, men på grund af krav i om evidensbaseret forebyggelse, har det ikke været udslagsgivende.

7.4 Delkonklusion

I dette afsnit gennemgås de indikatorer, der har betydning i forhold til besvarelsen af hypotesen. Det første undersøgelsesspørgsmål havde til hensigt at analysere om der eksisterer en egeninteresse hos embedsmændene i forhold til at skabe succesfulde initiativer på forebyggelsesområdet. Der vurderes her at være en tydelig indikation på egeninteresse, idet samtlige respondenter bekræfter, at embedsmændene efterfølger succesfulde initiativer. Det andet undersøgelsesspørgsmål beskæftiger sig med, om der er egeninteresse i at lette arbejdsbyrden i forvaltningen ved at undgå at lave målrettede initiativer for specialets målgruppe. Denne indikator kunne ikke besvares isoleret, idet analysen viste, at der for de ansatte i forvaltningen er nogle bestemte krav om at arbejdes evidensbaseret. Det gør det særdeles vanskeligt for embedsmændene at lave målrettede initiativer for specialets målgruppe, da der ikke foreligger konkret evidensbaseret dokumentation på dette område. Ved at sammenholde disse to indikatorer kan der dannes en samlet indikator for

embedsmænd og egeninteresse. På baggrund af de to indikatorer må egeninteressen vurderes at være til stede hos embedsmændene, men den har tilsyneladende ikke været udslagsgivende i forhold til tilrettelæggelse af initiativer. Embedsmændene kan sandsynligvis have haft interesse i at undgå at iværksætte initiativer for specialets målgruppe. Men selvom dette skulle være tilfældet, vil de på grund af de politiske retningslinier have haft svært ved at forsvare at sætte disse initiativer på dagsordenen.

I forhold til politikere og egeninteresse er der to elementer i analysen.

For det første er det blevet analyseret, hvorvidt politikerne i casekommunerne har interesse i, at de forebyggende initiativer bliver succesfulde. Politikerne anerkender, at de har interesse i at profilere sig ved hjælp af succesfulde initiativer, men begge politikere påpeger samtidig, at drivkraften til at træffe beslutninger ikke kan spores til at vinde popularitet hos borgerne. Embedsmændene i de to casekommuner mener derimod, at politikerne i høj grad bruger sundhedsområdet til at profilere sig i forhold til at erhverve stemmer. Ud fra disse respondenter kan det altså tyde på, at politikerne har interesse i at lave initiativer, der bliver succesfulde.

For det andet er det blevet analyseret, om politikernes eventuelle egeninteresse har forhindret målrettede forebyggende initiativer for specialets målgruppe. På samme måde som hos embedsmændene bliver fokus her rettet mod kravene i de respektive sundhedspolitikker om brugen af evidensbaseret viden i det forebyggende arbejde. Der er indikation af, at politikerne har interesse i at fravælge initiativer for specialets målgruppe, da det kan få negativ indflydelse på deres politiske karriere. Det vurderes dog, at politikernes egeninteresse ikke har været den udslagsgivende faktor, idet sundhedspolitikkerne har dannet den reelle beslutningsramme på området. I forlængelse af dette, vurderes det for meget lidt sandsynligt, at politikerne har valgt at indføre krav om evidens i sundhedspolitikken med henblik på at undgå initiativer for specialets målgruppe. Dette skal ses i forhold til at indførelsen af krav om evidens i sundhedspolitikkerne formentligt er baseret på anbefalinger fra Sundhedsstyrelsen.

I det følgende diskuteres de fem indikatorer i forhold til at vurdere hypotesens forklaringskraft.

Nogle kommuner har ikke foretaget målrettede indsatser for specialets målgruppe, fordi politikere og embedsmænd har en egeninteresse i at lave initiativer, hvor der er stor sandsynlighed for succes.

Hos både embedsmænd og politikere var der tegn på egeninteresse i forhold til at lave succesfulde initiativer, hvilket umiddelbart kunne virke hæmmende i forhold til at lave målrettede forebyggende

initiativer for specialets målgruppe. Denne interesse synes dog ikke at have været udslagsgivende, idet det er sundhedspolitikken krav om evidensbaserede initiativer, der reelt har forhindret initiativer for målgruppen.

På grund af vanskelighederne ved at isolere betydningen af politikernes og embedsmændenes egeninteresse i forhold til at lave målrettede initiativer for målgruppen, vurderes det at hypotesens forklaringskraft ikke direkte kan understøttes af analysens resultater.

7.5 Målgruppens kompleksitet

Dette afsnit i analysen tager udgangspunkt i Bourdieus praksisbegreb. Der er nedfældet fire undersøgelsesspørgsmål, der hver især afdækker nogle underemner, som er relevante i forhold til at få en bred dækning af problematikkerne vedrørende specialets målgruppe. Hensigten med de fire undersøgelsesspørgsmål er, at de hver især bidrager med at identificere nogle indikatorer til vurdering af hypotesens forklaringskraft. Afslutningsvis vil der blive samlet op på indikatorerne fra de fire undersøgelsesspørgsmål og hypotesens forklaringsgrad bestemmes.

7.5.1 Kommunernes store udfordring

- *Er kommunerne rustet til på egen hånd at iværksætte interventioner, der udmønter sig i livsstilsændringer for personer i specialets målgruppe?*

Hensigten med dette afsnit er at belyse, hvorvidt casekommunerne har kapacitet til at ændre sundhedsadfærd hos målgruppen. Dette søges belyst ved hjælp af dokumenter, arkivmateriale samt interviewpersonernes vurderinger.

Bourdieu's praksisbegreb beskriver de særlige omstændigheder, der gør sig gældende for specialets målgruppe, idet det kræver omfattende ændringer i felt, symbolsk kapital og habitus, hvis det er hensigten at lave vedvarende livsstilsændringer for målgruppen.

Slagelse Kommune

I Slagelse Kommune er man opmærksom på udfordringen vedrørende socialt udsatte. Det beskrives eksempelvis i et referat fra et møde i Udvalget for Sundhed og Forebyggelse, oktober 2007, at der er særligt behov for, at få gruppen af socialt udsatte borgere til at modtage og blive fastholdt i social- og sundhedstilbud. Det understreges endvidere, at de sundhedsmæssige tilbud ofte kommer

til kort for denne gruppe, hvilket blandt andet skyldes at tilbuddene ikke er tilpasset deres særlige vilkår (Bilag 43, s. 6)

Til spørgsmålet om, hvor stor en udfordring det er, at lave grundlæggende livsstilsændringer for denne gruppe, svarer Ragnhild Lindsø, sundhedskonsulent i Center for Sundhed:

"Altså vi kan slet slet ikke hamle op med det her. Der skal nogle helt andre strukturer eller tiltag... Vi kan højest sådan... lave en lille klat... jeg tror ikke vi kan måle på det." (Bilag 30, RL42).

Hun tilføjer:

"Der mener jeg, at der ligger en stor opgave. Altså og den ligger jo på mange fronter... altså, den ligger på mange fronter ik'. Det er jo infrastruktur, det er fødevarer, det er adgang til det ene og det andet, det er rigtig mange ting. Vi kan ikke, vi kan ikke løfte opgaven." (Bilag 30, RL43)

Pernille Frandsen, formand for Udvalget for Sundhed og Forebyggelse i Slagelse Kommune, erkender, at kommunen har vanskeligt ved at ændre adfærd hos målgruppen. Dette begrundes med henvisning til rammerne i sundhedspolitikken (Bilag 29, PF43 og PF56). Hun forklarer desuden, at hun savner mod fra kommunens politikere til at lave sanktioner over for denne gruppe. Kommunen har en fordel i at have stor berøringsflade med både arbejdsløse og førtidspensionister og netop derfor burde den være i stand til at lave nogle effektive interventioner for disse (Bilag 29, PF39 og PF50).

Furesø Kommune

Sundhedschef i Furesø Kommune, Gitte Ammundsen, mener, at det vil kræve et stort administrativt apparat samt en særdeles stor økonomi, hvis der for alvor skal laves ændringer i adfærd hos målgruppen (Bilag 32, GA42). Dette er Susanne Mortensen, formand for Social- og Sundhedsudvalget i Furesø Kommune, enig i, idet hun beskriver målgruppen som meget kompleks og understreger, at kommunen dermed ikke kan løse problemet isoleret set. Det kræver strukturelle ændringer, som er ude af kommunens hænder:

"Så jeg synes jo, at det er meget komplekst og derfor tror jeg ikke på, at vi kan løse det isoleret set, fordi at der helt strukturelt er nogle ting, som man skal have fat om, hvis man skal ændre på den - årsagerne til den sociale ulighed." (Bilag 31, SM35)

7.5.2 Indikator

Som det fremgår af ovenstående, tilkendegiver alle respondenterne, at kommunerne vil have særdeles svært ved at håndtere drastiske livsstilsændringer for målgruppen med de betingelser der eksisterer på nuværende tidspunkt. Dette står i kontrast til de overordnede målsætninger i de respektive sundhedspolitikker, idet der her er fokus på mere lighed i sundhed. Men intentionerne om mere lighed i sundhed efterfølges ikke af konkrete initiativer, der tager udgangspunkt i målgruppens særlige behov.

Respondenterne hos begge kommuner udtrykker, at det er yderst vanskeligt at påvirke faktorer, som kan relateres til Bourdieus begreber; habitus, symbolsk kapital og felter for målgruppen, hvilket er nødvendige for at skabe en livsstilsændring. De efterlyser i den sammenhæng væsentlige strukturelle tiltag for at lave løsninger for denne gruppe.

Casekommunerne har ikke gjort noget målrettet for målgruppen på trods af, at de er klar over, at det er hos de udsatte borgere, at livsstilsproblematikken er størst.

Kommunerne har tilsyneladende en massiv strukturel og økonomisk udfordring i forhold til at lave drastiske ændringer for specialiets målgruppe, som de under nuværende omstændigheder får særdeles svært ved at løse. Der er således en stærk indikation af, at både politikere og embedsmænd i kommunerne har den opfattelse, at kommunerne står overfor nogle problemer med målgruppen, som de ikke kan løse på egen hånd under de nuværende forudsætninger.

Derudover er der udfordringer i de enkelte kommuner i forhold til overhovedet at få sat den sociale ulighed på dagsordenen, således at der bliver gennemført konkrete målrettede initiativer for målgruppen.

7.5.3 Målgruppens motivationsfaktor

- *Er motivationsfaktoren hos personer i målgruppen afgørende for, at der ikke er prioriteret at lave interventioner for gruppen?*

Hensigten med dette afsnit er at undersøge, om tiltag for målgruppen er blevet nedprioriteret i casekommunerne på grund af målgruppens manglende motivation.

Furesø Kommune

I sundhedspolitikken for Furesø Kommune er det centrale budskab, at det er borgernes eget ansvar at træffe sunde valg og derved tage ansvar for egen sundhed (Bilag 25, s. 9). Motivationen til at skabe sig et sundt liv skal dermed komme fra den enkelte person.

Gitte Ammundsen påpeger, at der hos specialets målgruppe ofte er større sociale problemer, som overskygger problemer med overvægt og sundhed generelt. Dette medfører, at de ofte mangler energi og ressourcer til at tage ansvar for sig selv i forhold til sundhed (Bilag 32, GA40).

Susanne Mortensen lægger stor vægt på motivationsfaktoren i forbindelse med forebyggelse:

” Altså borgerne skal selv være motiverede og melde sig, havde jeg nær sagt, til at være med i at ville gøre noget ved det... den her... hvis det er et problem... og hvis ikke det er et problem for dem selv, så er det jo lidt svært at komme i kontakt med dem.” (Bilag 31, SM12)

Hun uddyber:

”Jeg vil sige, at være motiveret det er en forudsætning. Og desuden ... vi kan jo ikke gå ud. Vi kan ikke gætte en borger. Altså... Det bliver ikke mig der går rundt nede på bymidten og peger på Else og siger du skal sørme lige.” (Bilag 31, SM13).

Hun pointeres desuden, at en væsentlig opgave for kommunen indenfor forebyggelse og sundhedsfremme er at gøre det nemt for borgerne at træffe sunde valg (Bilag 31., SM8). Ifølge Susanne Mortensen rammer tiltagene dog lidt skævt, idet det sker, at tilbud mest kommer til gavn for de ressourcestærke borgere (Bilag 31, SM20).

Slagelse Kommune

I sundhedspolitikken for Slagelse Kommune er fokus rettet mod at skabe rammerne for en sund levevis samt at skabe medansvar for det sunde liv (Bilag 23, s. 5). Ansvar og motivationen for at træffe sunde valg er således både borgerens og kommunens.

Ragnhild Lindsø pointerer, at det er de lavest socialt stillede grupper, der er sværest at lave interventioner for og dem, der er sværest tilgængelige for kommunen (Bilag 30, RL 15). Hun tilføjer desuden, at der bliver lagt meget vægt på i forvaltningen, at modtagerne af de forebyggende tiltag skal være motiverede:

”Man skal være motiveret for at gå ind i det, ellers tror vi ikke, at det nytter noget som helst (Bilag 30, RL15).”

Pernille Frandsen forklarer, at man er klar over, at dem som trænger mest, også er den gruppe, der er sværest at motivere. Desuden erkender hun, at de i kommunen har haft svært ved at tænke problematikken omkring motivation ind i tiltagene (Bilag 29, PF20 og PF39).

7.5.4 Indikator

Politikerne og embedsmændene i begge kommuner lægger vægt på, at målgruppens motivationsfaktor spiller en væsentlig rolle i forhold til effekten af forebyggende tiltag. I Furesø Kommune forventes det, at borgeren selv er motiveret og tager ansvar for egen sundhed. I Slagelse Kommune vedkender man sig et medansvar for sundheden. De politiske intentioner i kommunen omfatter, at man inddrager de målgrupper, der er svære at motivere, men hos respondenterne fra forvaltningen er holdningen, at høj motivation er en forudsætning for at indgå i tiltag. De politiske intentioner er således forskellige i de to kommuner, men hos embedsmændene i begge kommuner er der enighed om nødvendigheden af motivation hos målgruppen. I forhold til de konkrete politiske retningslinier er der ikke forskel i de to forvaltninger i forhold til hvordan man skal håndtere kompleksiteten i de mindst motiverede grupper. Det har således ikke haft afgørende betydning, at man i Slagelse Kommune vedkender sig et medansvar i forhold til borgernes sundhed.

I forhold til Bourdieus praksisbegreb er det problematisk, at hovedansvaret for sundhed bliver placeret hos den enkelte borger, således at der ikke tages hensyn til de særlige livsbetingelser hos socialt udsatte. De dårligst socialt stillede grupper kan således have vanskeligt ved at finde overskud til at træffe sunde valg, idet disse grupper har relativt sværere ved at implementere viden om sund livsførelse. Habitus hos denne gruppe er generelt anderledes end hos andre grupper, idet der er mindre sandsynlighed for, at råd og vejledning om sund livsførelse bliver omsat til handling. Det kan på baggrund af det empiriske materiale ikke med sikkerhed konstateres, at man har nedprioriteret at lave målrettede interventioner for målgruppen på grund af manglende motivation hos denne. Men set i lyset af respondenterne klare holdninger om, at modtagernes motivation er en forudsætning for at et tiltag får effekt, kan det tolkes som indikation af, at motivationsfaktoren har haft indflydelse på prioriteringen af tiltag. Det vurderes, at målgruppen står med vanskeligere vilkår i forhold til initiativer rettet mod befolkningen som helhed, da det således er de mest motiverede og ressourcestærke personer, der generelt vil udnytte disse tilbud.

7.5.5 Politisk og folkeligt fokus på målgruppen

- *Er der manglende folkeligt og politisk fokus på at lave interventioner for målgruppen?*

Det folkelige og politiske fokus på bestemte målgrupper kan have konsekvenser for mindre profilerede målgrupper. Hensigten med dette afsnit er at undersøge, om omfanget af folkeligt og politisk fokus på specialets målgruppe, har haft betydning for prioritering af indsatser.

Slagelse Kommune

I Slagelse Kommune er det hensigten, at social ulighed indtænkes i tilrettelæggelse af aktiviteter i alle hovedindsatsområderne i stedet for at have det som et decideret indsatsområde (Bilag 23, s. 6). Med udgangspunkt i praksisbegrebets er dette problematisk. For at ændre adfærd hos socialt udsatte er det netop væsentligt at fokusere på en helhed i indsatsen, hvilket vanskeliggøres når social ulighed tænkes ind under bestemte aktiviteter.

Helhedsorienterede indsatser imødekommes i kommunens sundhedspolitiske værdier, idet det her hedder, at borgerne skal modtage en helhedsorienteret indsats, og at kommunen skal møde borgeren, i den situation han eller hun befinder sig i (Bilag 23, s. 5). En helhedsorienteret indsats er, med udgangspunkt i praksisbegrebet, den helt rette metode til at arbejde med målgruppen. Disse intentioner står imidlertid i kontrast til, at det anføres i sundhedspolitikken, at den sociale ulighed overordnet skal ind i alle indsatsområderne, frem for et samlet indsatsområde.

En af de højeste prioriteter i kommunen er: *”Tidlige forebyggende indsatser – tænk bredt og helhedsorienteret”* (Bilag 23, s. 4). Brede indsatser står ligeledes i modsætning til hvad der ifølge praksisbegrebet er hensigtsmæssigt for målgruppen. Der er således en uklarhed at spore i forhold til de politiske signaler, der bliver udsendt i Slagelse Kommune. Det er vanskeligt at bedømme ud fra de politiske værdier og prioriteter, hvordan man reelt vil imødekomme det forebyggende arbejde for de specialets målgruppe.

I Slagelse Kommune er der først og fremmest fokus på børn og børnefamilier. Disse grupper fremhæves således i sundhedspolitikken: *”... der er særligt fokus på børn og børnefamilier i sundhedsindsatsen.”* (Bilag 23, s. 5). Det er endvidere i høj grad de ressourcestærke personer, der dukker op til borgerkonferencer og taler deres sag i processen op til prioriteringen af tiltagene (Bilag 30, RL36).

Det politiske og borgerlige fokus er identisk med sundhedspolitikken fokus, forklarer Pernille Frandsen:

”Altså vi var i høj grad enige med borgerne, men det var også... det var enslydende hele vejen rundt; sats nu på børnene, så vi får... får løftet næste generation.” (Bilag 29, PF10)

Furesø Kommune

I Furesø Kommune havde man i første udkast til sundhedspolitikken valgt at prioritere ”lighed i sundhed” som et decideret indsatsområde, men dette blev siden hen ændret til at skulle indgå i alle indsatsområderne på et overordnet plan (Bilag 44, s. 1-2 og Bilag 45).

Det politiske fokus i kommunen er i høj grad rettet mod børn og unge, hvilket betyder, at disse målgrupper har større politisk fokus end specialets målgruppe. I kommunens sundhedspolitik står der således: *”Særligt børn og unge skal sikres optimale vilkår for sund opvækst”* (Bilag 25, s. 9).

I kommunens Sundhedsråd har der fra starten været særligt fokus på børnene, idet der ved etableringen af rådet i maj 2007 blev gennemgået en række prioriteringsområder fra rådets medlemmer. De væsentligste prioriteringsområder blev nedfældet i referatet fra det første møde:

”Under præsentationsrunden afdækkes en lang række af interesseområder hos deltagerne. Hos alle er der en grundlæggende holdning til KRAM faktorernes betydning for arbejdet med sundhedsfremme og forebyggelse. Der suppleres med særlig bevågenhed for den tidlige indsats, starten på livet, bevågenhed på skolebørns vilkår...” (Bilag 46 , s. 1)

I forhold til sundhedspolitikken har man i Sundhedsrådet lagt vægt på, at børn og unge bør nævnes særskilt, idet vaner grundlægges tidligt (Bilag 41, s. 1).

I Furesø Kommune forholder det sig ifølge Gitte Ammundsen sådan, at det særligt er de ressourcestærke familier, der presser på for at få politisk fokus på børnenes sundhed (Bilag 32, GA45). Susanne Mortensen forklarer i den forbindelse, at hvor børn er noget man fokuserer målrettet på, er lighed i sundhed noget, man har overordnet i alle indsatsområderne:

”... ulighed i sundhed, det er jo lige præcis noget af det der svæver oven over alle de andre ting. Det er ikke noget som man sådan kan sige.. nej... men hvordan når vi nu arbejder med KRAM faktorer, hvordan tænker vi så det ind, at der er den her ulighed i sundhed..” (Bilag 31, SM38)

Efterfølgende blev Susanne Mortensen spurgt, om ikke kommunen havde overvejet at målrette interventionerne i forhold til social ulighed i sundhed. Her svarede hun:

”Det har vi ikke gjort i hvert fald og jeg vil sige, lige umiddelbart når du spørger: Det giver ikke mening, hallo, det er derude... du er nede i nogle helt grundlæggende strukturelle ting, som vi ikke kan gøre noget ved, for os i Furesø Kommune alene.” (Bilag 31, SM39)

Derved tilkendegives det tydeligt i Furesø Kommune, at man ikke fra politisk side satser på at målrette indsatsen for specialets målgruppe, idet det vurderes, at det er en uoverkommelig opgave for kommunen.

7.5.6 Indikator

Hos begge casekommuner er det beskrevet i værdierne i sundhedspolitikken, at der skal være mere lighed i sundhed. Dermed er det en problemstilling kommunerne er bevidste om, og som man desuden har til hensigt at tage seriøst. I forhold til Bourdieus praksisbegreb er det nødvendigt for specialets målgruppe, at kommunen netop tager hensyn til den situation de befinder sig i. Det kan i denne sammenhæng være problematisk, at kommunerne vælger at tænke social ulighed ind som et overordnet emne i alle indsatsområderne i stedet for at have det som indsatspunkt for sig selv. Ifølge praksisbegrebet er det netop nødvendigt at fokusere på det hele menneske og derigennem ændre praksis. For at kunne ændre habitus kræver det strukturelle ændringer for den enkelte person, og derfor står de socialt udsatte svækkede i forhold til befolkningen som helhed i de indsatser, der ikke er målrettet specialets målgruppe.

Både borgere og politikere i begge casekommuner har været enige om, at man politisk bør prioritere at satse på især børn og unge, hvilket medfører et mindsket fokus på de socialt udsatte. De socialt udsatte har generelt mindre symbolsk kapital end den øvrige befolkning, hvilket kan have betydning for manglende fokus på målgruppens behov. Dette står i skarp kontrast til, at mange børnefamilier er i stand til at øve indflydelse på de politiske prioriteringer ved hjælp af debatter i pressen, borgerkonferencer og lignende. Denne forskel i symbolsk kapital kan have medført et øget fokus på børnene i forhold til beslutningerne om, hvilke indsatsområder kommunerne skal prioritere. Det enslydende svar fra samtlige respondenter og kommunernes sundhedspolitik er således også, at børnene skal opprioriteres. I casekommunernes har der ikke været samme grad af folkeligt pres for at lave målrettede interventioner for specialets målgruppe.

Samlet set har der ikke været nævneværdigt politisk eller folkeligt pres i forhold til at målrette interventioner for specialets målgruppe. Fokus har i stedet været rettet mod børn og unge, hvilket kan være medvirkende til, at fokus på specialets målgruppe er blevet mindsket. Desuden har de politiske målsætninger i forhold til socialt udsatte været overordnede og ikke taget udgangspunkt i de svære livsbetingelser gruppen har.

Da både sundhedspolitikkerne, politikerne og embedsmænd tydeligt beskriver, at fokus i kommunerne hovedsageligt er på børn, unge og børnefamilier, står det klart, at det folkelige og politiske fokus på specialets målgruppe er nedprioriteret. Det kan ikke med sikkerhed konstateres,

at den større fokus på andre målgrupper har haft direkte indflydelse på, at der ikke er prioriteret indsatser for specialets målgruppe. Men idet kommunerne har begrænsede ressourcer og dermed begrænsede muligheder for at satse på en bred vifte af målgrupper, må det dog forventes, at den større fokusering på andre målgrupper har haft indflydelse på den manglende prioritering af indsatser for specialets målgruppe. Set i lyset af ovenstående diskussion er der her en indikation af, at der ikke har været høj grad af politisk og folkelig fokus på at lave målrettede initiativer for specialets målgruppe i de to casekommunerne.

7.5.7 Målgruppens kompleksitet

- *Bliver interventioner for målgruppen nedprioriteret, fordi andre målgrupper er mindre komplekse at arbejde med?*

Specialets målgruppe har generelt anderledes livsbetingelser i forhold til resten af befolkningen, hvilket betyder, at eventuelle indsatser for målgruppen skal udtænkes anderledes end for indsatser, hvor målgruppen er befolkningen som helhed. Dette afsnit har til hensigt at belyse, om målgruppens kompleksitet har betydning for, at kommunerne vælger at nedprioritere indsatser for denne.

Slagelse Kommune

I Slagelse Kommune fokuseres der på at arbejde med indsatser og målgrupper, hvor der er økonomiske og videnskabelige argumenter for, at indsatserne har en positiv effekt. Slagelse Kommune skriver i sundhedspolitikken:

”Politikken tager udgangspunkt i nationale anbefalinger, herunder regeringens overordnede mål samt den dokumentation (evidens), der eksisterer på området. Slagelse Kommune vil bl.a. via forskellige indsatser forsøge at øge middellevetiden og antal år med god livskvalitet samt reducere den sociale ulighed i sundhed. Herudover vil kommunen arbejde evidensbaseret med forebyggelse, hvilket vil sige, at kommunen sikrer velovervejet, systematisk og eksplicit anvendelse af den aktuelt bedste viden¹, også med henblik på at opnå et økonomisk rationale. Sundhedsarbejde koster – men det kan betale sig!” (Bilag 23, s. 1).

Sundhedspolitikken fastslår, at det forebyggende arbejde skal være evidensbaseret. Samtidig skal den sociale ulighed reduceres. Forholdet mellem disse to pointer diskuteres i indikatorafsnittet.

Ragnhild Lindsø forklarer, at det er besværligt at inddrage folk med komplekse livssituationer i forebyggende tiltag. Hun uddyber, at kommunen i nogle af de igangværende tiltag har fravalgt at inddrage borgere med store sociale problemer. Dette skyldes, at de sociale problemer i flere tilfælde har overskygget de problemer borgerne har haft med sundheden (Bilag 30, RL15). Pernille Frandsen savner i høj grad sanktionsmuligheder for målgruppen således, at kommunen kan forvente en sundhedsindsats fra borgeren, til gengæld for nogle af de velfærdsydelser kommunen stiller til rådighed. Hun ser en stor fordel i at etablere tiltag, der hvor kommunen har direkte kontakt med borgerne som for eksempel i skolerne, hvor man har let adgang til børnene. Det samme gør sig gældende for socialt udsatte. Pernille Frandsen understreger, at kommunen har tæt kontakt med de socialt udsatte, men savner muligheden for at udnytte kommunens berøringsflade med denne gruppe (Bilag 29, PF37 og PF39).

Furesø Kommune

I Furesø Kommune anfører man i sundhedspolitikken at: *”Indsatser skal så vidt muligt bygge på eksisterende viden og registreres og evalueres”* (Bilag 25, s. 9).

Desuden er der i kommunens Sundhedsråd netop lagt vægt på vigtigheden af evidensbaseret arbejde i diskussionen op til dannelsen af sundhedspolitikken (Bilag 41, s. 1 og Bilag 47, s. 10).

At evidens og lønsomhed er udgangspunktet for Furesø Kommune bekræftes af begge respondenter i kommunen. Susanne Mortensen forklarer:

”Vi er forpligtet til at arbejde med evidens, og den viden der findes på området. Så det er simpelthen en grundpræmis. Og så vil jeg sige, både politisk og administrativt, så er det borgernes penge vi arbejder med. Og vi har simpelthen et ansvar for hele tiden at have fokus på, at dem bruger vi bedst muligt. (Bilag 31, SM15).”

Gitte Ammundsen pointerer, at kommunen skal tilpasse sig de nye opgaver og derfor vil vælge *”de lavthængende frugter”*, forstået på den måde, at man satser på initiativer, hvor effekten er dokumenteret (Bilag 32, GA17). Desuden påpeger hun, at børn i det hele taget er lettere at arbejde med, idet de er tilgængelige i skolen og hvis bare man griber det rigtigt an, kan man få stor succes med dem (Bilag 32, GA40).

7.5.8 Indikator

Politikerne føler sig forpligtede til at forvalte borgernes skattepenge på mest fornuftig vis og dermed vælger de sikre løsninger, hvor effekten kan dokumenteres. Det vurderes, at casekommunerne vælger at satse på mindre komplekse målgrupper i forebyggelsesarbejdet, fordi de har bedre videnskabelige og økonomiske argumenter for tiltag rettet mod mindre komplekse målgrupper end specialets målgruppe. Det medfører naturligvis en problematik i forhold til specialets målgruppe, idet det er minimalt, hvad der foreligger af evidens for denne gruppe.

Hvis der skulle satses på projekter for specialets målgruppe, ville det kræve mere usikre løsninger, hvilket ville være direkte modstridende med de visioner, man har i sundhedspolitikkerne omkring at benytte sig af evidensbaserede forebyggelsestiltag. Der er således indikation af, at kommunerne har haft svært ved at argumentere for at satse på forebyggelsestiltag, der tager særligt hånd om kompleksiteten hos specialets målgruppe. Dette skyldes, at der er mangel på evidens for denne gruppe.

7.6 Delkonklusion

Respondenterne i begge casekommuner føler, at de har en massiv udfordring i forhold til at foretage drastiske ændringer for specialets målgruppe og vurderer samtidig, at kommunerne ikke kan håndtere problemstillingen under nuværende omstændigheder. Det er desuden tydeligt, at den sociale ulighed er besværlig at få sat på den politiske dagsorden således, at der bliver igangsat konkrete og målrettede forebyggende initiativer for målgruppen.

Der er dels en indikation af, at målgruppens motivationsfaktor har påvirket prioriteringerne af forebyggende interventioner i kommunerne og dels, at målgruppen har væsentligt sværere ved at få udbytte af de initiativer, der er rettet mod befolkningen som helhed, da det som oftest er motiverede og ressourcestærke grupper, som får udbytte af disse tilbud.

I casekommunerne har der hverken været et politisk eller folkeligt pres i forhold til at målrette interventioner for specialets målgruppe. De politiske målsætninger har været meget overordnede og har ikke taget nævneværdigt hensyn til kompleksiteten af specialets målgruppe. Derimod har det politiske og folkelige fokus i høj grad været rettet mod børn og unge, hvilket kan have haft betydning for den mindre fokus på specialets målgruppe. Der er derfor indikation af, at det manglende folkelige og politiske pres har medvirket til, at man ikke har lavet målrettede interventioner for specialets målgruppe.

Casekommunerne har i høj grad valgt at basere deres prioriteringer af forebyggende indsatser på, at der foreligger evidens for at de er effektive. Den manglende evidens på området for specialets

målgruppe har medført, at kommunerne i høj grad har valgt at satse på indsatser for andre målgrupper, hvor omfanget af evidensbaserede initiativer er større. Mindre komplekse målgrupper kan dermed formodes at være blevet opprioriteret i forbindelse med de forebyggende tiltag.

I det følgende afsnit vurderes hypotesens forklaringskraft.

Nogle kommuner har ikke foretaget forebyggende og sundhedsfremmende tiltag for specialets målgruppe, da det kræver omfattende ændringer i livsstil, omgivelser og indstilling til sundhed hos målgruppen, før de ønskede resultater kan opnås.

Indikatorerne der er fremkommet på baggrund af analysen af undersøgelsesspørgsmålene, danner basis for vurderingen af hypotesens forklaringskraft. Indikatorerne peger alle i retning af, at understøtte hypotesen, idet der i alle indikatorer er tegn på, at nedprioriteringerne af målrettede forebyggende tiltag for specialets målgruppe er sket på grund af, at kommunerne har problemer med at håndtere målgruppens kompleksitet og omfanget af de krævede ændringer hos målgruppen. To af indikatorerne vurderes som relativt svage, idet der har været en vis grad af fortolkning i forhold til analysen.

Kommunerne har fået overdraget et meget stort ansvar i forhold til forebyggelse og sundhedsfremme, især når det gælder gruppen af socialt udsatte. Analysen bidrager med at illustrere, hvor vanskeligt det er for kommunerne reelt at mindske den sociale ulighed i forhold til svær overvægt under de nuværende omstændigheder. I casekommunerne er man i høj grad klar over problematikken, men anerkender samtidig, at det kræver så gennemgribende forandringer for målgruppen, at kommunen har svært ved at rette op på den sociale ulighed i sundhed på egen hånd. Hypotesen kan ikke afvises på baggrund af analysen, men kan på baggrund af valget af design heller ikke verificeres. De forskellige indikatorer peger dog i retningen af, at målgruppens kompleksitet har en stor indflydelse i forhold til, at casekommunerne ikke har foretaget målrettede interventioner for gruppen.

7.7 Opsamling på analysen

Undersøgelsen af specialets styringsmæssige hypotese viser, at casekommunerne har uklare mål og retningslinier i forhold til den borgerrettede forebyggelse for specialets målgruppe. Desuden er manglende samarbejde og koordination mellem casekommunernes forvaltninger en barriere i forhold til at gennemføre kommunernes sundhedspolitikker. Disse faktorer vurderes at kunne have

haft indflydelse på, at der ikke er blevet prioriteret at lave forebyggende tiltag for specialets målgruppe.

Resultatet af analysen med udgangspunkt i politikeres og embedsmænds egeninteresse er uklart. Dette skyldes at det var vanskeligt at isolere hvilken indflydelse egeninteressen havde på de konkrete prioriteringer. Hypotesens forklaringskraft kunne således ikke besvares direkte. Casekommunernes krav om at bruge evidensbaseret viden i de forebyggende tiltag betyder, at beslutningstagerne er underlagt restriktioner i forhold til hvilke tiltag de kan prioritere – uafhængig af egeninteresse. På trods af at der kunne identificeres egeninteresse hos både politikere og embedsmænd, vurderes det at hypotesens forklaring ikke har haft en udslagsgivende effekt i forhold til de konkrete prioriteringer i casekommunerne.

Specialets tredje hypotese, der tager udgangspunkt i Bourdieus praksisbegreb, vurderes på baggrund af casestudiet at have en forklaringskraft i forhold til problemformuleringen. Komplexiteten hos specialets målgruppe vurderes således at være en barriere i forhold til at prioritere tiltag for målgruppen. Den manglende erfaring med succesfulde projekter for målgruppen, manglende folkeligt og politisk fokus på målgruppen, manglende motivation hos målgruppen, samt den manglende evidens, vurderes således alle at være barrierer, der har resulteret i nedprioriteringen af målrettede tiltag for specialets målgruppe. Respondenterne i de to casekommuner fremhæver desuden, at det er særdeles udfordrende at ændre grundlæggende på målgruppens sundhedsmæssige adfærd. Man vurderer således, at kommunerne slet ikke har kapacitet til at foretage en sådan ændring.

7.8 Diskussion af analysens resultater

I første del af afsnittet diskuteres centrale emner, der blev behandlet i analysen af specialets hypoteser. Diskussionen skal danne basis for besvarelse af problemformuleringen i konklusionen.

Hensigten med den anden del af afsnittet er, at foretage en analytisk generalisering på baggrund af specialets litteraturstudie og resultaterne i analysen.

7.8.1 Diskussion af hypotesernes forklaringskraft

I et casestudie som dette, hvor der er inddraget flere hypoteser, er det vanskeligt at vægte, hvor meget den enkelte hypotese har betydet i forhold til nedprioriteringen af målrettede tiltag for målgruppen. Hypoteserne har forskellige indgangsvinkler, men berører flere af de samme barrierer. Udformningen af sundhedspolitikkerne hænger nøje sammen med anbefalinger fra Sundhedsstyrelsen. Hos Sundhedsstyrelsen fokuseres der på, at sundhedspolitikkerne skal bygge på

evidensbaseret viden, hvilket har en direkte effekt på målgruppen på grund af manglende evidensbaseret viden for denne. Dette begrænser styringsmulighederne for kommunerne, idet de får særdeles vanskeligt ved at prioritere indsatser, hvor der ikke er dokumentation for effekt. Dermed har politikerne og embedsmænd i casekommunerne svært ved at argumentere overfor vælgerne og skatteyderne, at der skal prioriteres at lave tiltag for specialets målgruppe.

7.8.2 Analytisk generalisering

Dette afsnit har taget udgangspunkt i de emner, der er blevet diskuteret i analysen. Hensigten med afsnittet er at anskue specialets problemfelt fra forskellige vinkler, for at kunne identificere nogle overordnede mønstre, der kan benyttes til at diskutere og vurdere analysens resultater.

Der tages ikke udgangspunkt direkte i hypoteserne, men i stedet i de overordnede emner, der er behandlet i analysen.

I afsnit 5.6.1 diskuteres mulighederne og begrænsningerne i forhold til analytisk generalisering. Der er væsentlige forbehold i forhold til at generalisere på baggrund af resultaterne fra analysen, idet de undersøgte casekommuner i udgangspunktet er unikke. Begrundelsen for at kunne danne analytisk generalisering er, at omstændighederne, der viser sig i analysen, kan identificeres i andre kommuner. Dette vurderes som værende tilfældet i specialets undersøgelse.

I de følgende underafsnit diskuteres analysens resultater i forhold til en analytisk generalisering, hvor de designmæssige forbehold samtidig vurderes.

Politiske målsætninger

Regeringens forebyggelsesprogram *Sund hele livet* er, som diskuteret i afsnit 1.2 kritiseret for den grundlæggende holdning, at sundhed er et livsstilsvalg, hvilket betyder at borgerne i høj grad selv er ansvarlige for deres sundhed. I forhold til Bourdieus praksisbegreb er det netop problematisk, at ansvaret for sundhed ligger centralt placeret hos den enkelte, idet det kan få konsekvenser for de socialt udsatte. Det kan virke paradoksalt, at det samtidig er et overordnet mål i *Sund hele livet*, at få ”mere lighed i sundhed”. Det kan ikke forventes, at der opstår lighed i sundhed, uden at der rettes særligt fokus mod de socialt udsatte. Ved at placere hovedansvaret for sundhed hos den enkelte borger vil den sociale skævvridning næppe blive mindre, idet de mindre ressourcestærke borgere har svært ved at implementere råd og vejledning om sund livsstil. Desuden anbefales det af Sundhedsstyrelsen, at kommunerne inddrager et element i sundhedspolitikken, der omhandler ”lighed i sundhed”. Den overordnede målsætning om ”lighed i sundhed” i *Sund hele livet* kan tydeligt spores i casekommunernes sundhedspolitikker. Der er således tale om målsætninger, hos både Regeringen og casekommunerne, der ikke konkret efterfølges af målrettede indsatser. Det er

vanskeligt at identificere, hvor denne lighed skal komme fra, hvis målsætningerne på nationalt og kommunalt plan ikke efterfølges af konkrete handleplaner og initiativer.

En anden pointe i analysen er den manglende koordination og samarbejde imellem forvaltningerne i forhold til at forvalte sundhedspolitikken mål. Social- og sundhedsforvaltningerne har en stor udfordring i forhold til, at få de andre forvaltninger til at føle et ejerskab af sundhedspolitikken. Det medfører således, at de øvrige forvaltninger først og fremmest fokuserer på egne professionelle fagområder, i stedet for at inddrage forebyggelse og sundhedsfremme i den sammenhæng, hvor det kunne være relevant. Et af de væsentligste konklusioner i litteraturstudiet afsnit 2.1 var netop nødvendigheden af at gøre brug af multi-facetterede interventioner. Derfor er det væsentligt, at kommunens forvaltninger formår at etablere et samarbejde, hvor forebyggelsestiltagene bliver indarbejdet i arbejdet hos de forskellige forvaltninger. I specialets perspektivering (Kapitel 9) fortsættes denne diskussion, hvor mulighederne for multi-facetterede interventioner forholdes til de potentialer, der findes i statsligt, regionalt og kommunalt regi.

Muligheden for at kunne generalisere på baggrund af specialets styringsmæssige hypotese er begrænset. Dette hænger sammen med, at det ikke er muligt at generalisere i forhold til, hvordan de øvrige kommuners sundhedspolitikker præcist er udformet. Dette understreges af den store forskel, der er i sundhedspolitikkerne i casekommunerne. Desuden kan det ikke udelukkende undersøges ved at se på de respektive sundhedspolitikker. Det kan dog konstateres, at kun 22 pct. af kommunerne har lavet målbare målsætninger for indsatsområderne for forebyggelse (se afsnit 4.1.1), hvilket indikerer, at der for de fleste kommuners vedkommende mangler konkrete politiske retningslinier for det forebyggende arbejde for specialets målgruppe. Det kan dog som sagt ikke konstateres med sikkerhed, da det som minimum kræver en nærlæsning af kommunernes sundhedspolitikker og handleplaner.

Det må formodes, at social- og sundhedsforvaltninger i andre kommuner oplever lignende problemer i forhold til at skabe ejerskab af sundhedspolitikkerne i de andre forvaltninger. Dette skal ses i sammenhæng med, at andre forvaltninger har egne politikker og handleplaner at efterfølge, hvorfor en risiko for nedprioritering af sundhedspolitik kan være til stede.

Problematikken om manglende evidens

Gennemgangen af forskning på området i afsnit 2.1 belyste manglen på evidensbaseret viden for målgruppen. Dette har som diskuteret i analysen afsnit 7.3 og 7.5 direkte konsekvenser for de manglende tiltag for specialets målgruppe i casekommunerne. I *Sund hele livet* plæderes for brugen af omkostningseffektive forebyggelsesmetoder, idet der opfordres til at igangsætte evidensbaserede initiativer. Dette er i tråd med de vedtagne sundhedspolitikker i casekommunerne, samt de

anbefalinger Sundhedsstyrelsen har givet kommunerne i forhold til, hvad de bør inddrage i sundhedspolitikkerne. De offentlige instanser fokuserer således i høj grad på nødvendigheden af evidensbaserede og omkostningseffektive indsatser, hvilket begrænser handlemulighederne for at lave tiltag for målgruppen. Politikere og embedsmænd mangler derfor videnskabelige og økonomiske argumenter i forhold til at prioritere initiativer for målgruppen. Det er sandsynligt, at problematikken kan generaliseres i en vis grad i forhold til andre kommuner i landet. Forudsætningerne er de samme, idet anbefalingerne fra Regeringen og Sundhedsstyrelsen inkluderer, at der indarbejdes krav om evidens i de forebyggende tiltag.

Målgruppens kompleksitet

Analysen viser, at specialets målgruppe i casekommunerne havde mindre folkeligt og politisk fokus end andre målgrupper. Det vurderes som sandsynligt, at dette forhold gør sig gældende i andre kommuner, idet Regeringen i *Sund hele livet* netop fremhæver børn som en målgruppe, hvor der skal ydes en målrettet indsats i forhold til bekæmpelse af svær overvægt (se afsnit 4.2.5). Dette sandsynliggør muligheden for, at en stor del af kommunernes indarbejder dette i de respektive sundhedspolitikker, hvilket medfører et mindsket fokus på specialets målgruppe.

Analysen belyste desuden casekommunernes udfordring i forhold til at håndtere kompleksiteten hos specialets målgruppe. Målgruppens kompleksitet spiller en stor rolle både i forhold til den manglende evidens og i forhold til at involvere gruppen i initiativer på en hensigtsmæssig måde. Denne problematik synes gældende for andre kommuner end casekommunerne. Den manglende evidens på området har for det første betydning for alle kommuner. For det andet tilkendegiver 71 pct. af de adspurgte respondenter i Sundhedsstyrelsens kortlægningsrapport, de har et særligt rådgivningsbehov i forhold til udsatte grupper (afsnit 2.3). I de kvalitative interviews i undersøgelsen fremgår det endvidere, at kommunerne har en stor udfordring i forhold til at identificere relevante tilbud og metoder for socialt udsatte. Desuden fremhæves det af respondenterne i kommunerne, at det generelt er svært at nå ud til de målgrupper, der er sværere at motivere (se afsnit 2.3). Det tyder således på, at en stor del af kommunerne mangler viden om tiltag for de udsatte grupper, hvilket underbygger muligheden for at generalisere på området.

I perspektiveringen (Kapitel 9) diskuteres det, hvorledes kommunerne kan gribe problematikken omkring den manglende evidens for målgruppen an.

7.8.3 Opsamling

En analytisk generalisering af resultaterne kræver, som beskrevet tidligere, at der inddrages velovervejede bedømmelser i forhold til at kunne relatere resultaterne til andre kommuner.

Generelt vurderes det, at manglen på evidens mindsker kommunernes mulighed for at lave målrettede forebyggende tiltag for målgruppen.

Problematikken vedrørende målgruppens kompleksitet er til stede i hele landet, hvilket derfor også må udgøre en væsentlig barriere i de øvrige kommuner.

Det vurderes at være sandsynligt, at utilstrækkeligt samarbejde og koordination imellem forskellige forvaltninger kan udgøre en barriere i forhold til at udforme konkrete tiltag for målgruppen. De manglende konkrete politiske retningslinier har muligvis en betydning, men det er vanskeligt at generalisere på dette punkt, idet det som minimum kræver en nærlæsning af de respektive sundhedspolitikker og handleplaner i kommunerne.

I analysen blev egeninteressen hos politikere og embedsmænd i forhold til at lave succesfulde initiativer identificeret men vurderet til ikke at have haft nogen udslagsgivende effekt i forhold til den manglende iværksættelse af indsatser for specialets målgruppe. Den interne validitet er svækket i forhold til at undersøge, om egeninteresse spillede en rolle i forbindelse med prioriteringer af forebyggelsesindsatser. Respondenterne i specialets undersøgelse blev ikke spurgt direkte til deres egen rolle i forhold til egeninteresse. Muligheden for at svare afværgende på sådanne spørgsmål vurderedes som for stor. Derved er den interne validitet i undersøgelsen svækket i forhold om egeninteresse spiller en rolle i forbindelse med prioriteringer af forebyggelsesindsatser for specialets målgruppe. Det har desuden været vanskeligt at isolere betydningen af egeninteresse, idet det vurderes, at denne ikke har været udslagsgivende i forhold til de manglende prioriteringer af tiltag for målgruppen. Egeninteressens betydning er derfor ikke diskuteret i forhold til den analytiske generalisering.

Den eksterne validitet og reliabilitet i undersøgelsen er styrket ved at spørgsmålene i interviewguiderne blev fulgt nøje i interviewene. Desuden er Regeringens og Sundhedsstyrelsens anbefalinger på området generelle og forventes at blive efterfulgt i en stor del af kommunerne. Til gengæld var der flere tilfælde, hvor respondenterne blev bedt om at uddybe emner yderligere, hvilket omvendt svækker reliabiliteten.

8 Konklusion

Formålet med denne undersøgelse er at identificere årsager til, at nogle kommuner ikke har foretaget målrettede forebyggende tiltag for udsatte grupper af svært overvægtige. Den sociale ulighed i svær overvægt rammer især borgere på overførselsindkomst og borgere med lavt uddannelsesniveau, og specialet koncentrerer sig derfor om disse grupper i udvælgelsen af Furesø og Slagelse kommuner som cases.

Specialets problemformulering lyder:

Hvorfor har nogle kommuner ikke foretaget målrettede forebyggelsesindsatser overfor social udsatte grupper af svært overvægtige?

I besvarelsen af problemformuleringen er der taget udgangspunkt i tre hypoteser, der hver især benyttet til at teste probalistiske forklaringer.

I undersøgelsen af hypotesernes forklaringskraft identificeres to årsager til, at nogle kommuner ikke har foretaget målrettede forebyggende tiltag for specialets målgruppe.

For det første viste undersøgelsen, at der mangler konkrete målsætninger og retningslinier for det forebyggende arbejde med specialets målgruppe. For det andet viste den, at specialets målgruppe er så kompleks, at kommunerne har vanskeligt ved at iværksætte målrettede og effektive indsatser for den.

Udover de ovennævnte faktorer, som tager afsæt i de anvendte hypoteser, er der identificeret en årsag, som ligger uden for specialets teoretiske rammer. Undersøgelsen viste således, at den manglende evidens for forebyggende tiltag for specialets målgruppe er en væsentlig barriere i forhold til de manglende prioriteringer af indsatser for målgruppen. I forlængelse af dette vurderes det at være en barriere i forhold til målgruppen, at kommunerne lægger stor vægt på brugen af evidensbaserede forebyggende tiltag.

I undersøgelsen kunne der endvidere identificeres en egeninteresse hos både politikere og embedsmænd i forhold til at opprioritere mere ressourcestærke grupper. Det vurderes imidlertid, at egeninteressen ikke har haft en udslagsgivende effekt i forhold til manglende prioritering af tiltag for specialets målgruppe.

Fokus i dette speciale har været den høje grad af social ulighed i forhold til svær overvægt. I Regeringens folkesundhedsprogram, *Sund hele livet*, er det målsætningen at nedbringe den sociale

ulighed i sundhed ved hjælp af forebyggende og sundhedsfremmende initiativer. Efter Strukturreformen har kommunerne fået ansvaret for den borgerrettede forebyggelse. Kun godt en tredjedel af kommunerne har imidlertid valgt at lave målrettede tiltag for socialt udsatte og svært overvægtige borgere. Idet resten af landets kommuner står overfor de samme udfordringer med målgruppens kompleksitet og manglen på evidens vurderes undersøgelsens resultater til en vis grad at kunne foreslå barrierer, der har betydning for, hvorfor nogle kommuner ikke har iværksat målrettede indsatser for socialt udsatte grupper af svært overvægtige borgere.

9 Perspektivering

Dette afsnit har til hensigt at udvide diskussionen fra undersøgelsens resultater, idet det er relevant at diskutere hvilke muligheder og udfordringer det offentlige har i forhold til at forebygge svær overvægt hos socialt udsatte grupper.

Dette studie fremhævede de problemer, der knytter sig til manglen på evidens for socialt udsatte. Regeringen og Sundhedsstyrelsen pointerer nødvendigheden af at arbejde evidensbaseret, hvilket specialets casekommuner begge har efterfulgt. Den evidensbaserede sundhedspolitik begrænser imidlertid kommunernes muligheder for at lave målrettede forebyggende interventioner for målgruppen. Kommunerne har som udgangspunkt to muligheder: Enten kan de afvente evidensbaseret viden, der konkret kan benyttes i forhold til at lave indsatser for målgruppen²⁰, eller de kan slække på kravene om benyttelse af evidensbaserede interventioner. Dette leder opmærksomheden hen på rationalet i at gøre brug af evidensbaseret viden. Kommunerne er forpligtede til at forvalte borgernes penge mest hensigtsmæssigt, hvorfor det er forståeligt, at kommunerne vælger at benytte sig af evidensbaserede og omkostningseffektive interventioner. Dette rammer imidlertid udsatte grupper, idet det går udover muligheden for at iværksætte indsatser for denne gruppe. Set ud fra et samfundsøkonomisk synspunkt synes det forsvarligt at benytte omkostningseffektive interventioner. Dette skal ses i sammenhæng med, at det kræver særdeles omfattende ændringer at ændre adfærd hos socialt udsatte. Derfor må det formodes, at de omkostninger der er forbundet med at forsøge at ændre adfærd hos socialt udsatte er høje. Det er derfor en test for velfærdssamfundets solidaritet, om man har til hensigt at afsætte de ressourcer, det kræver for at ændre adfærd hos socialt udsatte.

I *Sund hele livet* er målsætningen at reducere den sociale ulighed i sundhed. I de senere år er udviklingen imidlertid gået i den modsatte retning i forhold til overvægt, idet den sociale ulighed her er øget. Under de nuværende forudsætninger er det derfor vanskeligt at identificere, hvordan denne udvikling kan bremses. Regeringen, regionerne og kommunerne må derfor tage stilling til, hvad man har tænkt sig at stille op med den sociale ulighed i sundhed. Hvis man reelt ønsker at reducere denne ulighed, må der foretages drastiske ændringer i arbejdet med at skabe evidensbaseret viden på området. På baggrund af litteraturstudiet og resultaterne af specialets

²⁰ Sundhedsstyrelsen samarbejder eksempelvis med 6 modelkommuner i forsøget på at lave målrettede interventioner for borgere på overførselsindkomst og med lav uddannelse, i håbet om at få erfaringer der kan benyttes til brug for andre kommuner (SST 2007, s. 3).

undersøgelse vurderes der at være behov for en bred indsats overfor de socialt udsatte. Dette kan gøres ved at inddrage mange aktører på forskellige niveauer. Det er derfor nødvendigt at benytte alle de berøringsflader det offentlige har med denne gruppe. Her tænkes blandt andet på at inddrage adfærdsregulerende lovgivning, sygehusvæsenet, uddannelsessystemet, praktiserende læger, forskellige fagforvaltninger mv. i højere grad, end hvad der er tilfældet i dag. I den forbindelse bør politikerne på Christiansborg overveje om det er en fordel at skærpe Sundhedslovens §119. Ved at ændre lovgivningen kan der for eksempel stilles specifikke krav til kommuners sundhedspolitikker i forhold til udarbejdelse af konkrete målsætninger og retningslinier for det forebyggende og sundhedsfremmende arbejde med socialt udsatte.

10 Litteraturliste

Andersen, Heine og Kaspersen, Lars Bo (2007): *Klassisk og moderne samfundsteori*. © Hans Reitzels forlag.

Andersen, Jørgen Goul (1998): *Politik og Samfund i forandring*, Bind 2. © Columbus, København.

Berggren, Niclas (2000): Public Choice. I: Norberg, Johan (Red.): *Stat, individ & marknad*. © Forfatterne og AB Timbro 2000.

Bogason, Peter (2004): *Forvaltning og stat*. 3. udgave © Peter Bogason og Systime Academic 2003, Viborg.

Bourdieu, Pierre & Wacquant, Loic J.D. (1996): *Refleksiv sociologi – mål og midler*. © Hans Reitzels Forlag, København.

B.T. (2007): *Fedme truer Europas befolkning*. 01.09.2007, 1. sektion, side 7.

Breton, Albert (1974): *The economic theory of representative government*. University of Toronto, Canada 1974.

Christensen, Jørgen Grønnegård; Christensen, Peter Munk & Ibsen, Marius (2006): *Politik og forvaltning*. 2. udgave. © Forfatterne og Academica, Århus 2006.

Curtz, Henriette m.fl. (2005): Fra den onde - til den sunde cirkel. Om svært overvægtiges vanskelige livsstilsændringer. *Voksnes læringsrum*, 413-431. isbn: 8778421551, Værløse, Billesø & Baltzer, 2005.

Downs (1957): *An economic theory of democracy*. New York: Harper and row. 1957.

Hopkin, Jonathan (2002): Comparative Methods. I: Marsh, David & Stoker, Gerry (red.): *Theory and Methods in Political Science*. Kap. 12. 2. udgave © forfatterne og Palgrave Macmillan 2002, New York.

Indenrigs- og Sundhedsministeriet (2002A): *Status 2001 for folkesundhedsarbejdet*. © Indenrigs- og Sundhedsministeriet, København, september 2002.

Indenrigs- og Sundhedsministeriet (2002B): *Sund hele livet – de nationale mål og strategier for folkesundheden 2002-10*. © Indenrigs- og Sundhedsministeriet, København, september 2002.

Indenrigs- og Sundhedsministeriet (2007): *De samfundsøkonomiske konsekvenser af svær overvægt*. © Indenrigs- og Sundhedsministeriet, København.

Institut for Miljøvurdering (2003): *Forsigtighedsprincippet i praksis*. © Institut for Miljøvurdering, København, december 2003

Jacobsen, Dag Ingvar & Thorsvik, Jan (2002): *Hvordan organisationer fungerer – Indføring i organisation og ledelse*. © Hans Reitzels Forlag, København.

Jespersen, Peter Kragh (1996): *Bureaukratiet – magt og effektivitet*. © Jurist- og Økonomforbundets Forlag, København.

Kvale, Steiner (1997): *InterView. En introduktion til det kvalitative forskningsinterview*. © Hans Reitzels Forlag, København

Lijphart, Arend (1971): *Comparative Politics and the Comparative Method*. I: The American Political Science Review, Vol. 65, No. 3, side 682-693.

Mandag Morgen (2006): *Er sundhed et personligt valg? – et debatoplæg om forebyggelse i Danmark*. © Huset Mandag Morgen og Trygfonden, København.

Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse (2008): LBK nr. 95 af 07/02/2008: *Sundhedsloven*.

Nielsen, Peter (2007): *Produktion af viden – en praktisk metodebog*. 3. udgave. © Nyt Teknisk Forlag, København.

Niskanen, W.A. (1971): *Bureaucracy and Representative Government*. © Aldeline-Atherton. Chicago.

Niskanen, W.A. (1973): *Bureaucracy: Servant or Master?* © Institute of Economic Affairs, London.

Pedersen, Kjeld Møller (2005): *Kommunal medfinansiering af sundhedsvæsenet – en ide på sandgrund?* © Syddansk Universitetsforlag, Odense.

Pedersen, Kjeld Møller (2006): *Strukturreformen: Hvorfor, indhold og mulige konsekvenser I*: Månedsskrift for praktisk lægegerning. November 2006, nr. 11, 84. årgang.

Pole, Christopher & Lampard, Richard (2002): *Practical Social Investigation. Qualitative and Quantitative Methods in Social Research*. © Prentice Hall, Harlow.

Przeworski, Adam & Teune, Henry (1970): *Logic of Comparative Social Inquiry*. © Wiley-Interscience, New York.

Reinbacher, Gunnar Scott & Nielsen, Margrethe (2007): *Folkesundhed, civilisationskritik og interessekonflikter*. I: Ledelse og filosofi, working paper, nr. 3, 2007. © Forfatterne.

SIF (2002): *Sundhed og Sygelighed I Danmark 2000 & udviklingen siden 1987* © Statens Institut for Folkesundhed, København, marts 2002.

SIF (2006): *Sundhed og sygelighed i Danmark & udviklingen siden 1987*. © Statens Institut for Folkesundhed, København.

SST (2003): *Oplæg til national handlingsplan mod svær overvægt - Forslag til løsninger og perspektiver*. © Sundhedsstyrelsen, Center for Forebyggelse, København.

SST (2006): *Borgerrettet forebyggelse i kommunerne – rådgivning fra Sundhedsstyrelsen*. © Sundhedsstyrelsen, Center for forebyggelse 2006.

SST (2007A): *Socialt udsatte borgeres sundhed - barrierer, motivation og muligheder*. Version 1.0 © Sundhedsstyrelsen, september 2007.

SST (2007B): *Evidens i forebyggelsen*. © Sundhedsstyrelsen, Center for forebyggelse 2007.

SST (2008A): *Kortlægning af kommunernes forebyggelses- og sundhedsfremmeindsats 2008*. © Sundhedsstyrelsen, Center for forebyggelse, maj 2008. København.

SST (2008B): *Bilagsdel til kortlægning af kommunernes forebyggelses- og sundhedsfremmeindsats 2008*. Bilagsrapport. © Sundhedsstyrelsen, Center for forebyggelse, maj 2008. København.

Sundhedsministeriet (1989): *Regeringens forebyggelsesprogram*. © Sundhedsministeriet. København.

Tullock, Gordon (2006) Kurrild-Klitgaard, Peter (red.): *The Vote Motive*. © The Institute of Economic Affairs, London.

Udehn, Lars (1996): *The Limits of Public Choice*. © Routledge, London & New York.

de Vaus, David (2001): *Research Design in Social Research*. © Sage Publications, London

Weber, Max (1922): *Makt og byråkrati*. 5. oplag 1992. © Gyldendal. Tekstudvalg fra *Wirtschaft und Gesellschaft (1922)* og *Gesammelte Aufsätze zur Wissenschaftslehre (1922)*.

WHO (2006): *Obesity and overweight*. Fact Sheet WHO/311
September 2006 © WHO.

Winter, Søren (1994): *Implementering og effektivitet*. © Forlaget Systime a/s, Århus.

Yin, Robert K. (1993): *Applications of Case Study Research*. Applied Social Research Methods Series, volume 34. © Sage Publications, Inc. 1993, London.

Yin, Robert K. (1994): *Case Study Research: Design and Methods*. 2. Udgave. Applied Social Research Methods Series, volume 5. © Sage Publications, Inc. 1994, London.

10.1 Forskningsgennemgang

10.1.1 Første litteratursøgning

Bar-Or, Oded (2000): *Juvenile obesity, physical activity, and lifestyle changes*. The physician and sportsmedicine – vol 28 no. 11 – november 2000.

Brunner EJ, Thorogood M, Rees K, Hewitt G. (2007): *Dietary advice for reducing cardiovascular risk*. Copyright © 2007 The Cochrane Collaboration. Published by JohnWiley & Sons, Ltd

Colquitt J, Clegg A, Loveman E, Royle P, Sidhu MK (2007): *Surgery for morbid obesity (Review)*

Summerbell, Carolyn; Kelly, Sarah og Campell, Karen (2002): *The prevention and treatment of childhoold obesity*. NHS Centre for Reviews and Dissemination, University of York. 2002.

Fernandes M, Atallah AN, Soares BGO, Humberto S, Guimarães S, Matos D, Monteiro L, Richter B. (2007): *Intragastric balloon for obesity*. Copyright © 2007 The Cochrane Collaboration. Published by JohnWiley & Sons, Ltd

Finkelstein, Eric A.; Ruhm, Christopher J.; Kosa, Katherine M. (2004): *Economic causes and consequences of obesity*. First published online as a Review in Advance on november 1, 2004.

Fogelholm, Mikael og Lahti-Koski, Marjaana (2002). *Community health-promotion interventions with physical activity: does this approach prevent obesity?* Scandinavian Journal of Nutrition 2002; 46 (4): 173–177.

Halkjær, Jytte; Holst, Claus og Sørensen, Thorkild I.A.(2003): *Intelligence test score and educational level in relation to BMI changes and obesity*. OBESITY RESEARCH Vol. 11 No. 10 October 2003.

Halkjær, Jytte og Sørensen, Thorkild I.A. (2004) *Psychosocial and demographic determinants of regional differences in the prevalence of obesity*. Youth. J. biosoc. Sci. (2004) 36, 141–152. 2004 Cambridge University Press

Indenrigs- og Sundhedsministeriet (2002): *Sund hele livet – de nationale mål og strategier for folkesundheden 2002-10*. © Indenrigs- og Sundhedsministeriet, København, september 2002.

Kristjansson EA, Robinson V, Petticrew M, MacDonald B, Krasevec J, Janzen L, Greenhalgh T, Wells G, MacGowan J, Farmer A, Shea BJ, Mayhew A, Tugwell P. (2007): *School feeding for improving the physical and psychosocial health of disadvantaged elementary school children (Review)*. Copyright © 2007 The Cochrane Collaboration. Published by JohnWiley & Sons, Ltd

Mann, Traci; Tomiyama, Janet A.; Westling, Erika; Lew, Ann-Marie; Samuels, Barbra og Chatman, Jason (2007): *Medicare's search for effective obesity treatments – Diets are not the answer*. Copyright 2007 by the American Psychological, Vol. 62. No 3. 220-233.

Pearson, Selja (2006): *Stigning i overvægt og fedme blandt københavnske skolebørn i perioden 1947-2003*. UGESKR LÆGER 167/2. 2006.

Petersen, Liselotte & Sørensen, Thorkild I.A (2003): *Is physical inactivity the cause or the consequence of obesity?* i: Medeiros-Neto, Geraldo; Halpern, Alfredo og Bouchard, Claude. *Progress in Obesity Research: Proceedings of the 9th International Congress on Obesity* (2003). John Libbey Eurotext. ??

Petersen TA, Rasmussen S, Madsen M.(2002): *Danske skolebørns BMI målt i perioden 1986/1987-1996/1997 sammenlignet med danske målinger fra 1971/1972*, Ugeskrift for Læger 2002 Okt 21; 164 (43))

Shaw K, Gennat H, O'Rourke P, Del Mar C (2007): *Exercise for overweight or obesity*. Copyright © 2007 The Cochrane Collaboration. Published by JohnWiley & Sons, Ltd

Shaw K, O'Rourke P, Del Mar C, Kenardy J (2007): *Psychological interventions for overweight or obesity*. Copyright © 2007 The Cochrane Collaboration. Published by JohnWiley & Sons, Ltd

SST (2003): *Oplæg til national handlingsplan mod svær overvægt. Forslag til løsninger og perspektiver*. Sundhedsstyrelsen 2003.

Stallknecht, Bente M. & Galbo, Henrik (2000): *Fysisk aktivitet og fedme*. Københavns Universitet, Panum Institut, Medicinsk fysiologisk.

Suadicani, Poul; Hein, Hans Ole og Gyntelberg, Finn (2005): *Lifestyle, social class, and obesity – the Copenhagen male study*. European Journal of Cardiovascular Prevention and Rehabilitation 2005, 12:236–242

Summerbell, Carolyn; Kelly, Sarah og Campell, Karen (2002): *The prevention and treatment of childhood obesity*. NHS Centre for Reviews and Dissemination, University of York. 2002.

Summerbell CD, Waters E, Edmunds LD, Kelly S, Brown T, Campbell KJ (2007): *Interventions for preventing obesity in children*. Copyright © 2007 The Cochrane Collaboration. Published by John Wiley & Sons, Ltd

Svendsen, Ole Lander; Heitmann, Berit Lilienthal; Mikkelsen, Kim Lyngby m.fl.(2001): *Fedme i Danmark – En rapport fra Dansk "Task Force on Obesity" under Dansk Selskab for Adipositasforskning*. Dansk Selskab for Adipositasforskning nr. 8 2001.

Sørensen HT, Sabroe S, Gillman M, Rothman KJ, Madsen KM, Fischer P, Sørensen TIA. (1997): *Continued increase in prevalence of obesity in Danish young men*. 1997. International Journal of Obesity 1997 aug; 21 (8): 712-4)

Thomas, Helen; Cliska, Donna; Micucci, Sandra; Wilson-Abra, Jessica og Dobbins, Maureen. (2004): *Effectiveness of Physical Activity Enhancement and Obesity Prevention Programs in Children and youth*. City of Hamilton Public Health and Community Services.

Togo, P.; Osler, M.; Sørensen, T.I.A. og Heitmann, B.L. (2001): *Food intake patterns and body mass index in observational studies*. International journal of Obesity (2001) 25, 1741-1751.

Wedderkopp, Niels; Andersen, Lars Bo; Hansen, Henrik Steen & Froberg, Karsten. (2001): *Childhood obesity, with particular reference to Denmark*. Ugeskrift for læger 2001; 163: 2907-12

WHO (1998): *Obesity – Preventing and managing the global epidemic*. © The World Health Organization, 1998

WHO (2002): *Weight control and physical activity*.

Lyon : International Agency for Research on Cancer, 2002. Series: IARC handbooks of cancer prevention; v. 6. ISBN: 928323006X. QZ 180 2002WE

WHO (2006): *What is known about the effectiveness of economic instruments to reduce consumption of foods high in saturated fats and other energy-dense foods for preventing and treating obesity?* Healt evidence network. © World Health Organisation 2006

WHO (2007): *The challenge of obesity in the WHO European Region and the strategies for response*. WHO

Yadrick, Kathleen (2005): *The role of FCS in the obesity epidemic – Supporting healthy lifestyle choices*. I: Journal of Family and Consumer Sciences; Apr 2005; 97, 2; Academic Research Library.

10.1.2 Anden litteratursøgning

Brønnum-Hansen, Henrik (2006): *Sociale forskelle i udviklingen i danskernes dødelighed*. Ugeskrift for læger 168/21, 22. maj 2006. Statens Institut for Folkesundhed.

DeMattia, Laure og Denney, Shannon Lee (2008): *Childhood obesity prevention: Successful Community-based efforts*. I: The annals of the American Academy of Political and Social Science 2008; 615; 83.

Flodmark, Carl-Erik; Lissau, Inge og Pietrobelli, Angelo (2004): *Does educational level influence the effects of smoking, alcohol, physical activity, and obesity on mortality? A prospective population study*. Scandinavian Journal of Public Health, 32:4, 250 – 256.

Juel, Knud; Sørensen, Jan og Brønnum-Hansen, Henrik (2006): *Risikofaktorer og folkesundhed i Danmark*. Statens Institut for Folkesundhed. Copyright © Statens Institut for Folkesundhed, København, juni 2006.

Krasnik, Allan og Rasmussen, Niels Kristian (2002): *Reducing social inequalities in health: evidence, policy, and practice*. I: Scandinavian Journal of Public Health, 30:3, 1 – 5 (2002).

Nakhaie, M. Reza; Smylie, Lisa K. og Arnold, Robert (2007): *Social Inequalities, Social Capital, and Health of Canadians*. Review of Radical Political Economics 2007; 39; 562.

Robert, Stephanie A. og Reither, Eric N (2004): *A multilevel analysis of race, community disadvantage, and body mass index among adults in the US*. Social Science & Medicine 59 (2004) 2421–2434.

Sarlio-Lähteenkorva, Sirpa; Lissau, Inge og Lahelma, Eero (2005): *The social patterning of relative body weight and obesity in Denmark and Finland*. European Journal of Public Health, Vol. 16, No. 1, 36–40. 2005. © The Author 2005.

Sherman A. James, Angela Fowler-Brown, Trevillor E, Raghunathan and John Van Hoewyk (2006): *Life-Course Socioeconomic Position and Obesity in African American Women: The Pitt County Study*. American Journal of Public Health | March 2006. Vol 96. No. 3.

Wilkinson, Richard G. og Pickett, Kate E. (2006): *Income inequality and population health: A review and explanation of the evidence*. Social Science & Medicine 62 (2006) 1768–1784.

Bilagsgliste

Bilag 1 (Bilags CD):	Beskrivelse af databaser i første litteratursøgning
Bilag 2 (Bilags CD):	Individuelle søgekriterier og –resultater for første litteratursøgning.
Bilag 3 (Bilags CD):	Resultat af første litteratursøgning og kriterier for fravalg af artikler.
Bilag 4 (Bilags CD):	Artikler som ikke kunne findes (første litteratursøgning).
Bilag 5 (Bilags CD):	Formål og resultater for artikler fra første litteratursøgning.
Bilag 6:	Definition af overvægt - tabel (første litteratursøgning).
Bilag 7:	Hvordan opstår overvægt - tabel (første litteratursøgning).
Bilag 8:	Erfaringer med interventioner rettet mod svær overvægt - tabel (første litteratursøgning).
Bilag 9:	Socialt betinget fedme - tabel (første litteratursøgning).
Bilag 10:	Manglende evidens - tabel (første litteratursøgning).
Bilag 11 (Bilags CD):	Individuelle søgekriterier og –resultater for anden litteratursøgning.
Bilag 12:	Anden litteratursøgning – tabel.
Bilag 13:	Faktorer der kan påvirke et individs sundhed
Bilag 14:	Forebyggelse og sundhedsfremme i kommunerne - Spørgeskema
Bilag 15 (Bilags CD):	Folketal for samtlige kommuner i Danmark pr. 1. januar 2007.

Bilag 16 (Bilags CD):	Folketal for kommuner i Region Hovedstaden og Region Sjælland pr. 1. januar 2007.
Bilag 17 (Bilags CD):	Sundhed i Slagelse 2006 – Slagelse Kommunes Sundhedsprofil.
Bilag 18 (Bilags CD):	Sundhedsprofil for region og kommuner 2008 – Sundhedsprofil for Region Hovedstaden.
Bilag 19 (Bilags CD):	Andel af samtlige borgere, som har grundskolen, som den højeste fuldførte uddannelse i 2007.
Bilag 20 (Bilags CD):	Andel af samtlige borgere, som har grundskolen, som den højeste fuldførte uddannelse i 2007.
Bilag 21 (Bilags CD):	Andel af ledige borgere, samt borgere på kontanthjælp og på førtidspension i procent.
Bilag 22 (Bilags CD):	Ny organisation – Slagelse Organisationsbeskrivelse.
Bilag 23 (Bilags CD):	Sundhedspolitik for Slagelse Kommune 2008-2010.
Bilag 24 (Bilags CD):	Organisationsdiagrammer for Furesø Kommune.
Bilag 25 (Bilags CD):	Sundhedspolitik 2008 – Sundhedspolitik for Furesø Kommune.
Bilag 26 (Bilags CD):	Referat af Social- og Sundhedsudvalgsmøde d. 29.03.2007.
Bilag 27 (Bilags CD):	Bilag til referat af Social- og Sundhedsudvalgsmøde d. 29.03.2007.
Bilag 28 (Bilags CD):	Referat af Social- og Sundhedsudvalgsmøde d. 06-11-2006.
Bilag 29 (Bilags CD):	Transskriberet interview med Pernille Frandsen, Formand for Udvalget for Sundhed og Forebyggelse i Slagelse Kommune.

- Bilag 30 (Bilags CD): Transskriberet interview med Ragnhild Lindsø, Sundhedskonsulent i Center for Sundhed i Slagelse Kommune.
- Bilag 31 (Bilags CD): Transskriberet interview med Susanne Mortensen, Formand for Social- og Sundhedsudvalget i Furesø Kommune.
- Bilag 32 (Bilags CD): Transskriberet interview med Gitte Ammundsen, Sundhedschef i Sundheds- og Forebyggelsesafdelingen under Social- og Sundhedsforvaltningen i Furesø Kommune.
- Bilag 33 (Bilags CD): Referat af Social- og Sundhedsudvalgsmøde i Furesø Kommune d. 10-04-2008.
- Bilag 34: Interviewguide for Pernille Frandsen, Formand for Udvalget for Sundhed og Forebyggelse i Slagelse Kommune.
- Bilag 35: Interviewguide for Ragnhild Lindsø, Sundhedskonsulent i Center for Sundhed i Slagelse Kommune.
- Bilag 36: Interviewguide for Susanne Mortensen, Formand for Social- og Sundhedsudvalget i Furesø Kommune.
- Bilag 37: Interviewguide for Gitte Ammundsen, Sundhedschef i Sundheds- og Forebyggelsesafdelingen under Social- og Sundhedsforvaltningen i Furesø Kommune.
- Bilag 38 (Bilags CD): Referat af møde i Udvalget for Sundhed og Forebyggelse i Slagelse Kommune 02-05-2007
- Bilag 39 (Bilags CD): Styrelsesvedtægt for Slagelse Kommune.
- Bilag 40 (Bilags CD): Referat af møde i Udvalget for Sundhed og Forebyggelse i Slagelse Kommune.

Bilag 41 (Bilags CD):	Referat af Sundhedsrådsmøde i Furesø Kommune d. 30-08-2007
Bilag 42 (Bilags CD):	Referat af møde i Udvalget for Sundhed og Forebyggelse i Slagelse Kommune d. 07-02-2007.
Bilag 43 (Bilags CD):	Referat af møde i Udvalget for Sundhed og Forebyggelse i Slagelse Kommune d. 10-10-2007.
Bilag 44 (Bilags CD):	Referat af Sundhedsrådsmøde i Furesø Kommune d. 19-06-2007.
Bilag 45 (Bilags CD):	Referat af Social- og Sundhedsudvalgsmøde i Furesø Kommune d. 10-04-2008.
Bilag 46 (Bilags CD):	Referat af Sundhedsrådsmøde i Furesø Kommune d. 09-05-2008.
Bilag 47 (Bilags CD):	Referat af Social- og Sundhedsudvalgsmøde i Furesø Kommune d. 11-01-2007
Bilag 48 (Bilags CD):	Interview med Pernille Frandsen, Formand for Udvalget for Sundhed og Forebyggelse i Slagelse Kommune (lydfil).
Bilag 49 (Bilags CD):	Interview med Ragnhild Lindsø, Sundhedskonsulent i Center for Sundhed i Slagelse Kommune (lydfil).
Bilag 50 (Bilags CD):	Interview med Susanne Mortensen, Formand for Social- og Sundhedsudvalget i Furesø Kommune (lydfil)
Bilag 51 (Bilags CD):	Interview med Gitte Ammundsen, Sundhedschef i Sundheds- og Forebyggelsesafdelingen under Social- og Sundhedsforvaltningen i Furesø Kommune. (lydfil).

Bilag 6

Tabel til forskningsgennemgang – første del

Definition af overvægt

Forfatter og database	Formål	Resultater	Metode
WHO 2007 WHO	WHO beskriver sin rolle til at rådgive om politikker baseret på evidens. Denne rapport summerer op på en række forskningspapirer som er finansieret af WHO. Rapporten indeholder problemets omfang, implikationerne for sundhedssektoren og andre sektorer. Den giver også bud på nationale og regionale politikker for hele befolkningen, målrettede for individer med høj risiko og effektiv behandling af svært overvægtige individer.	Fedme-epidemien har været stærkt undervurderet i Europa og har ikke været helt accepteret som et strategisk regeringsproblem med væsentlige økonomiske implikationer. At forebygge svær overvægt bør være en vigtig faktor i folkesundhedsprogrammer. Lande og organisationer må med det samme øge investeringerne i forebyggelse, med særligt fokus på børn, unge og grupper med lav socioøkonomisk status. Anbefaler medlemsstaterne til at tænke mere risikobetonet i forebyggelsesarbejdet.	Rapporten er meget bred og fokuserer både på dokumentation, evidens på området, interventionsmuligheder m.m. Afsnittene er i vidt omfang baseret på forskningsresultater. Det er på baggrund af rapportens omfang vanskeligt at generalisere i forhold til hvilke kriterier, der er udvalgt i forhold til at indgå i undersøgelsen.
Colquitt m.fl. 2007 Cochrane Library	At undersøge effekten af operationsindgreb i forhold til svært overvægtige.	Generelt har patienterne fået forbedret livskvalitet ovenpå indgrebet. Overordnet tyder det på at indgrebene resulterer i større vægttab end konventionel behandling og at resultaterne bliver vedligeholdt i mindst otte år.	Et review af 26 randomiserede kontrollerede forsøg (RCT), som er fundet ved hjælp af søgning på databaser som Medline, Embase, Cochrane. Forskellige kirurgiske indgreb blev sammenlignet med ikke kirurgiske indgreb i forhold til livstruende overvægt.
WHO 1998 WHO	En omfattende rapport fra 2000, som omhandler forskellige aspekter af den globale fedme epidemi. Den har til hensigt at give anbefalinger til WHO Consultation on obesity.	Rapporten beskriver omfang, og definitioner af fedme. Desuden omhandler den hvordan svær overvægt opstår. Rapporten slutter af med konklusioner om forebyggelse, hvor det konstateres at svær overvægt ikke kan forebygges alene.	Rapporten er delt op i forskellige dele, der hver især skal afdække specifikke emner der vedrører overvægt. Generelt set gøres der brug af litteraturstudier for hvert enkelte emne, der bidrager til udfærdigelsen af den samlede rapport.
Wedderkopp m.fl. 2001 DEFF	Ser overordnet på faktorer der har indflydelse på fedme hos danske børn.	Årsagen til fedme er multifaktoriel og påvirkes af arvelighed, livsstil, sociale og kulturelle forhold, men kan meget kort beskrives som manglende ligevægt mellem energiindtag og energiforbrug.	En oversigtsartikel, der er baseret på gennemgang af forskningslitteratur. Søgekriterierne er ikke defineret

Bilag 7

Tabel til forskningsgennemgang – første del

Hvordan opstår overvægt

Forfatter og database	Formål	Resultater	Metode
Finkelstein m.fl. 2004 CRD	Undersøgelsen diskuterer: a) de underlæggende økonomiske sammenhæng som teknologisk fremskridt bag fedme-epidemien. b) de økonomiske konsekvenser af fedme c) statens rolle i at bekæmpe fedme-epidemien.	Diskussionen i denne artikel tyder på, at informations baserede strategier for at bekæmpe fedme ikke har så stor en virkning på nogle dele af en befolkning. Interventioner med mange forskellige facetter vil have den største chance for succes.	Studiet undersøger historisk data om hvordan livsstil og arbejdsmonster har udviklet sig siden 1960'erne og frem til i dag
WHO 1998. WHO	En omfattende rapport fra 2000, som omhandler forskellige aspekter af den globale fedme epidemi. Den har til hensigt at give anbefalinger til WHO Consultation on obesity.	Rapporten beskriver omfang, definitioner af fedme. Desuden omhandler den hvordan svær overvægt opstår. Rapporten slutter af med konklusioner om forebyggelse, hvor det konstateres at svær overvægt ikke kan forebygges alene.	Et systematisk review af 30 forskellige studier med fokus på kostindtagelse. Mønstre i kostindtagelse blev registreret ved hjælp af et kost-index. Disse er blevet behandlet i en klyngeanalyse.
Togo m. fl. 2001. DEFF	At gennemgå forskellige undersøgelser med henblik på at se om kostmønstre har en direkte sammenhæng med svær overvægt.	Der viser sig ikke nogen klar sammenhæng mellem mad-indtagelsesmønstre og fedme. Dog viser nogle af studierne en sammenhæng mellem kostmønstre, hvor en stor del af frugt og grønt kombineret med mindre del af kød, generelt medførte et lavere BMI.	Et systematisk review af 30 forskellige studier med fokus på kostindtagelse. Mønstre i kostindtagelse blev registreret ved hjælp af et kost-index. Disse er blevet behandlet i en klyngeanalyse.
Stallknecht & Galbo 2000. DEFF	En artikel der diskuterer hvor stor indflydelse fysisk aktivitet har på fedme. Eksempelvis om lav fysisk aktivitet disponerer for udvikling af fedme.	Lav fysisk aktivitet disponerer for fedme. Konditionstræning kan inducere et mindre vægttab.	En gennemgang af studier på området, resulterede i en udvælgelse af de væsentligste artikler på området. De nærmere søgekriterier på studiet er ikke tilgængeligt i artiklen.
Petersen & Sørensen 2003. DEFF	At undersøge om fysisk inaktivitet er grunden til svær overvægt eller konsekvensen af det.	Studiet støtter ikke op om at fysisk inaktivitet fremkalder svær overvægt, men antyder at svær overvægt leder til fysisk inaktivitet. Dette hænger sammen med at der skal bruges mere energi på en bestemt fysisk aktivitet idet man bærer rundt på mere vægt, hvilket reducerer motivationen for fysisk aktivitet.	Studiet er et observationsstudie der tager udgangspunkt i 5.821 testpersoner. Der blev indsamlet resultater fra tre surveys på forskellige tidspunkter for at udviklingen hos testpersonerne kunne spores.
Bar-Or 2000. ERIC	Oversigtsartikel om fedme i ungdommen, der søger at finde effektive programmer til forebyggelse af fedme	På baggrund af forskningslitteraturen konkluderer artiklen, at den bedste behandling af svær overvægt blandt børn og unge er forebyggelse som inkluderer inddragelse af familie, skole, og samfundet generelt.	Gennemgang af forskellige studier på området, hvor databaserne Cochrane, PubMed og Embase er gennemgået. konkrete udvælgelseskriterier er ikke beskrevet i artiklen
Wedderkopp m. fl. 2001. DEFF	Ser overordnet på faktorer der har indflydelse på fedme hos danske børn.	Årsagen til fedme er multifaktoriel og påvirkes af arvelighed, livsstil, sociale og kulturelle forhold, men kan meget kort beskrives som manglende ligevægt mellem energiindtag og energiforbrug.	En oversigtsartikel, der er baseret på gennemgang af forskningslitteratur. Søgekriterierne er ikke defineret
Pearson m.fl. 2006. DEFF	At belyse udviklingen i forekomsten af overvægt og svær overvægt blandt københavnske skolebørn.	Prævalensen af overvægt og fedme er steget foruroligende for både piger og drenge. Forfatterne diskuterer generelt hvordan fedme opstår og hvad der er gjort eller ikke gjort i forbindelse med forebyggelse af svær overvægt.	Datamaterialet består af journaloplysninger fra sundhedstjenesten i København. Højde og vægtmålinger blev foretaget ved ind- og udskoling. BMI blev beregnet på baggrund af dette.

Bilag 8

Tabel til forskningsgennemgang – første del

Erfaringer med interventioner rettet mod svær overvægt

Forfatter og database	Formål	Resultater	Metode
Brunner m. fl. 2007. Cochrane	At undersøge effekten af at stille råd om kost til rådighed for at opnå vedholdende kostforandringer, som skal mindske risikofaktorer for hjertekredsløb hos raske voksne.	Råd om kost ser ud til at have positiv effekt i forhold til at undgå risiko-faktorer for hjerte-kredsløb.	Et review der har gennemgået databaser som Cochrane, EMBASE, DARE m.fl. Studierne er udvalgt på baggrund af de varede mere end tre måneder, hvor man sammenligner grupper der enten får råd om kost eller ikke gør i denne periode.
Mann m.fl. 2007. ERIC	Forfatterne bag artiklen gennemgår studier af de langsigtede konsekvenser af kalorie-fattige diæter for at vurdere hvorvidt det at gå på diæt er en effektiv behandling af fedme.	Den videnskabelige litteratur viser, at diæter fører til vægttab på kort sigt, men der er ikke overbevisende resultater på lang sigt.	Der er gennemgået relevant forskningslitteratur på området ved hjælp af databaser som Cochrane, PubMed m.fl. Udvalgelseskriterierne af studierne var at de langsigtede konsekvenser af diæter er blevet målt. Kravet var at følge grupperne i minimum to år.
Shaw m. fl. 2007. Cochrane	At undersøge hvordan motion kan medvirke til vægttab hos overvægtige eller svært overvægtige.	De undersøgte studier viser, at mellem en tredjedel og to tredjedele af alle medvirkende i diætforsøg efterfølgende tager mere vægt på end de tabte via diæten.	Et review der gennemgår artikler fundet i databaser som Cochrane, PubMed, EMBASE m.fl. Udvalgelseskriterierne for at indgå i dette studie var, at det var kliniske forsøg med psykologiske interventioner imod en kontrolgruppe. At en af variableerne på udfaldet var vægt forandring, at deltagerne blev fulgt over minimum tre måneder og at de skulle være over 18 år.
Colquitt m.fl. 2007. Cochrane	At undersøge effekten af operationsindgreb i forhold til svært overvægtige.	Generelt har patienterne fået forbedret livskvalitet ovenpå indgrebet. Overordnet tyder det på at indgrebene resulterer i større vægttab end konventionel behandling og at resultaterne bliver vedligeholdt i mindst otte år.	Et review af 26 RCT, som er fundet ved hjælp af søgning på databaser som Medline, Embase, Cochrane. Forskellige kirurgiske indgreb blev sammenlignet med ikke-kirurgiske indgreb i forhold til livstruende overvægt.
Fernandes m. fl. 2007. Cochrane	At undersøge effekten af intragastic balloon indgreb i forbindelse med svært overvægtige	Evidens i denne undersøgelse er ikke så stor i forhold til at der er stor heterogenitet i de forskellige IGB forsøg. Desuden har der været besværligt at isolere virkningen af selve indgrebet, idet der blandt de involverede har været en stor motivation til at ændre spisevaner ved at følge et tilrettelagt kost program og en modifikation af de involveredes adfærd.	Et review der gennemgår artikler fundet i databaserne: Medline, EMBASE, Lilacs og Cochrane. Inkluderer studier, der som minimum rapporterer målinger efter fire uger. 395 patienter blev inkluderet i undersøgelse, der er brugt i reviewet.
Sundhedsstyrelsen 2003. SST	En nedsat arbejdsgruppe har til formål at medvirke til, at udarbejdelsen af en national plan sker på et relevant og veldokumenteret grundlag. Arbejdsgruppe skal sikre den faglige dokumentation samt give et kvalificeret bud på, hvad en plan kan og bør indeholde for at anviser løsninger og perspektiver på problemet i Danmark.	En bred oversigt omkring forebyggelse. Eksempelvis: Forebyggelsen bør rettes mod: befolkningen generelt, særligt udsatte grupper og personer med etableret overvægt. Metoder til forebyggelse: Videnskabelige grundlag mindre sikkert. Vanskeligt at isolere enkelte faktorer i interventionerne. Stor kompleksitet i forhold til at skabe sikker evidens. Bør ikke afholde myndigheder og institutioner fra at handle, hvis epidemien skal bremses.	Dataindsamlingen er primært sket ved hjælp af gennemgang af forskningsmateriale i forhold til hvert enkelte emne. Derfor er det ikke muligt at generalisere yderligere i forhold til metoderne, da det er en bred undersøgelse der forsøger at beskrive alle aspekter i forhold til hvordan overvægt opstår samt hvilke muligheder der er for forebyggelse og behandling.
Bar-Or 2000. ERIC	Oversigtsartikel om fedme i ungdommen, der søger at finde effektive programmer til forebyggelse af fedme	På baggrund af forskningslitteraturen konkluderer artiklen, at den bedste behandling af svær overvægt blandt børn og unge er forebyggelse som inkluderer inddragelse af familie, skole, og samfundet generelt.	En gennemgang af forskellige studier på området, hvor forskellige databaser som Cochrane, PubMed og Embase er gennemgået. De konkrete udvalgelseskriterier er ikke beskrevet i artiklen
Summerbell m. fl. 2007.	At undersøge effektiviteten af at forebygge svær overvægt hos børn	Kortsigtede adfærdsændringer er ikke sikre på at have en nyttelig effekt på lang sigt.	MEDLINE, PsycINFO, EMBASE, CINAHL og CENTRAL blev søgt

Cochrane Library	via kost, fysisk aktivitet og/eller livsstil og social støtte.	Der bør fokuseres på at overveje vedvarende og miljømæssige forandringer sammenholdt med en samtidig adfærdsændring	efter artikler for perioden 1990 til 2005. RCT med minimum varighed af 12 uger blev inddraget
Fogelholm og Lahti-Koski 2002. CRD	Artiklen undersøger forskellige politiske interventioners virkning i forhold til forebyggelse med hensyn til hjertekarsygdomme, med kostomlægninger og fysisk aktivitet som de væsentligste interventioner.	Undersøgelsen konkluderer at et øget energiforbrug alene ikke har den ønskede virkning. I stedet opfordres der til øgede interventioner i de lokale fysiske og sociale miljøer. Artiklen kritiserer offentlige tiltag mod fedme for ikke at have haft den ønskede effekt. Det anbefales bl.a. at der bør være støtte fra nogle nationale love og regulerings politikker.	Medline blev benyttet til at identificere studier. Fokus i designet var at undersøge ændringer i adfærd i forhold til fysisk aktivitet og kost på baggrund af interventionerne.
Sundhedsstyrelsen 2006 SST	En systematisk gennemgang af forskningsbaseret litteratur der belyser effekten af skolebaserede interventioner til at forebygge overvægt.	Litteraturen viser at børneovervægt er svær at behandle og at behandlingen kun hjælper en lille del af de overvægtige børn. En forebyggende indsats der modvirker dette er derfor vigtigt.	Studiet er en gennemgang af forskning på området. Inklusionskriterier: Studier skulle omhandle interventioner iværksat på skole niveau med formålet at forebygge børneovervægt. Studier skulle indeholde kontrolgruppe. Og gængse metoder for at måle overvægt skulle være anvendt.
Yadrick 2005. ERIC	En informativ artikel om fedme	Det er vigtigt at det samfund der omkranser individet er medspiller i kampen mod fedme - både familie og lokalsamfund – her er skolen en vigtig arena .Lokalstyrer må ændre deres politik, så den støtter øget fysisk aktivitet. Fedmeepidemiens omfang kræver indsats og samarbejde mellem mange plan: Regerings-, lokalstyre-, organisations-, ekspert-, familie-, individplan.	Artiklen diskuterer på baggrund af demografiske tabeller, BMI, økonomiske nøgletal m.m.
WHO 2006 WHO	En rapport der samler evidensbaseret viden om hvor effektivt økonomiske instrumenter kan forebygge og behandle svær overvægt.	Ingen direkte evidens om et kausal forhold mellem politikbaserede økonomiske instrumenter og indtagelse af mad. Indirekte evidens indikerer at en sammenhæng er plausibel, selvom det mangler at blive demonstreret i studier i kommunale omgivelser. Et andet studie i USA finder en forbindelse mellem prisforskelle og BMI hos små børn. Disse studier giver indirekte evidens for effekt af pris forskelle på fødeindtagelse og vægt, men der er forbehold i forhold til generaliseringen.	Dette er en oversigtsrapport, der indhenter viden i et bredt omfang i forhold til svær overvægt. Det er baseret på gennemgang af forskning i databaser som MEDLINE, Cochrane, EMBASE. Udvælgelseskriterierne er forskellige i forhold til hvert område og der kan derfor ikke opstilles nogle generelle kriterier for denne undersøgelse.

Bilag 9

Tabel til forskningsgennemgang – første del

Socialt betinget fedme

Forfatter og database	Formål	Resultater	Metode
Suadicani m. fl. 2005. DEFF	At undersøge om livsstilsfaktorer, der er forbundet med svær overvægt er ujævnt fordelt på tværs af sociale grupper og om en ujævn fordeling af disse er med til at forklare sociale forskelle i udvikling af svær overvægt.	Fysisk aktivitet, indtagelse af alkohol, rygevaner, brug af sukker i varme drikke, indtagelse af kaffe og te, var alle signifikant forbundet med svær overvægt, enten positivt eller negativt. Yderligere var der i alle disse faktorer en signifikant sammenhæng med svær overvægt, enten positivt eller negativt. Dette forklarer dog ikke alene sammenhængen med svær overvægt og social status. I dette studie var tilfældet af svær overvægt to-tre gange større i den laveste sociale inddeling i forhold til de to øverste.	Dette er et cross-sectionalt design der tager udgangspunkt i, at 3.290 personer blev målet og vejjet, hvorefter de skulle besvare spørgsmål om arbejde, uddannelse m.m. På denne baggrund blev de opdelt i 5 sociale klasser og det var ud fra disse klasser sammenhængen mellem overvægt og social gruppe kunne observeres.
Halkjær m. fl. 2003. DEFF	At undersøge forskelle i forekomsten af svær overvægt på baggrund af fødselssted, tilflytningssted, intelligens eller uddannelse.	De regionale forskelle i forekomsten af svær overvægt kunne ikke forklares af fødselssted eller tilvalgt flytning, men uddannelsesniveau og intelligens test kunne forklare nogle af forskellene.	2948 mænd med en gennemsnitsalder på 19, blev i perioden 1966-1977 målt og vejjet. Ved at benytte regressions analyser, blev der undersøgt sammenhæng mellem overvægt og svar på intelligenstest og uddannelsesniveau samt fødselssted.

Bilag 10

Tabel til forskningsgennemgang – første del

Manglende evidens

Forfatter og database	Formål	Resultater	Metode
Summerbell m. fl. 2002. CRD	En artikel der samler forskningsevidensen vedrørende forebyggelse og behandling af svær overvægt hos børn. Opsamler forskellige forskningsresultater fra før 2002.	Undersøgelsen samler nogle forskellige resultater der vedrører sundhedsfremme, fysisk aktivitet, familie-baserede programmer, farmakologiske programmer m.m. Forskellige resultater indenfor hver del. Men forfatterne savner evidens mht. kost-effektivitet af interventioner.	35 studier, baseret på gennemgang af Cochrane reviews er medbragt i denne forskningsgennemgang. Kun studier med over 20 deltagere er medbragt.
Kristjansson m. fl. 2007. Cochrane	At undersøge effekten af skolemad-programmer, hvorvidt disse kan forbedre det fysiske og psykiske helbred for underbemidlede skolebørn.	Skolemadsprogrammer kan have en mindre nytte for underbemidlede børn. Ikke decideret fokus iforhold til fedme, men mere i forhold til en overordnet sund og ernærende kost for fattige børn.	Review der gennemgår databaser som CENTRAL, Medline, Embase m.fl. Indtagelsen af maden skal som et søgekriterium foregå på skolerne og flertallet af de involverede skulle være socio-økonomisk dårligt stillet
Thomas m. fl. 2004. CRD	At undersøge effektiviteten af interventioner rettet mod børn og unge i forhold til forbedret indtagelse af kost, reduktion af fysisk inaktivitet, øget fysisk aktivitet, og kombinationen af disse. En evaluering af interventioner i Canada.	Fremme af fysisk aktivitet og Ernæringsvejledning: Blandede resultater, forfatterne henviser til at der må arbejdes mere på dette felt, før der kan konkluderes noget endeligt om effektiviteten på dette område. Uden storstilede indsatser fra stat og store civile aktører er det svært for forskere at lave projekter der evaluerer effekten af miljømæssige forandringer med henblik på at reducere antallet af svært overvægtige.	En omfattende litteratursøgning, der fokuserer på at inkludere primærartikler. Der er søgt i en række databaser, herunder: Biosis, Medline og CINAHL. Der indgår 5 kriterier i søgningen, herunder: skal være brugbart i forhold til interventioner i Canada. Der skal indgå personer i alderen 6-18 år i populationen. Kun studier der involverer en kontrol gruppe er relevant.
Indenrigs- og Sundhedsministeriet 2002.	Et sundhedsprogram, hvor der bliver opstillet overordnede mål samt delmål for perioden 2002-10.	Overordnede målsætninger i forhold til folkesundheden og herunder delmål i forbindelse med de enkelte risikofaktorer.	Et politisk program, der bygger økonomiske nøgletal, demografi og lignende.
Svendsen m. fl. 2001. DEFF	I forbindelse med artiklen blev en Task Force nedsat. Task forcens opgave var, at undersøge fedme i Danmark og muligheder for at forebygge og behandle overvægt og fedme.	Fedmeudviklingen kan formentlig kun vendes, hvis fysiske, politiske, økonomiske og sociale og kulturelle strategier integreres i såvel det nære miljø som på regionalt eller nationalt plan.	Det er vanskeligt at sige noget generelt om indsamlingsmetoderne udover de primært baserer søgningen på databaser som Cochrane, Medline, Embase. Dette skyldes, at undersøgelsen er meget bred og metoderne derfor forskellige.

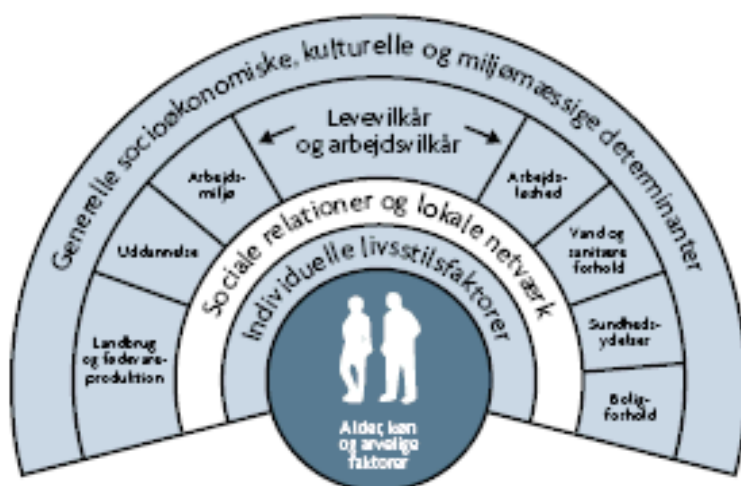
Bilag 12

Tabel til forskningsgennemgang – anden del

Forfatter og database	Formål	Resultater	Metode
Sherman A. James, Angela Fowler-Brown, Trevillore E, Raghunathan and John Van Hoewyk (2006). Psycinfo	At undersøge svær overvægt i forhold til afro-amerikanske kvinders socioøkonomiske status.	Sandsynligheden for at blive svært overvægtig er dobbelt så stor i gruppen med lav socioøkonomisk status i forhold til gruppen med høj socioøkonomisk status.	Baseret på interviews af en stor gruppe kvinder i 1988 og geninterviews i 2001. Respondenterne blev bedt om at forklare de socioøkonomiske vilkår i barndommen, ud fra nogle kriterier baseret på forældres beskæftigelse. Disse data bliver forhold til udviklingen af vægt.
Robert, Stephanie A. og Reither, Eric N (2004). CSA Illunina	At undersøge socioøkonomiske sammenhænge i forhold til at afro-amerikanske voksne i USA generelt er mere overvægtige end resten af befolkningen.	På trods af at socioøkonomiske faktorer kunne delvis forklare en sammenhæng i forhold til overvægt, var der stadig en forskel i forhold til race hos kvinder.	Baseret på interviews af 3617 voksne, hvor der samtidig inddrages indikatorer som vægt, højde, indkomst, uddannelsesniveau og lignende. Disse indikatorer benyttes til at vurdere den generelle sammenhæng mellem graden af overvægt og socioøkonomisk status. Derefter vurderes den i forhold til race, for at se om der stadig er en forskel.
DeMattia, Laure og Denney, Shannon Lee (2008). CSA Illunina	At fokusere på samfundsmæssige faktorer der påvirker børns vægtstatus. Der gennemgås interventionsprogrammer for at evaluere effekten af disse.	Nogle af interventionsprogrammerne var effektive. Der efterlyses i højere grad nationale tiltag (USA) i forhold til at reagere på fedmeepidemien.	Gennemgang af forskningslitteratur på området (ikke nærmere anvist i artiklen hvordan søgningen er foretaget), samt evalueringer af enkelte projekter der forholder sig til børnefedme.
Wilkinson, Richard G. og Pickett, Kate E. (2006). CSA Illunina	Gennemgang af litteratur der undersøger sammenhæng mellem social ulighed i indkomst og sundhed.	Gennemgangen af de 168 studier resulterede i, at der kunne spores en sammenhæng mellem svær overvægt og indkomst i de tilfælde hvor lav indkomst måles som social ulighed.	Review af 168 forskellige studier. Disse blev opdelt i tre kategorier i forhold til hypotesen om at indkomst og fedme har en kausal sammenhæng: Støttende, delvis støttende og imod.
Nakhaie, M. Reza; Smylie, Lisa K. og Arnold, Robert (2007). CSA Illunina	At teste social ulighed og social kapital i forhold til sundhed.	Resultaterne underbygger at social kapital har en indflydelse i forhold til sundhed. Social ulighed har større forklaringskraft end social kapital i forhold til at forklare sammenhæng i forhold til sundhed. Kan dog hænge sammen med at undersøgelsen foregår i Canada, hvor velfærdssystemet er anderledes indrettet i Danmark, hvorfor ressourcspørgsmålet har større betydning.	Forskningsgennemgang af litteratur der omhandler relationen mellem sundhed og social ulighed. Der bruges data fra National Population Health Survey til at teste sammenhængen.
Flodmark, Carl-Erik; Lissau, Inge og Pietrobelli, Angelo (2004). SIF	At undersøge om der er en sammenhæng mellem forskellige sundhedsmæssige risikofaktorer og dødelighed i forhold til socioøkonomisk status.	Forskellene i tilstedeværelse af risikofaktorer hos de forskellige grupper kan være en forklaring i forhold til risiko for dødelighed. Disse risikofaktorer vurderes til at være lige risikofyldte på alle uddannelsesniveauer.	Baseret på informationer fra 14.399 kvinder og 16.236 mænd i København. Disse var opdelt i tre forskellige uddannelsesniveauer.
Krasnik, Allan og Rasmussen, Niels Kristian (2002). SIF	En artikel der fokuserer på problematikken omkring social ulighed i sundhed og retter fokus mod den manglende evidens der foreligger på dette område.	Der mangler evidens for interventioner der kan rette op på social ulighed i sundhed	En diskussionsartikel, der tager udgangspunkt i en international sundhedskonference i København i september 2000.
Juel, Knud; Sørensen, Jan og Brønnum-Hansen, Henrik (2006). SIF	En rapport der præsenterer en samlet, bred beskrivelse og analyse af udvalgte risikofaktorer betydning for folkesundheden i Danmark.	Udvikling af fedme er et komplekst samspil mellem forskellige faktorer som socioøkonomiske forhold, kulturelle og miljømæssige vilkår, sociale relationer og individuelle livsstilsfaktorer.	En rapport der fokuserer meget bredt, hvilket gør det vanskeligt at generalisere i forhold til hvilke metodekriterier.
Brønnum-Hansen, Henrik (2006). SIF	At vurdere om udviklingen i danskernes dødelighed gælder uanset uddannelsesniveau.	Det generelle fald i dødelighed var socialt ulige fordelt. Faldet har været mindst blandt de lavtuddannede.	Oplysninger om dødelighed blev forholdt til tre forskellige uddannelsesniveauer og beregnet i forhold til at sammenligne dødelighed og uddannelsesniveau over tid mellem grupper.
Sarlio-Lähteenkorva, Sirpa; Lissau, Inge og Lahelma, Eero (2005). SIF	At analysere udviklingen i overvægt på baggrund af erhvervsstatus, uddannelse og civil status. Resultaterne i Danmark sammenlignes med resultaterne fra Finland.	Mænd og kvinder i Finland havde større tendens til at være overvægtige. Betydningen af socioøkonomiske forhold var ens i begge lande i forhold til udviklingen af overvægt.	Et komparativt studie baseret på danske og finske registre. Regressionsanalyse blev benyttet til at analysere mønstre af udvikling i overvægt i forhold til uddannelsesniveau, erhvervsstatus og civil status.

Bilag 13

Faktorer der kan påvirke et individs sundhed.



Kilde: SIF 2006, s. 18

Bilag 34

Politiker i Slagelse Kommune :

Pernille Frandsen (V), Udvalget for Sundhed og Forebyggelse.

Hvad er dit navn og stilling?

Styring:

Hvilke af kommunens forvaltninger har medvirket i udformningen af kommunens sundhedspolitik?

- Hovedansvar?

Styring:

Hvilke forvaltninger har medvirket ved udvælgelsen af kommunens indsatsområder på sundhedsfremme og forebyggelsesområdet?

Praksisbegreb:

Hvilke indsatsområder har kommunen valgt at fokusere på inden for forebyggelse og sundhedsfremme?

- Rygning? Fedme?

Public Choice:

Hvilke faktorer har haft indflydelse på kommunens valg af indsatsområder?

- Politiske prioriteringer og mærkesager?

Praksisbegreb/Styring:

Prøv at forklar hvordan processen har været i forhold til forberedelse og vedtagelse af de større forebyggende tiltag i kommunen.

- Er det kommunalbestyrelsen eller forvaltningen der tager initiativ til de konkrete interventioner?
- Er det kommunalbestyrelsen eller forvaltningen der foretager den endelige vedtagelse af konkrete interventioner?

Styring:

Hvordan har ansvarsfordelingen mellem sundhedsudvalg/kommunalbestyrelse og forvaltningen været i udvælgelse og tilrettelæggelse af indsatsområder?

I de følgende spørgsmål vil vi gerne have dig til at tænke specifikt på området for overvægt.

Styring/Praksisbegreb/Public Choice:

Hvilke målgrupper har kommunen valgt at igangsætte initiativer for på området for overvægt?

- Hvorfor disse grupper? (manglende evidens, erfaringer med gruppen?)
- Hvis der bliver sagt sociale grupper, så bed om en uddybning.

Praksisbegreb/Public Choice:

I forbindelse med planlægningen af forebyggende initiativer, bliver der så taget hensyn til hvilke grupper, der virker mest motiverede i forhold til at ville deltage og gennemføre initiativerne?

- Kan en manglende motivation hos gruppen være medvirkende til at man i højere grad vælger andre grupper.

Public Choice:

Mener du, at forvaltningen en interesse i at satse på forebyggelsestiltag for målgrupper med større chance for succes?

- Hvorfor?
- (Hvis hun svarer nej: Tror du ikke, at hvis forvaltningen opnår gode resultater med sine tiltag, så er der større grobund for at få tildelt samme eller større mængde ressourcer i næste periode?)

Public Choice:

Har politikerne en interesse i at forebyggelsestiltag for målgrupper med større chance for succes bliver opprioriteret?

- Hvorfor?

- (Hvis afværgende svar: Kan man ikke forestille sig, at der bliver et negativt fokus på kommunalbestyrelsen eller enkelte politikere, hvis de afsatte ressourcer ikke anvendes optimalt og skaber resultater)

Public Choice:

Hvordan kan det ramme dig som politiker, hvis forebyggelsesinitiativer ikke får succes.

- Kan det have indflydelse for din karriere?
- Kan det have indflydelse i forhold til dine vælgere?

Praksisbegreb/Public Choice:

Er der nogle målgrupper som er sværere at lave effektive interventioner for end andre, som fx Børn og unge? Ældre? Befolkningen generelt? eller borgere på overførselsindkomster?

Praksisbegreb:

Hvordan vil du karakterisere folk på overførselsindkomster og folk med kort uddannelse, hvis du tænker på disse grupper som målgruppe for interventioner rettet mod overvægt?

- Har i mødt udfordringer i forhold til denne gruppe?
- Er kommunen i stand til at ændre adfærd hos denne gruppe (folk på overførselsindkomster og folk med kort uddannelse)? Når man tænker på forhold som personalemæssige og økonomiske ressourcer og gruppens motivation mv.

Public Choice:

Afspejler kommunens valg af initiativer inden for forebyggelse af overvægt borgernes forventninger?

Praksisbegreb:

Har borgerne i kommunen særligt fokus på bestemte grupper i forhold til overvægt?

- Er overvægt et i det hele taget noget som borgerne interesserer sig for?

Praksisbegreb:

Har der været fokus på socialt udsatte overvægtige i debatterne til møder i det politiske udvalg?

Styring:

Hvilke retningslinjer har politikerne givet forvaltningen i forbindelse med etableringen af forebyggelsestiltag?

Praksisbegreb/Styring/Public Choice:

Der står i jeres Sundhedspolitik, at kommunen via forskellige indsatser vil ”reducere den sociale ulighed i sundhed.” Er det en realistisk målsætning i forhold til overvægt?

(hvis tøvende så nævn forskningen på området)

Praksisbegreb/Styring/Public Choice:

Har politikerne givet forvaltningen nogle konkrete retningslinjer i forhold til at mindske uligheden i sundhed?

- at mindske uligheden i forhold til overvægt?

Styring:

Har i som politikere overladt noget handlekompetence til forvaltningen i forhold til at beslutte hvilke målgrupper man skal satse på inden for overvægt?

Må vi have lov til at kontakte dig telefonisk, hvis der efterfølgende opstår spørgsmål eller vi har behov for uddybende forklaringer.

Tak for din hjælp!

Bilag 35

Embedsmand i Slagelse Kommune:

Ragnhild Lindsø, sundhedskonsulent i Center for Sundhed

Hvad er din stilling?

Hvilke arbejdsopgaver varetager du?

Styring:

Hvilke af kommunens forvaltninger har medvirket i udformningen af kommunens sundhedspolitik?

- Hovedansvar?

Styring:

Hvilke forvaltninger har medvirket ved udvælgelsen af kommunens indsatsområder på sundhedsfremme og forebyggelsesområdet?

Public Choice:

Hvilke indsatsområder har kommunen valgt at fokusere på inden for forebyggelse og sundhedsfremme?

- Rygning? Fedme?

Public Choice:

Hvilke faktorer har haft indflydelse på kommunens valg af indsatsområder?

- Politiske prioriteringer og mærkesager?

Praksisbegreb/Styring:

Prøv at forklare hvordan processen har været i forhold til forberedelse og vedtagelse af de større forebyggende tiltag i kommunen.

- Er det kommunalbestyrelsen eller forvaltningen der tager initiativ til de konkrete interventioner?

- Er det kommunalbestyrelsen eller forvaltningen der foretager den endelige vedtagelse af konkrete interventioner?

Styring:

Hvordan har ansvarsfordelingen mellem sundhedsudvalg/kommunalbestyrelse og forvaltningen været i udvælgelse og tilrettelæggelse af indsatsområder?

I de følgende spørgsmål vil vi gerne have dig til at tænke specifikt på området for overvægt.

Styring/Praksisbegreb/Public Choice:

Hvilke målgrupper har kommunen valgt at igangsætte initiativer for på området for overvægt?

- Hvorfor disse grupper (manglende evidens, erfaringer med gruppen?)
- Hvis der bliver sagt sociale grupper, så bed om En uddybning.

Praksisbegreb/Public Choice:

I forbindelse med planlægningen af forebyggende initiativer, bliver der så taget hensyn til hvilke grupper, der virker mest motiverede i forhold til at ville deltage og gennemføre initiativerne?

- Kan en manglende motivation hos gruppen være medvirkende til at man i højere grad vælger andre grupper.

Public Choice:

Har forvaltningen en interesse i at satse på forebyggelsestiltag for målgrupper med større chance for succes?

- Hvorfor?
- (Hvis ikke hun kommer ind på pengene som argument): Tror du ikke, at hvis forvaltningen opnår gode resultater med sine tiltag, så er der større grobund for at få tildelt samme eller større mængde ressourcer i næste periode?

Public Choice:

Har politikerne en interesse i at forebyggelsestiltag for målgrupper med større chance for succes bliver opprioriteret?

- Hvorfor?
- (Hvis afværgende svar: Kan man ikke forestille sig, at der bliver et negativt fokus på kommunalbestyrelsen eller enkelte politikere, hvis de afsatte ressourcer ikke anvendes optimalt og skaber resultater)

Public Choice:

Hvordan kan det ramme de ansatte i forvaltningen, hvis tiltag ikke får succes?

- Kan det have indflydelse for deres karriere?
- (Hvis afværgende svar: Kan man ikke forestille sig, at der bliver et negativt fokus på forvaltningen eller enkeltpersoner, hvis de afsatte ressourcer ikke anvendes optimalt og skaber resultater)

Praksisbegreb/Public Choice:

Er der nogle målgrupper som er sværere at lave effektive interventioner for end andre, som fx Børn og unge? Ældre? Befolkningen generelt? eller borgere på overførselsindkomster?

Praksisbegreb:

Hvordan vil du karakterisere folk på overførselsindkomster og folk med kort uddannelse, hvis du tænker på disse grupper som målgruppe for interventioner rettet mod overvægt?

- Har i mødt udfordringer i forhold til denne gruppe?
- Er kommunen i stand til at ændre adfærd hos denne gruppe (folk på overførselsindkomster og folk med kort uddannelse)? Når man tænker på forhold som personalemæssige og økonomiske ressourcer og gruppens motivation mv.

Public Choice:

Afspejler kommunens valg af initiativer inden for forebyggelse af overvægt borgernes forventninger?

Praksisbegreb:

Har borgerne i kommunen særligt fokus på bestemte grupper i forhold til overvægt?

- Er overvægt et i det hele taget noget som borgerne interesserer sig for?

Praksisbegreb:

Er embedsmændene i forvaltningen fagligt rustet til at håndtere forebyggelsestiltag for socialt udsatte?

Styring:

Hvilke retningslinjer har politikerne givet forvaltningen i forbindelse med etableringen af forebyggelsestiltag?

Praksisbegreb/Styring/Public Choice:

Der står i jeres Sundhedspolitik, at kommunen via forskellige indsatser vil ”reducere den sociale ulighed i sundhed.” Er det en realistisk målsætning i forhold til overvægt?

(hvis tøvende så nævn forskningen på området)

Praksisbegreb/Styring/Public Choice:

Har politikerne givet forvaltningen nogle konkrete retningslinjer i forhold til at mindske uligheden i sundhed?

- at mindske uligheden i forhold til overvægt?

Styring:

Har forvaltningen selv skulle træffe beslutninger ud fra saglige betragtninger i forhold til etableringen af forebyggelsestiltag i kommunen?

Må vi have lov til at kontakte dig telefonisk, hvis der efterfølgende opstår spørgsmål eller vi har behov for uddybende forklaringer.

Tak for din hjælp!

Bilag 36

Politiker i Furesø Kommune:

Susanne Mortensen (C), Formand for Social- og sundhedsudvalg og Sundhedsrådet.

Hvad er dit navn og stilling?

Hvad er Sundhedsrådets rolle?

- Evt. uddybende spørgsmål.

Styring:

Hvordan foregår samarbejdet mellem sundhedsudvalg, forvaltning og sundhedsråd?

Styring:

Hvilke af kommunens forvaltninger har medvirket i udformningen af kommunens sundhedspolitik?

- Hovedansvar?

Styring:

Hvilke forvaltninger har medvirket ved udvælgelsen af kommunens indsatsområder på sundhedsfremme og forebyggelsesområdet?

Praksisbegreb:

Hvilke indsatsområder har kommunen valgt at fokusere på inden for forebyggelse og sundhedsfremme?

- Rygning? Fedme?

Public Choice:

Hvilke faktorer har haft indflydelse på kommunens valg af indsatsområder?

- Politiske prioriteringer og mærkesager?

Praksisbegreb/Styring:

Prøv at forklar hvordan processen har været i forhold til forberedelse og vedtagelse af de større forebyggende tiltag i kommunen.

- Er det kommunalbestyrelsen eller forvaltningen der tager initiativ til de konkrete interventioner?
- Er det kommunalbestyrelsen eller forvaltningen der foretager den endelige vedtagelse af konkrete interventioner?

Styring:

Hvordan har ansvarsfordelingen mellem sundhedsudvalg/kommunalbestyrelse og forvaltningen været i udvælgelse og tilrettelæggelse af indsatsområder?

I de følgende spørgsmål vil vi gerne have dig til at tænke specifikt på området for overvægt.

Styring/Praksisbegreb/Public Choice:

Hvilke målgrupper har kommunen valgt at igangsætte initiativer for på området for overvægt?

- Hvorfor disse grupper? (manglende evidens, erfaringer med gruppen?)
- Hvis der bliver sagt sociale grupper, så bed om en uddybning.

Praksisbegreb/Public Choice:

I forbindelse med planlægningen af forebyggende initiativer, bliver der så taget hensyn til hvilke grupper, der virker mest motiverede i forhold til at ville deltage og gennemføre initiativerne?

- Kan en manglende motivation hos gruppen være medvirkende til at man i højere grad vælger andre grupper.

Public Choice:

Mener du, at forvaltningen en interesse i at satse på forebyggelsestiltag for målgrupper med større chance for succes?

- Hvorfor?

- (Hvis hun svarer nej: Tror du ikke, at hvis forvaltningen opnår gode resultater med sine tiltag, så er der større grobund for at få tildelt samme eller større mængde ressourcer i næste periode?)

Public Choice:

Har politikerne en interesse i at forebyggelsestiltag for målgrupper med større chance for succes bliver opprioriteret?

- Hvorfor?

- (Hvis afværgende svar: Kan man ikke forestille sig, at der bliver et negativt fokus på kommunalbestyrelsen eller enkelte politikere, hvis de afsatte ressourcer ikke anvendes optimalt og skaber resultater)

Public Choice:

Hvordan kan det ramme dig som politiker, hvis forebyggelsesinitiativer ikke får succes.

- Kan det have indflydelse for din karriere?
- Kan det have indflydelse i forhold til dine vælgere?

Praksisbegreb/Public Choice:

Er der nogle målgrupper som er sværere at lave effektive interventioner for end andre, som fx Børn og unge? Ældre? Befolkningen generelt? eller borgere på overførselsindkomster?

Praksisbegreb:

Hvordan vil du karakterisere folk på overførselsindkomster og folk med kort uddannelse, hvis du tænker på disse grupper som målgruppe for interventioner rettet mod overvægt?

- Har i mødt udfordringer i forhold til denne gruppe?
- Er kommunen i stand til at ændre adfærd hos denne gruppe (folk på overførselsindkomster og folk med kort uddannelse)? Når man tænker på forhold som personalemæssige og økonomiske ressourcer og gruppens motivation mv.

Public Choice:

Afspejler kommunens valg af initiativer inden for forebyggelse af overvægt borgernes forventninger?

Praksisbegreb:

Har borgerne i kommunen særligt fokus på bestemte grupper i forhold til overvægt?

- Er overvægt et i det hele taget noget som borgerne interesserer sig for?

Praksisbegreb:

Har der været fokus på socialt udsatte overvægtige i debatterne til møder i det politiske udvalg (og i Sundhedsrådet)?

Styring:

Hvilke retningslinjer har politikerne givet forvaltningen i forbindelse med etableringen af forebyggelsestiltag?

Praksisbegreb/Styring/Public Choice:

Der står i jeres Sundhedspolitik under værdier, at et af grundlagene for sundhedsarbejdet er, at "der skal være lighed i sundhed". Er det en realistisk målsætning i forhold til overvægt?

(hvis tøvende så nævn forskningen på området)

Praksisbegreb/Styring/Public Choice:

Har politikerne givet forvaltningen nogle konkrete retningslinjer i forhold til at mindske uligheden i sundhed?

- at mindske uligheden i forhold til overvægt?

Styring:

Har i som politikere overladt noget handlekompetence til forvaltningen i forhold til at beslutte hvilke målgrupper man skal satse på inden for overvægt?

Må vi have lov til at kontakte dig telefonisk, hvis der efterfølgende opstår spørgsmål eller vi har behov for uddybende forklaringer?

Tak for din hjælp!

Bilag 37

Embedsmand i Furesø Kommune:

Gitte Ammundsen, Sundhedschef, Social og Sundhedsforvaltningen.

Hvad er dit navn og stilling?

Hvilke arbejdsopgaver varetager du?

Hvad er Sundhedsrådets rolle?

- Evt. uddybende spørgsmål.

Hvordan foregår samarbejdet mellem sundhedsudvalg, forvaltning og sundhedsråd?

Styring:

Hvilke af kommunens forvaltninger har medvirket i udformningen af kommunens sundhedspolitik?

- Hovedansvar?

Styring:

Hvilke forvaltninger har medvirket ved udvælgelsen af kommunens indsatsområder på sundhedsfremme og forebyggelsesområdet?

Public Choice:

Hvilke indsatsområder har kommunen valgt at fokusere på inden for forebyggelse og sundhedsfremme?

- Rygning? Fedme?

Public Choice:

Hvilke faktorer har haft indflydelse på kommunens valg af indsatsområder?

- Politiske prioriteringer og mærkesager?

Praksisbegreb/Styring:

Prøv at forklare hvordan processen har været i forhold til forberedelse og vedtagelse af de større forebyggende tiltag i kommunen.

- Er det kommunalbestyrelsen eller forvaltningen der tager initiativ til de konkrete interventioner?
- Er det kommunalbestyrelsen eller forvaltningen der foretager den endelige vedtagelse af konkrete interventioner?

Styring:

Hvordan har ansvarsfordelingen mellem sundhedsudvalg/kommunalbestyrelse og forvaltningen været i udvælgelse og tilrettelæggelse af indsatsområder?

I de følgende spørgsmål vil vi gerne have dig til at tænke specifikt på området for overvægt.

Styring/Praksisbegreb/Public Choice:

Hvilke målgrupper har kommunen valgt at igangsætte initiativer for på området for overvægt?

- Hvorfor disse grupper (manglende evidens, erfaringer med gruppen?)
- Hvis der bliver sagt sociale grupper, så bed om En uddybning.

Praksisbegreb/Public Choice:

I forbindelse med planlægningen af forebyggende initiativer, bliver der så taget hensyn til hvilke grupper, der virker mest motiverede i forhold til at ville deltage og gennemføre initiativerne?

- Kan en manglende motivation hos gruppen være medvirkende til at man i højere grad vælger andre grupper.

Public Choice:

Har forvaltningen en interesse i at satse på forebyggelsestiltag for målgrupper med større chance for succes?

- Hvorfor?

- (Hvis ikke hun kommer ind på pengene som argument): Tror du ikke, at hvis forvaltningen opnår gode resultater med sine tiltag, så er der større grobund for at få tildelt samme eller større mængde ressourcer i næste periode?

Public Choice:

Har politikerne en interesse i at forebyggelsestiltag for målgrupper med større chance for succes bliver opprioriteret?

- Hvorfor?

- (Hvis afværgende svar: Kan man ikke forestille sig, at der bliver et negativt fokus på kommunalbestyrelsen eller enkelte politikere, hvis de afsatte ressourcer ikke anvendes optimalt og skaber resultater)

Public Choice:

Hvordan kan det ramme de ansatte i forvaltningen, hvis tiltag ikke får succes?

- Kan det have indflydelse for deres karriere?
- (Hvis afværgende svar: Kan man ikke forestille sig, at der bliver et negativt fokus på forvaltningen eller enkeltpersoner, hvis de afsatte ressourcer ikke anvendes optimalt og skaber resultater)

Praksisbegreb/Public Choice:

Er der nogle målgrupper som er sværere at lave effektive interventioner for end andre, som fx Børn og unge? Ældre? Befolkningen generelt? eller borgere på overførselsindkomster?

Praksisbegreb:

Hvordan vil du karakterisere folk på overførselsindkomster og folk med kort uddannelse, hvis du tænker på disse grupper som målgruppe for interventioner rettet mod overvægt?

- Har i mødt udfordringer i forhold til denne gruppe?
- Er kommunen i stand til at ændre adfærd hos denne gruppe (folk på overførselsindkomster og folk med kort uddannelse)? Når man tænker på forhold som personalemæssige og økonomiske ressourcer og gruppens motivation mv.

Public Choice:

Afspejler kommunens valg af initiativer inden for forebyggelse af overvægt borgernes forventninger?

Praksisbegreb:

Har borgerne i kommunen særligt fokus på bestemte grupper i forhold til overvægt?

- Er overvægt et i det hele taget noget som borgerne interesserer sig for?

Praksisbegreb:

Er embedsmændene i forvaltningen fagligt rustet til at håndtere forebyggelsestiltag for socialt udsatte?

Styring:

Hvilke retningslinjer har politikerne givet forvaltningen i forbindelse med etableringen af forebyggelsestiltag?

Praksisbegreb/Styring/Public Choice:

Der står i jeres Sundhedspolitik under værdier, at et af grundlagene for sundhedsarbejdet er, at "der skal være lighed i sundhed". Er det en realistisk målsætning i forhold til overvægt?

(hvis tøvende så nævn forskningen på området)

Praksisbegreb/Styring/Public Choice:

Har politikerne givet forvaltningen nogle konkrete retningslinjer i forhold til at mindske uligheden i sundhed?

- at mindske uligheden i forhold til overvægt?

Styring:

Har forvaltningen selv skulle træffe beslutninger ud fra saglige betragtninger i forhold til etableringen af forebyggelsestiltag i kommunen?

Må vi have lov til at kontakte dig telefonisk, hvis der efterfølgende opstår spørgsmål eller vi har behov for uddybende forklaringer.

Tak for din hjælp!