

# Borgerinddragelse i et socialt udsat boligområde - Et casestudie

## **Kandidatspeciale**

Kandidat i Folkesundhedsvidenskab · School of Medicine & Health · Aalborg Universitet

**Udarbejdet af:** Anita Egholm Jensen · Jonathan Egeris Groth · Julie Holm Thøgersen

**Vejleder:** Kirsten Schultz Petersen

**Antal anslag med mellemrum:** 237.283.

**Aflveringsdato:** 1. juni 2016



## Resumé

**Problemstilling:** Borgere i socialt udsatte boligområder har større sygelighed end den øvrige befolkning, hvorfor denne arena synes relevant i forbindelse med at reducere den sociale ulighed i sundhed.

Borgerinddragelse fremgår som en central tilgang til dette, men der foreligger imidlertid ikke en entydig forståelse af hvordan borgerinddragelse bør tilgås.

**Formål:** At undersøge muligheder og begrænsninger ved borgerinddragelse i en boligsocial kontekst, og på baggrund heraf udarbejde anbefalinger til det fremadrettede kommunale arbejde med borgerinddragelse i en boligsocial kontekst.

**Metode:** Metoden tog udgangspunkt i et casestudiedesign og omfattede otte semistrukturerede interviews med hhv. en projektleder og borgere i et socialt udsat boligområde. Disse blev fortolket gennem Bourdieus begreber habitus, felt og kapital og blev understøttet af et litteraturstudie.

**Resultater:** Af interviewresultaterne fremkom følgende centrale temaer: borgernes inddragelse i beslutningsprocesser, projektlederens position som ligeværdig med borgerne, projektlederens opsøgende arbejde, social interaktion som incitament for deltagelse, fokus på trivsel og mental sundhed, samt projektets videreførelse.

Af litteraturstudiets resultater fremkom følgende centrale temaer: Social interaktion fordrer deltagelse, aktiv deltagelse fordrer kompetencer og selvtillid, samt borgernes trivsel og self-efficacy har betydning for deres deltagelse.

**Konklusion:** Syv hovedtemaer for anbefalinger til det fremadrettede kommunale arbejde med borgerinddragelse i en boligsocial kontekst, formulerede sig: lad borgerne definere indsatsen, inddrag borgerne aktivt i udførelse af indsatsen, projektleder som ligeværdig med borgerne, vær opsøgende overfor borgerne, skab rammer der fordrer social interaktion, anerkend et behov for fokus på trivsel og mental sundhed, understøt indsatsens videreførelse - udbyg borgernes kompetencer, fortsæt økonomisk støtte til igangsatte aktiviteter

## **Abstract**

This paper examine the possibilities and limitations of citizen involvement in a residential social context and on the basis of the results of this will the paper develop a set of recommendations for the future municipal work with citizen involvement in a residential social context. Through an explanation of different theoretical material with relevance to the subject, the paper supplies a base of understanding of Pierre Bourdieus theory of field, kapital and habitus, as well as the method of creating the project. Data from eight semistructured interviews has been collected and will in the paper be analysed with support from a literaturestudy. Furthermore will there on the basis the analysis be a discussion of possibilities and limitations of citizen involvement. Based on the theoretical material, the method, the analysis of the data and the discussion, the paper presents a set of seven recommendations on the subject: 1) Let citizens define the effort, 2) Involve citizens actively in the preforming of the effort, 3) Make the project manager an equal to citizens, 4) Outreach to the citizens, 5) Create a framework that promotes social interaction, 6) Acknowledge a need to focus on wellbeing and mental health, 7) support the efforts continuation and expan the citizens' skills, continue financial support for the effort



# Forord

Dette speciale er udarbejdet på 4. semester på Kandidatuddannelsen i Folkesundhedsvidenskab under School of Medicine & Health ved Aalborg Universitet. Det blev udarbejdet i perioden 01.02.2016-01.06.2016 under det overordnede tema *Forandring af forebyggelses- eller sundhedsfremmeaktiviteter*.

Specialets forandringsperspektiv omhandler udarbejdelse af anbefalinger til det fremadrettede kommunale arbejde med borgerinddragelse i socialt udsatte boligområder, på baggrund af erfaringer fra et Sundhedsprojekt i Korskærparken med borgerinddragelse som primær tilgang, samt evidens på området. Vi vil i den forbindelse takke Carsten Kronborg Bak for at videreformidle kontakt til projektlederen der var tilknyttet Sundhedsprojektet. Dertil vil vi sige en stor tak til projektlederen fra Sundhedsprojektet, for hendes store indsats med både at indgå som informant, samt formidle kontakt til borgere. Samtidig rettes en stor tak til de borgere, der har indgået som informanter.

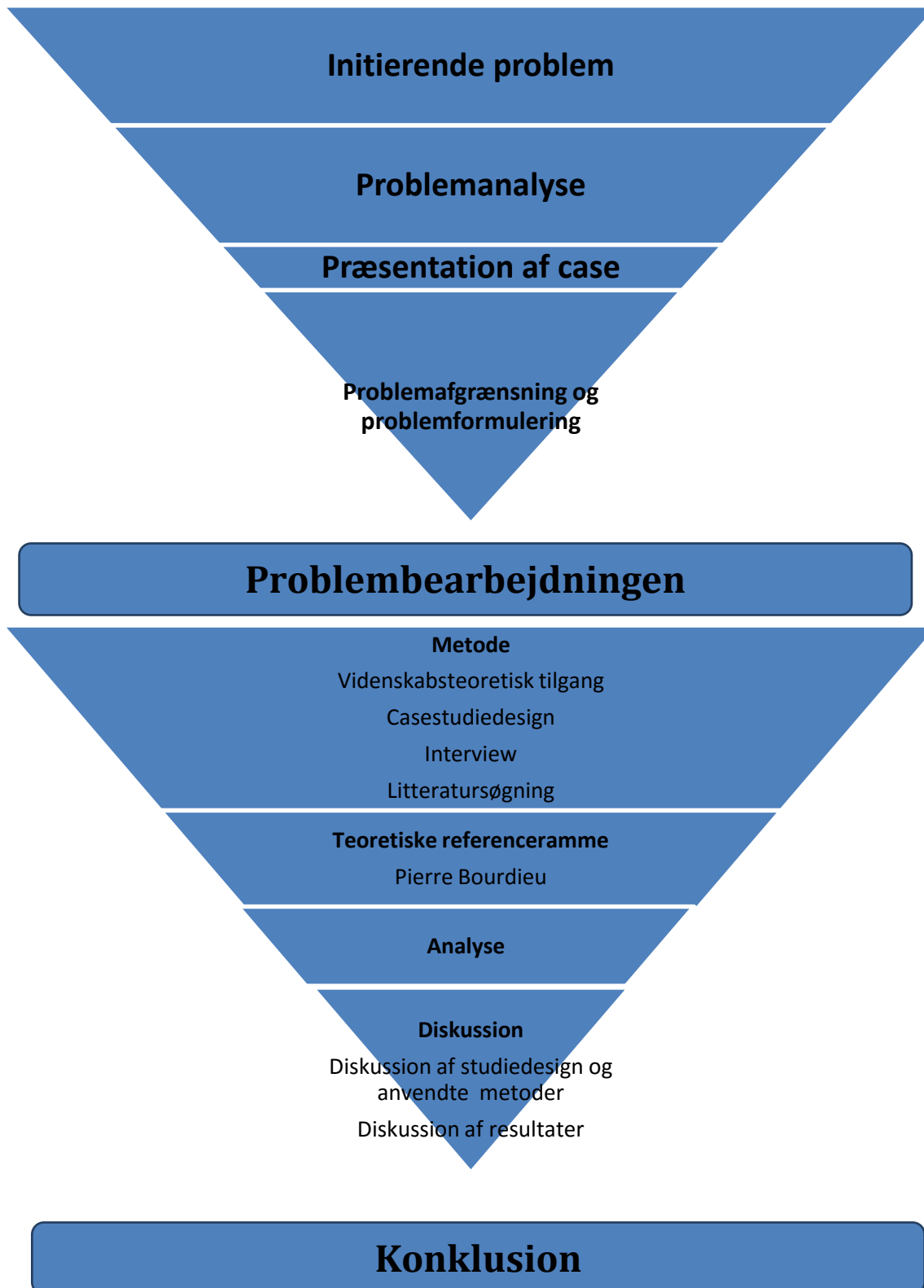
Til sidst rettes en tak til vores vejleder Kirsten Schultz Petersen for et godt samarbejde under projektperioden.

God læselyst!

Gruppe 10321: Anita Egholm Jensen, Jonathan Egeris Groth og Julie Holm Thøgersen.

# Projektopbygning

Denne figur har til formål at skabe et overblik over specialets struktur og indhold.



# Begrebsafklaring

*Dette kapitel har til formål at afklare forståelsen af centrale begreber anvendt i nærværende speciale med henblik på, at sikre en fælles forståelsesramme.*

## **Socialt udsatte boligområder**

Betegnelsen 'Socialt udsatte boligområder' forstås i specialet som boligområder med en skæv sammensætning af borgere, hvor andelen af resourcesvage er markant større end i andre byområder (CFBU 2015). Betegnelserne 'almene boligområder' og 'udsatte nærmiljøer' anvendes også, men forstås synonymt med 'socialt udsatte boligområder'.

## **Borgerinddragelse**

Forståelsen af borgerinddragelse tager i specialet afsæt i WHO's definition:

*“En proces, hvorigennem personer bliver i stand til aktivt og reelt at involvere sig i, at definere hvilke områder der har interesse for dem, at tage beslutning om hvilke faktorer der har indflydelse på deres liv, at formulere og implementere politikker, at planlægge, udvikle og udføre indsatser og aktiviteter samt at tage initiativer til at opnå forandring.” [Oversat fra] (WHO 2002, p.10).*

Betegnelsen deltagelse vil indgå synonymt med betegnelse inddragelse, i kraft af litteraturens brug af disse synonymt, men deltagelse skal forstås i konteksten af borgerinddragelse (Arnstein 1969; O'Mara-Eves et al. 2015; WHO 2002)



# Indholdsfortegnelse

1.0 Initierende problem.....	11
2.0 Problemanalyse .....	13
2.1 Karakteristik af socialt udsatte boligområder .....	13
2.2 Årsager forbundet med den større sygelighed i socialt udsatte boligområder .....	15
2.3 Muligheder og begrænsninger ved borgerinddragelse.....	18
2.3.1 Hvorfor borgerinddragelse? .....	19
2.3.2 Begrænsninger ved borgerinddragelse .....	20
2.3.3 Deltagelsesstigen - niveauer af borgerinddragelse .....	21
2.3.4 Borgerinddragelse som middel og mål.....	23
2.4 Case: Sundhedsprojektet i Korskærparken .....	25
2.4.1 Evaluering af Sundhedsprojektet .....	26
2.5 Problemafgrænsning .....	27
3.0 Problemformulering .....	29
4.0 Metode .....	31
4.1 Videnskabsteoretisk tilgang.....	31
4.2 Casestudiedesign .....	33
4.2.1 Det kvalitative casestudiedesign .....	33
4.2.2 Det teorifortolkende casestudie.....	34
4.2.3 Analytisk generalisering.....	35
4.3 Kvalitative interviews .....	35
4.3.1 Ethiske overvejelser.....	36
4.3.2 Rekruttering af informanter .....	37
4.3.3 Formål med interview .....	38
4.3.4 Interviewform.....	39
4.3.5 Udarbejdelse af interviewguides.....	39
4.3.6 Interviewsituationen .....	40
4.3.7 Kvalitet af de kvalitative interviews.....	41
4.3.8 Fremgangsmåde for transskriptionen .....	42
4.3.9 Analysestrategi .....	42
4.4 Litteratursøgning .....	44

4.4.1 Den indledende litteratursøgning .....	45
4.4.2 Den systematiske litteratursøgning.....	45
5.0 Teoretisk referenceramme.....	51
5.1 Habitus.....	51
5.2 Felt .....	52
5.3 Kapital .....	52
6.0 Analyse af specialets resultater .....	55
6.1 Meningsanalyse af de kvalitative interviews.....	55
6.1.1 Præsentation af informanter.....	55
6.1.2 Analyse af interview med projektleder .....	57
6.1.3 Analyse af interview med borgere fra Korsværtparken .....	63
6.2 Hermeneutisk meningsfortolkning.....	72
6.2.1 Indflydelse fordrer deltagelse og meningsfulde aktiviteter .....	74
6.2.2 Projektleder som ligeværdig med borgerne.....	75
6.2.3 Opsøgende arbejde fordrer deltagelse .....	76
6.2.4 Social interaktion er incitament til deltagelse.....	77
6.2.5 Fokus på trivsel og mental sundhed fremstår relevant.....	78
6.2.6 Videreførelse af Sundhedsprojektet synes udfordret.....	79
6.2.7 Opsamling af den hermeneutiske meningsfortolkning .....	80
6.3 Litteraturstudie.....	81
6.3.1 Artikeloversigt .....	82
6.3.2 Præsentation af de seks studier .....	85
6.3.3 Analyse af de seks studier .....	87
7.0 Diskussion .....	93
7.1 Diskussion af studiedesign og anvendte metoder.....	93
7.1.1 Sammenhæng mellem videnskabsteoretisk tilgang, teori og metode.....	93
7.1.2 Studiedesign .....	94
7.1.3 Kvalitativ metode.....	95
7.1.4 Litteratursøgningen .....	98
7.1.5 Teoretisk referenceramme.....	99
7.2 Diskussion af resultater .....	101
7.2.1 Lad borgerne definere indsatsen.....	103
7.2.2 Projektleder som ligeværdig med borgerne.....	105

7.2.3 Fokus på opsøgende arbejde.....	106
7.2.4 Understøt social interaktion.....	107
7.2.5 Understøt trivsel og mental sundhed.....	108
7.2.6 Understøt indsatsens videreførelse .....	108
7.2.7 Illustration af specialets anbefalinger .....	110
7.2.8 Specialets anbefalinger i et sundhedsetisk perspektiv.....	111
8.0 Konklusion .....	112
9.0 Referenceliste.....	114
10.0 Bilagsfortegnelse .....	119

# 1.0 Initierende problem

Borgere i socialt udsatte boligområder har større sundhedsmæssig risikoadfærd (Algren et al. 2015; Stimpson et al. 2007) samt større sygelighed og dødelighed, sammenlignet med den øvrige befolkning (Pickett & Pearl 2001; Riva et al. 2007; van Lenthe et al. 2005; NICE 2008; Voigtländer et al. 2014).

Eksempelvis er det fundet at borgere i tre socialt udsatte boligområder i Cleveland, USA lever 15 år kortere end borgere i en nærliggende forstad (Gavin et al. 2015).

Den sociale ulighed i middellevetid har de seneste år været stigende, hvorfor det nationalt er et af de store fokusområder inden for folkesundheden (Regeringen 2014; Diderichsen et al. 2015). I arbejdet med at reducere den sociale ulighed i sundhed kan det således fremstå centralt, at fokusere på socialt udsatte boligområder, netop fordi en større andel af borgerne i disse boligområder karakteriseres ved lavere SES og dårligere helbred end den øvrige befolkning (Pickett & Pearl 2001; Riva et al. 2007; van Lenthe et al. 2005).

Sundhedsstyrelsen har med satspuljeprojektet *Forebyggelsesindsatser i nærmiljøet* (2010-14) fokus på denne arena. Formålet med satspuljeprojektet var at styrke trivsel og sundhed generelt blandt mindre ressourcestærke borgere i et kommunalt udvalgt nærmiljø. En af de primære tilgange i dette satspuljeprojekt var borgerinddragelse, som jf. Sundhedsstyrelsen er en væsentlig metode at anvende i forhold til at fremme sundheden (Sundhedsstyrelsen 2010), idet borgeren bl.a. bliver i stand til at involvere sig i sit eget liv og opnår medbestemmelse i indsatser vedrørende egen sundhed (WHO 2002). Arbejdet med borgerinddragelse er imidlertid forbundet med udfordringer, idet der ikke foreligger en entydig forståelse af begrebet (O'Mara-Eves et al. 2015; WHO 2002; Poulsen 2003) og ej heller foreligger konkrete retningslinjer for arbejdet med borgerinddragelse i socialt udsatte boligområder (Snooks et al. 2011; NICE 2008).

Evalueringsrapporten af de 12 deltagende kommuners indsatser indikerer i den forbindelse, at der har været usikkerheder forbundet med arbejdet med borgerinddragelse, og samtidig at der har været udfordringer ved at inddrage de mindst ressourcestærke borgere i socialt udsatte boligområder (NIRAS 2015), hvilket genfindes i internationale studier (Koopmans et al. 2012; Chinn et al. 2006; Higgins 1999). Usikkerheden omkring brugen af borgerinddragelse kan således resultere i, at sundheden blandt borgere i socialt udsatte boligområder ikke forbedres, og at den sociale ulighed i sundhed derved ikke reduceres som hensigten. Der er således behov for viden omkring hvordan tilgangen til borgerinddragelse kan forandres, således at borgere i socialt udsatte boligområder inddrages i sundhedsfremmende og forebyggende indsatser, med henblik på at reducere den sociale ulighed i sundhed.



## 2.0 Problemanalyse

*Problemanalysen har til formål at udfolde det initierende problem, med henblik på at lede frem til specialets problemformulering og den videre problembearbejdning. Indledningsvis analyseres forståelsen af socialt udsatte boligområder, efterfulgt af årsager til den større sygelighed og dødelighed blandt borgerne i disse boligområder, med henblik på at fremanalysere behovet for en ændret strategi over for borgerne, således at deres sundhed kan fremmes og den sociale ulighed i sundhed reduceres.*

*Herefter følger et afsnit omkring borgerinddragelse med fokus på tilgangens muligheder og begrænsninger. Dette med henblik på at fremanalysere hvor der er behov for forandringer til denne tilgang. I denne sammenhæng introduceres en konkret case, Sundhedsprojektet i Korsbærparken, der har haft til formål at fremme sundheden i et socialt udsat boligområde med borgerinddragelse som den primære tilgang. Afslutningsvis afgrænses til problemstillingen, der danner rammen for specialets videre fokus.*

### 2.1 Karakteristik af socialt udsatte boligområder

*Socialt udsatte boligområder kan karakteriseres ud fra både de borgere der beboer dem, men også det fysiske miljø. I det følgende afsnit ansues derfor dels karakteristika ved socialt udsatte borgere og dels ved socialt udsatte boligområder. Desuden belyses de konsekvenser der kan være forbundet med at leve som socialt udsat i socialt udsatte boligområder.*

I gennem de seneste år er der sket en stigende social, etnisk og geografisk opdeling af boligmarkedet i Danmark, hvilket har resulteret i at ressourcetsvage borgere og borgere med anden etnisk baggrund end dansk i højere grad samles i almene boligområder (Ministeriet for By- Bolig- og Landdistrikter 2013). I Danmark kendetegnes socialt udsatte boligområder ved en skæv sammensætning af borgere, hvor andelen af ressourcetsvage er markant større end i andre byområder (CFBU 2015). Ressourcetsvage borgere kendetegnes bl.a. ved, at mange er uden tilknytning til arbejdsmarkedet (Højbjerg et al. 2013), ved at tilhøre etniske minoriteter og ved lavere uddannelsesniveaue og indkomst (Fieldhouse & Tye 1996). Betegnelsen 'socialt udsat' kan forstås som dækkende for mange forskellige livssituationer og typer af social udsathed og forstås bl.a. som det at være samfundsmæssigt stigmatiseret, diskrimineret, udsat for foragt og uforståenhed, samt at leve et liv der adskiller sig fra det gennemsnitlige, og som den almene befolkning ikke betegner som et godt liv (Rådet for Socialt Udsatte 2012). Udover disse karakteristika karakteriseres borgere i socialt udsatte boligområder også ved et dårligere helbred end den øvrige befolkning (Marmot et al. 2010; Roberts et al. 2013; Pickett & Pearl 2001).

I en sammenfatning af 12 sundhedsprofiler fra socialt udsatte boligområder i Danmark fra 2011, er det fundet at 40 pct. af borgerne indenfor det seneste år havde følt sig belastet af sygdom (NIRAS 2015). I relation hertil angiver en dansk rapport, at 18-64 årige borgere i almene boligområder indlægges tre gange oftere med diabetes og lungesygdom end 18-64 årige der ikke bor i almene boligområder (KL & BL 2014). Typisk fremhæves bestemte grupper som værende i størst risiko for at være socialt udsatte, bl.a. hjemløse, prostituerede og sindslidende, men denne inddeling argumenterer sociolog og professor ved Sociologisk Institut Jørgen Elm Larsen for, ikke er nuanceret nok. Han mener derfor, at begrebet 'social udsathed' bør suppleres med indholdet af den bredere betegnelse 'social eksklusion', idet denne bl.a. indeholder grupper af borgere med færre tilgængelige ressourcer, grundet eksempelvis arbejdsløshed, lav uddannelse eller lav indkomst, ligesom det at bo i et socioøkonomisk belastet område kan påvirke mængden og typen af tilgængelige ressourcer (Elm Larsen 2009). Social eksklusion forstås desuden som ufrivillig eksklusion fra sociale sammenhænge, der forhindrer mulighederne for fuld deltagelse i det samfund den socialt ekskluderede lever i (Wetzel & Mahne 2016), hvilket bl.a. kan have betydning for både det fysiske og psykiske helbred (Zhong & Leonardelli 2015), ligesom det kan føre til oplevelser af utilstrækkelighed i form af mangel på individuelle ressourcer og ikke at føle sig værdsat (Wetzel & Mahne 2016). Social eksklusion synes derfor både at have fællestræk med betegnelsen social udsathed i form af perspektiver på bl.a. diskrimination og stigmatisering, men også at bidrage med en udvidelse af forståelsen, særligt ved inddragelse af en bredere gruppe af borgere i risiko for social eksklusion. På denne baggrund kan brugen af social udsathed og social eksklusion synonymt fungere som paraplybegreb for mange forskellige livssituationer (Elm Larsen 2009) og således bidrage til en nuancering af forståelsen af, hvad der karakteriserer socialt udsatte borgere i nærværende speciale. Betegnelsen socialt udsat skal derfor fremover forstås bredt med indholdet af både betegnelsen social udsathed og social eksklusion.

Dette afsnit har fokuseret på karakteristika ved socialt udsatte borgere og disse karakteristikas betydning for bestemmelse af, hvilke boligområder der anses som socialt udsatte. En dansk rapport argumenterer imidlertid for, at socialt udsatte områder ikke udelukkende kan karakteriseres på baggrund af beboerne, men at der ofte også knytter sig forskellige karakteristika til nærmiljøernes fysiske udformning (Bak et al. 2011), hvorfor karakteristika ved disse miljøer belyses i det følgende.

Socialt udsatte nærmiljøer defineres af Bak et al. som:

*"[...] geografisk afgrænsede områder (fx boligområder, bydele) med høje koncentrationer af beboere med en lav socio-økonomisk position (fx etniske minoriteter, førtidspensionister, kontanthjælpsmodtagere og enlige forsørgere), som i forskellig grad, vil være udsatte i forhold til sundhed."* (Bak et al. 2011, p.5).

De socialt udsatte nærmiljøer karakteriseres således i denne forståelse gennem dels afgrænsede geografiske områder og dels af beboernes socioøkonomiske position, som udover de nævnte også kan omhandle eksempelvis arbejdsløshed og lavt uddannelsesniveau (Bak et al. 2012). Bak et al. argumenterer for, at socialt udsatte nærmiljøer ofte fremstår fysisk isolerede fra det øvrige bymiljø, har nedslidte bygninger og udendørsarealer, ligesom dårligt omdømme også ofte hæfter sig til disse områder (Bak et al. 2011; Ministeriet for By- Bolig- og Landdistrikter 2013). Herudover peges desuden på, at de generelle boligforhold er markant dårligere end i andre områder (Fieldhouse & Tye 1996), hvorfor de fysiske omgivelser fremstår centrale i forhold til at karakterisere socialt udsatte nærmiljøer.

På baggrund af ovenstående fremstår det dels som en vurdering af borgerne i boligområdernes karakteristika og dels boligområdernes fysiske udformning der er bestemmende for, hvorvidt boligområder kan karakteriseres som værende socialt udsatte. Et væsentligt karakteristika ved borgere i socialt udsatte boligområder er deres større sygelighed sammenholdt med den øvrige befolkning. For at gennemføre relevante og effektive sundhedsfremmende og forebyggende indsatser i socialt udsatte boligområder, synes det relevant med en dybere forståelse af årsagerne til denne større sygelighed, hvilket belyses i følgende afsnit.

## **2.2 Årsager forbundet med den større sygelighed i socialt udsatte boligområder**

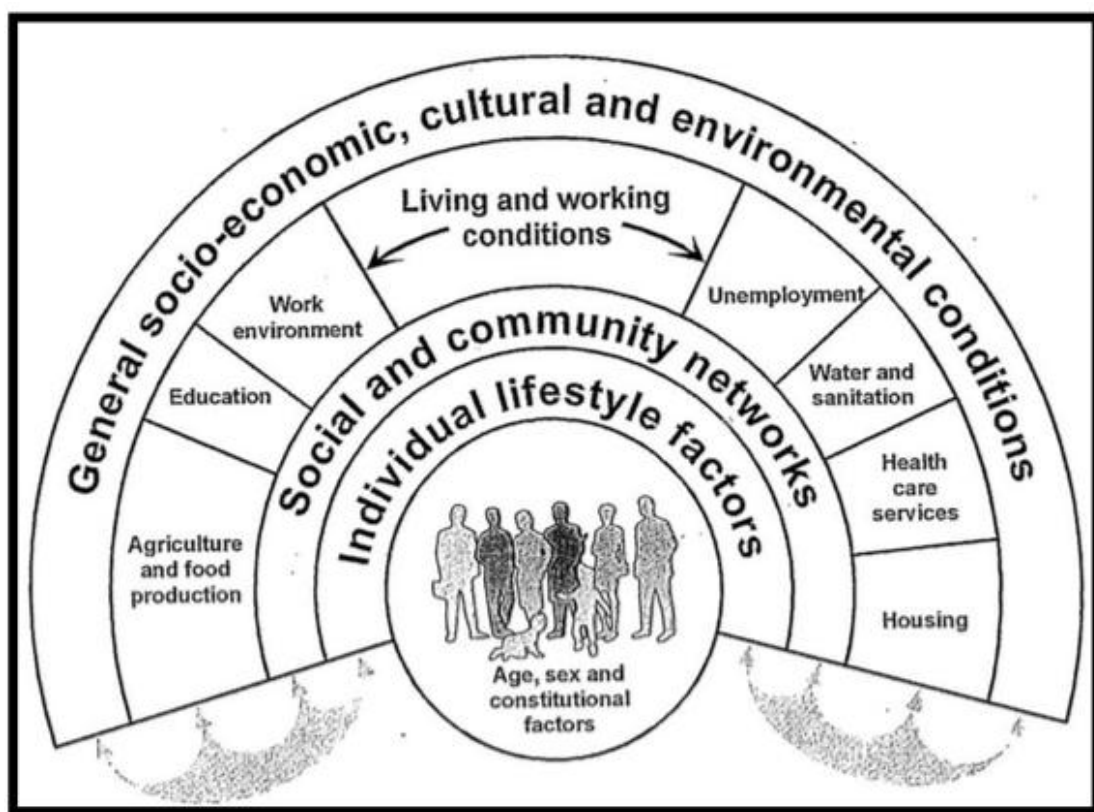
*Dette afsnit har til formål at belyse proximale og distale årsager til den større sygelighed i socialt udsatte boligområder, herunder hvilken betydning boligområdet har.*

Årsager til sygdom kan jf. Link og Phelan opdeles i proximale og distale årsager. De proximale årsager vedrører årsagerne tættest på sygdommen og indebærer livsstilsrelaterede faktorer som rygning, kost- og motionsvaner, mens de distale årsager vedrører årsagerne længere væk i årsagskæden og indebærer faktorer såsom uddannelse, indkomst og social støtte (Link & Phelan 1995).

Som det fremgår af denne opdeling, er det komplekst at beskrive årsager til sygdom, og derfor komplekst at



forstå den større sygelighed i socialt udsatte boligområder, hvilket nedenstående model af Dahlgren og Whitehead ligeledes kan bidrage til at illustrere. Denne model er udviklet med henblik på at vise, hvorledes social ulighed i sundhed opstår (Dahlgren & Whitehead 1991), og kan være væsentlig at have for øje i forebyggende og sundhedsfremmende aktiviteter i socialt udsatte boligområder, med henblik på at inddrage alle relevante faktorer med betydning for den højere sygelighed, og ikke begrænses til de gængse KRAM-faktorer.



Figur 1 viser faktorer der påvirker individets helbred (Dahlgren & Whitehead 1991).

Som det fremgår af modellen kan de faktorer, der påvirker individets helbred ligge mere eller mindre tæt på individet, og kan ikke ses isoleret fra hinanden, men må forstås som indbyrdes afhængige (Juel et al. 2006), hvilket er i tråd med Link og Phelans forståelse af årsager til sygdom. Proximale årsager til sygdom kan sidestilles med modellens inderste lag, hvor alder og genetisk arv fremgår i første lag og livsstilsforhold i andet lag. I relation til livsstilsforhold, har borgere i socialt udsatte boligområder større risikoadfærd, f.eks. i relation til rygning, alkohol (Pickett & Pearl 2001) og inaktivitet (Cubbin et al. 2006), hvorfor dette kan være med til at forklare det dårligere helbred blandt borgere i socialt udsatte boligområder.

De distale årsager kan imidlertid ligeledes være væsentlige at fokusere på i forhold til at forstå den større sygelighed i socialt udsatte boligområder, idet de distale årsager har indflydelse på de proximale årsager og

dermed på udviklingen af sygdom (Link & Phelan 1995).

De distale årsager kan sidestilles med de mere ydre lag af Dahlgren og Whiteheads model, og her indgår bl.a. uddannelse, arbejdsløshed og generelle socioøkonomiske forhold. I socialt udsatte boligområder er koncentrationen af borgere med lav uddannelse, lav indkomst og personer uden for arbejdsmarkedet større end i den øvrige befolkning (Sigurd & Darsø 2013), hvorfor det således kan siges at sammensætningen af borgere i socialt udsatte boligområder kan være med til at forklare den større sygelighed. Ifølge flere studier er der imidlertid også andre faktorer relateret til boligområdet, ud over borgernes fælles karakteristika, der har betydning for den større sygelighed. Disse kan betegnes som kontekstuelle faktorer, og er egenskaber ved miljøet i boligområdet, der påvirker hele grupper som eksempelvis butikker og institutioner (Bernard et al. 2007; Macintyre et al. 2002; Cattell 2001; Cummins et al. 2007).

Cummins et al. argumenterer for at forståelsen af, hvordan et område er forbundet med sundhed, er vigtigt for at levere effektive, kontekstuelte følsomme interventioner (Cummins et al. 2007), og Bernard et al. argumenterer for at social ulighed i sundhed i betydeligt omfang bestemmes af de ressourcer, som borgere har adgang til. Boligområder tilbyder sådanne ressourcer, nogle med en positiv betydning såsom rekreative områder, sunde fødevarerbutikker, kvalitetsskoler og aktive lokale organisationer, andre med en negativ betydning såsom forurening, spiritusbutikker, vold og ringere retshåndhævelse samt lavt niveau af relationel tillid. Forskellige boligområder tilbyder således forskellige ressourcer (Bernard et al. 2007). Betydningen af boligområdets ressourcer er mere afgørende for nogle befolkningsgrupper end andre. Dette gør sig gældende for mere stedbundne befolkningsgrupper såsom syge, ældre, arbejdsløse, personer med lav indkomst, personer med begrænset adgang til privat transport og de der generelt er tilbøjelige til at tilbringe mere tid i deres lokalområde (Bernard et al. 2007). De kontekstuelle faktorerers betydning for sygdom er i tråd med Dahlgren og Whiteheads model og kan sidestilles med aspekter af modellen som boligforhold og sundhedstilbud, der fremgår i de ydre lag af modellen (Dahlgren & Whitehead 1991). Af Dahlgren og Whiteheads model fremgår ligeledes sociale og samfundsmæssige netværk som en af de mere distale faktorer forbundet med sygdom. Disse sociale netværk kan ifølge Lochner et al. 2003 relateres til social kapital, der omhandler funktioner i sociale strukturer såsom tillid, normer og netværk. Det er en ressource som findes i de relationer og forhold som personer har med hinanden og anses for at spille en vigtig rolle for velfungerende boligområder (Lochner et al. 2003).

Et kvalitativt studie fra England påpeger vigtigheden af social kapital. De finder at uformelle sociale netværk, sociale aktiviteter og deltagelse i organisationer er forbundet med bedre sundhed, og at netværk kan bidrage til social støtte, øget selvværd, identitet og følelse af kontrol (Cattell 2001).

Vigtigheden af social kapital underbygges af et tværsnitsstudie, der har fundet en association mellem områder med lav social kapital og lavt selv vurderet helbred, efter justering for faktorer som uddannelse, indkomst og risikoadfærd (Kawachi et al. 1999).

Det førnævnte kvalitative studie af Cattell 2001 har fundet, at karakteristika ved boligområder, herunder områdets historie, arbejdsmuligheder og lokale ressourcer, spiller en rolle i udviklingen af tillidsforhold, som de relaterer til social kapital. Samtidig har studiet fundet at et stigmatiseret ry af et område og dets borgere, kan bidrage til at isolere beboerne fra hinanden, begrænse informationsstrømmen, og fungere som en blokade for udviklingen af tillid eller en samarbejdsvillig kultur (Cattell 2001).

Det fremgår på baggrund af ovennævnte studier at et boligområdes sociale kapital har betydning for sundheden i boligområdet, samt at boligområdets karakteristika har indflydelse på netværksmønstre og de former for social kapital der opstår. Eftersom socialt udsatte boligområder er forbundet med lavere social kapital (Cattell 2001), kan dette være medvirkende årsag til den øgede sygelighed i socialt udsatte boligområder jf. Dahlgren og Whiteheads model (Dahlgren & Whitehead 1991). Dette underbygges også af et tværsnitsstudie af Lochner et al. 2003, der har fundet en association mellem lav social kapital i boligområder og øget dødelighed (Lochner et al. 2003).

Af ovenstående afsnit fremgår det at årsagerne til den større sygelighed i socialt udsatte boligområder er komplekse og omfatter mange forskellige faktorer, hvorfor dette stiller store krav til effektive forebyggende og sundhedsfremmende indsatser i socialt udsatte boligområder.

Som belyst i *Initierende problem* er borgerinddragelse en central tilgang i denne type indsatser. Imidlertid fremgår det, at tilgangen er forbundet med udfordringer i forhold til en uklar forståelse af begrebet, manglende retningslinjer, og i den forbindelse usikkerhed med den praktiske tilgang til borgerinddragelse. I den forbindelse synes det relevant at dykke ned i borgerinddragelsens muligheder og begrænsninger.

## 2.3 Muligheder og begrænsninger ved borgerinddragelse

*I dette afsnit udfoldes muligheder og begrænsninger ved borgerinddragelse, herunder begrebets definition, potentielle effekter, evidens for retningslinjer og divergerende forståelser af begrebet.*

På internationalt plan fremhæves betydningen af at inddrage nærmiljøerne i sundhedsfremmende aktiviteter, der sigter mod at forbedre sundheden og reducere uligheden på sundhedsområdet (NICE 2008). Dette er i tråd med WHO's forståelse, af borgerinddragelse, der fremhæves som et kerneelement i bestræbelsen efter lighed i sundhed (WHO 2002). De definerer begrebet som:

*“En proces, hvorigennem personer bliver i stand til aktivt og reelt at involvere sig i, at definere hvilke områder der har interesse for dem, at tage beslutning om hvilke faktorer der har indflydelse på deres liv, at formulere og implementere politikker, at planlægge, udvikle og udføre indsatser og aktiviteter samt at tage initiativer til at opnå forandring.” [Oversat fra] (WHO 2002, p.10).*

Det fremgår således af denne definition, at borgerinddragelse forstås som en proces, der indebærer borgerens aktive inddragelse og medbestemmelse i samtlige faser af indsatser og aktiviteter, der vedrører deres liv (WHO 2002).

I satspuljeprojektet *Forebyggelsesindsatser i nærmiljøet*, jf. afsnit 1.0 omhandlende indsatser rettet mod mindre ressourcestærke borgere i et udvalgt nærmiljø, sidestiller Sundhedsstyrelsen borgerinddragelse med inddragelse af nærmiljø. Inddragelse af nærmiljø forstås som en proces, hvor borgere får mulighed for og inspireres til medansvar og medbestemmelse i udviklingsprocesser, der vedrører deres egen sundhed, hvilket inkluderer planlægning, udvikling og drift af indsatser. Målet med at inddrage nærmiljøet i sundhedsindsatser er jf. Sundhedsstyrelsen at styrke borgernes sundhed, ved at styrke deres handlekompetencer, med henblik på at tage ansvar for eget liv og fællesskabet (Sundhedsstyrelsen 2010). Sundhedsstyrelsen har således ligesom WHO en bred forståelse af borgerinddragelse med fokus på borgernes medbestemmelse og aktiv inddragelse. I det følgende fremanalyses de muligheder der er forbundet med borgerinddragelse.

### **2.3.1 Hvorfor borgerinddragelse?**

I litteraturen påpeges forskellige styrker ved borgerinddragelse. For det første anses det som værende etisk mest forsvarligt og en demokratisk ret at borgere inddrages i beslutninger, der vedrører dem selv (Bak et al. 2011; Frankish et al. 2002). Det påpeges at borgerinddragelse kan være medvirkende til at reducere social eksklusion ved at give socialt udsatte borgere stemme og være en effektiv empowerment strategi (Zimmerman & Rappaport 1988; Higgins 1999; WHO 2002), hvilket WHO definerer som følgende:

*"Empowerment er en kontinuerlig proces, hvorigennem individer og/eller samfund opbygger selvtillid, selvværd, forståelse og magt, nødvendig for at formulere deres behov, sikre at der handles for at løse dem, og mere generelt, opnår kontrol over deres liv". [Oversat fra] (WHO 2002, p.10)*

Yderligere påpeges det at borgerinddragelse kan være væsentlig i forhold til at udnytte og mobilisere lokalsamfundets ressourcer og energi, samt sikre ejerskab og forankring af indsatsen (WHO 2002).

Ligeledes påpeges det at borgerinddragelse kan sikre at indsatser tilpasses de aktuelle behov og ønsker i boligområderne (Bak et al. 2011).

Af ovenstående fremgår det at borgerinddragelse forbindes med en række positive effekter, hvorfor tilgangen synes at have et stort potentiale for sundhedsfremmende og forebyggende indsatser i socialt udsatte boligområder. Det er imidlertid ikke klart hvordan disse positive effekter opnås, i kraft af de føromtalte mangelfulde retningslinjer for arbejdet med borgerinddragelse, hvorfor dette udfoldes i følgende afsnit.

### **2.3.2 Begrænsninger ved borgerinddragelse**

National Institute for Health and Clinical Excellence (NICE) peger på, at evidensen i forhold til både metodologi, evaluering, barrierer og facilitatorer i relation til borgerinddragelse fremstår mangelfuld (NICE 2008), hvorfor der synes at være mangelfuld viden omkring, hvordan borgerinddragelse evidensbaseret bør gribes an. Der fremstår således behov for at styrke evidensen på dette område, med henblik på at udvikle klare retningslinjer for borgerinddragelse i socialt udsatte boligområder, og derved øge de potentielle effekter ved borgerinddragelse. NICE har på denne baggrund opstillet en række tematikker for ideel borgerinddragelse, men peger samtidig på mangler i viden omkring hvad der reelt virker i relation til succesfuld borgerinddragelse (NICE 2008).

Den manglende evidens på området omkring borgerinddragelse afspejler sig i udfordringer relateret til arbejdet med denne tilgang. Eksempelvis er det fundet at indsatser med borgerinddragelse som tilgang normalt er overrepræsenteret med personer fra områdets højeste socioøkonomiske gruppe (Irvin & Stansbury 2004; Higgins 1999), og borgerinddragelse kan således resultere i, at en mindre elite kan dominere deltagelsesprocessen. Samtidig er det fundet at deltagelsesprocenten ved borgerinddragelse generelt er lav (Irvin & Stansbury 2004).

Dette er i tråd med de udfordringer satspuljeprojektet *Forebyggelsesindsatser i nærmiljøet* påpeger i deres evalueringsrapport, hvor de angiver at det har været vanskeligt at inddrage de mindst ressourcestærke borgere (NIRAS 2015).

Den manglende evidens på området synes relateret til en ikke-entydig forståelse af begrebet borgerinddragelse. Som det fremgår af WHO's og Sundhedsstyrelsens definition af borgerinddragelse, jf. afsnit 2.3, er det et bredt begreb og en samlet betegnelse for mange forskellige former for praksis. I den forbindelse pointerer WHO at forståelsen af begrebet kan variere meget, hvilket kan være problematisk, især i forbindelse med strategiske bekendtgørelser og udtalelser fra nationale og internationale politiske organisationer, der under tiden antager at betydningen af borgerinddragelse er selvindlysende. Derfor er



tomme ritual deltagelse og det at have den reelle magt, som er nødvendig for at påvirke resultatet af processen. Arnstein sætter i den forbindelse brugen af begrebet borgerinddragelse i et kritisk lys og argumenterer for at begrebet misbruges i sammenhænge hvor der ikke er tale om reel deltagelse. Hun påpeger at deltagelse uden omfordeling af magt er en tom og frustrerende proces for de magtesløse, som tillader magtindehaverne at påstå at alle sider er blevet taget hensyn til. I Arnsteins deltagelsesstige kommer dette til udtryk ved de to nederste trin, manipulation og terapi. Disse trin beskrives som niveauer af 'ikke-deltagelse', der er blevet udtænkt med henblik på at erstatte reel deltagelse. Det egentlige mål er ikke at gøre det muligt for folk at deltage i planlægningen eller gennemføre programmer, men at gøre det muligt for magthaverne at "opdrage" eller "helbrede" deltagerne (Arnstein 1969). Problematikken ved disse niveauer af 'ikke-deltagelse' kan findes i, at borgerne får en oplevelse af at dagsordenen på forhånd er fastsat, hvorfor de oplever deres deltagelse som nytteløs. Hvis deltagende borgere vildledes til at tro at deres beslutninger vil blive gennemført, og beslutningerne derefter ignoreres eller blot tages op til råd, vil vrede og afstandtagen udvikle sig over tid (Irvin & Stansbury 2004). Dette underbygger således ovenstående pointe af Arnstein, nemlig at deltagelse uden omfordeling af magt kan være en tom og frustrerende proces for borgerne, der blot har til hensigt at retfærdiggøre beslutninger. I modsætning til niveauerne af 'ikke-deltagelse', er der de to øverste trin, magtuddelegering og borgerkontrol, hvor de ressourcetsvage borgere opnår hovedparten af beslutningsprocesserne eller fuld ledelsesmæssig magt (Arnstein 1969). Arnsteins deltagelsesstige belyser således at der er betydelig forskel på hvordan borgerinddragelse anskues og dermed på den kontrol borgerne kan opnå.

WHO understøtter Arnsteins perspektiv og beskriver, at det i arbejdet med borgerinddragelse er en udfordring at bevæge sig op ad stigen og gå fra en passiv borgerinddragelse, med fokus på information og høring, til en mere aktiv borgerinddragelse, der fremmer reelt engagement, medborgerskab og empowerment (WHO 2002). Dette understøttes igen af Sundhedsstyrelsen der påpeger at der er stor forskel på omfanget af borgernes involvering og i hvilke faser af et projekt de inddrages og har indflydelse - fra de første overvejelser om et projekt, dvs. fra analysefasen hvor behovet for en given indsats kortlægges, til evalueringsfasen (Poulsen 2003).

Udover at betragte borgerinddragelse ud fra deltagelsesstigen, kan begrebet også anskues ud fra to forskellige opfattelser, som analyseres i det følgende afsnit.

### 2.3.4 Borgerinddragelse som middel og mål

Borgerinddragelse kan anskues som et middel til sundhedsfremme og som et mål i sig selv (Poulsen 2003). Hvordan der arbejdes med borgerinddragelse vil være afhængig af hvilket perspektiv der anlægges. Ved borgerinddragelse anskuet som middel til sundhedsfremme har borgerinddragelse til formål at skabe bedre sundhed f.eks. gennem forbedrede kostvaner og øget fysisk aktivitet. Denne tilgang har oftest et top-down udgangspunkt, hvor f.eks. myndigheder bestemmer interventionen og rammerne for denne, som de lokale borgere efterfølgende deltager i løsningen af (Poulsen 2003).

Som eksempel herpå kan nævnes det føromtalt satspuljeprosjekt, der på forhånd har fastsat en række KRAM-faktorer som fokuspunkter, hvorfor rammen for indsatsen således allerede er besluttet inden borgernes inddragelse (Sundhedsstyrelsen 2010).

Som problematiseret i foregående afsnit i relation til Arnsteins deltagelsesstige, kan en på forhånd fastlagt dagsorden resultere i en opfattelse af, at borgerens deltagelse er nyttesløs, som videre kan resultere i vrede og afstandtagen (Irvin & Stansbury 2004), hvorfor der kan stilles spørgsmålstejn ved om denne tilgang synes hensigtsmæssig.

Ved forståelsen af borgerinddragelse som mål i sig selv, tages udgangspunkt i en empowerment-orienteret tilgang, hvor hensigten er at øge borgernes selvtilid og handlekraft i forhold til at tage vare på eget liv og sundhed. Her er hovedformålet ikke en forbedring af sundheden, men at bemyndige borgerne og ændre de eksisterende magtstrukturer, f.eks. bidrage til at udligne den sociale ulighed i sundhed og i samfundet generelt. Borgerinddragelse som mål i sig selv er karakteriseret ved at der arbejdes ud fra et bottom-up perspektiv (Poulsen 2003), hvor borgerne har mulighed for at deltage i sundhedsmæssige beslutningsprocesser, som fremmer social retfærdighed og lighed i sundhed (Carey & Braunack-Mayer 2009).

Et paradoks ved bottom-up tilgangen er imidlertid, ifølge Laverack og Labonte 2000, at de mest marginaliserede grupper ofte ikke er i stand til at formulere deres behov og derved potentielt kan udelukkes fra indsatserne (Laverack & Labonte 2000). I forbindelse hermed påpeger Higgins 1999, at en person der er ude af stand til at deltage og ude af stand til at bidrage til beslutningsprocesser, der påvirker hans eller hendes liv, kan opleve reduceret selvværd, med en konsekvens for mangel på fuldt tilhørsforhold i det pågældende samfund (Higgins 1999).



Laverack & Labonte har i et studie opstillet hovedforskellene på top-down og bottom-up tilgangen som fremgår i tabel 1.

Tabel 1 viser hovedforskelle mellem top-down og bottom-up tilgangen (Laverack & Labonte 2000)

	Top-down	Bottom-up
Root/metaphor	Individual responsibility	Empowerment
Approach/orientation	Weakness/deficit Solve problem	Strength/capacity Improve competence
Definition of problem	By outside agent such as government body	By community
Primary vehicles for health promotion and change	Education, improved services, lifestyle	Building community control, resources and capacities toward economic, social and political change
Role of outside agents	Service delivery and resource allocation	Respond to needs of community
Primary decision makers	Agency representatives, business leaders, 'appointed community leaders'	Indigenous appointed leaders
Community control of resources	Low	High
Community ownership	Low	High
Evaluation	Specific risk factors Quantifiable outcomes and 'targets'	Pluralistic methods documenting changes of importance to the community

Ud fra tabellen fremgår det at bottom-up tilgangen, der som nævnt relaterer sig til borgerinddragelse som mål, har fokus på empowerment og fordrer høj grad af kontrol hos borgerne, i modsætning til top-down tilgangen, hvor borgernes kontrol er lav (Laverack & Labonte 2000).

Ved bottom-up tilgangen er det lokalsamfundet der definerer problemet, mens det ved top-down tilgangen er en udefrakommende instans der definerer problemet, der eksempelvis kunne være Sundhedsstyrelsen eller kommunen.

Af ovenstående analyse af muligheder og begrænsninger ved borgerinddragelse fremgår det, at borgerinddragelse er forbundet med positive effekter, mens det samtidig fremgår at der ikke foreligger klare retningslinjer for tilgangen. Der forekommer ikke en entydig forståelse af begrebet borgerinddragelse, og processen kan anskues på vidt forskellig vis, hvilket er forbundet med udfaldet af processen. Yderligere fremgår det, at forskellige udfordringer relaterer sig til de to tilgange, top-down og bottom-up.

Borgerinddragelse med udgangspunkt i en top-down tilgang synes at begrænse borgernes kontrol over de indsatser der vedrører deres liv og risikerer, ifølge Irvin og Stansbury, at skabe afstandstagen og vrede hos borgerne (Irvin & Stansbury 2004). I relation til bottom-up tilgangen påpeges et paradoks i relation til, at de mest marginaliserede grupper kan udelukkes fra indsatserne, i kraft af at de potentielt ikke er i stand til at formulere deres behov (Laverack & Labonte 2000).

Med baggrund i ovenstående synes der således at være manglende viden omkring hvordan borgerinddragelse bør tilgås.

For at gå i dybden med den fremanalyserede problematik, tager nærværende speciale udgangspunkt i en konkret case, *Sundhedsprojektet*, i Korskærparken. Korskærparken er et socialt udsat boligområde, hvor en forebyggende og sundhedsfremmende indsats har fundet sted fra 2008-2013. Denne case er fundet relevant, idet den grundlæggende tilgang for indsatsen har været borgerinddragelse og samtidig har boligområdet en stor andel af socialt udsatte borgere (Sundhedssekretariatet 2008). Derudover er der udarbejdet midt- og slutevalueringer af projektet, hvilket mulliggør indsigt i projektets resultater. En dybdegående indsigt i casen skal bidrage til at belyse muligheder og begrænsninger ved borgerinddragelse i socialt udsatte boligområder.

## 2.4 Case: Sundhedsprojektet i Korskærparken

*I dette afsnit præsenteres først specialets case, og herefter de evalueringer der er foretaget af andre aktører af denne case.*

I år 2008 igangsatte Fredericia Kommune et fireårigt sundhedsprojekt i det socialt udsatte boligområde Korskærparken. Det overordnede fokus var på fremme af sundheden og trivslen blandt borgerne og en af de gennemgående metoder var at opnå så høj inddragelse af borgerne som muligt.

Korskærparken blev udvalgt til deltagelse i Sundhedsprojektet på baggrund af Fredericia Kommunes sundhedsprofil fra 2007, der viste at flere i denne bydel havde sværere ved at leve sundt (Sundhedssekretariatet 2008). Samtidig er der i Korskærparken en høj koncentration af borgere med kort uddannelse og lav indkomst (Epinion 2014), hvilket, som tidligere nævnt, associeres med risikoadfærd i forhold til sundhed.

Korskærparken fremgår herudover pr. 1. december 2015 på listen over ghettoområder i Danmark, hvilket bestemmes på baggrund af forskellige forhold, herunder på antallet af borgere uden for arbejdsmarkedet (> 40 pct.), andelen af borgere med anden etnisk baggrund end dansk (> 50 pct.), antal dømte for overtrædelse af straffeloven (>2,7 pct.), antal med grundskoleuddannelse som højeste uddannelse (> 50 pct.) og indkomst mindre end den gennemsnitlige bruttoindkomst for samme gruppe i regionen (< 55 pct.) (Udlændinge- integrations- og boligministeriet 2015). De konkrete tal for Korskærparken fremgår af tabel 2.

**Tabel 2 viser beboersammensætningen i Korskærparken jf. ghettolisten 1. dec. 2015 (Udlændinge- integrations- og boligministeriet 2015)**

Beboere	Uden arb.	Anden etnicitet end dansk	Dømte	Kun grundskole	Gns. indko.
1.898	43,8 pct.	49,6 pct.	2,73 pct.	54,4 pct.	62,4 pct.

I det følgende præsenteres de evalueringer der er foretaget af Sundhedsprojektet i Korskærparken, der bidrager til at give et overblik over Sundhedsprojektets resultater.

#### **2.4.1 Evaluering af Sundhedsprojektet**

Der blev foretaget en midtvejs- og slutevaluering af projektets resultater samt en opfølgende undersøgelse af Sundhedsprojektet (Sundhedssekretariatet 2010; Bak et al. 2011; Epinion 2014). Af

midtvejsevalueringen, der udkom i 2010, fremgår det, at Korskærparkens Medborgerhus har gennemgået en positiv udvikling fra ældrecenter til et hus for alle borgerne. Der har imidlertid været flere udfordringer forbundet med projektet ved anvendelsen af borgerinddragelse som tilgang, i relation til hvilken grad borgerne skulle inddrages i projektet, mens fordelingen af lokaler i Medborgerhuset også fremstår som en udfordring, hvor særligt de ældre oplevede forandringerne som et tab. Derudover var der i det indledende forløb uoverensstemmelser mellem personale og frivillige, idet de frivillige ikke altid følte at de havde medbestemmelse (Sundhedssekretariatet 2010), hvilket strider imod målet om høj borgerinddragelse.

I slutevalueringen fra 2014 fremgår det, at der ses positive tendenser i Korskærparken i forhold til borgernes mentale sundhed, samt den sociale kapital som er forbedret i området. Imidlertid er der fortsat udfordringer forbundet med den fysiske sundhed, samt at inkludere ikke-deltagende borgere i aktiviteterne (Bak & Andersen 2014).

I den opfølgende undersøgelse fra 2014, udarbejdet af konsulentfirmaet Epinion, fremgår bl.a. at andelen af borgere der i høj grad er tilfredse med og trygge ved at bo i området steget, mens borgerne ikke anser kriminalitet som et stort problem, omend de vurderer at Korskærparken stadig har et dårligt omdømme blandt borgere der ikke bor i området. Mere end hver fjerde borger med kendskab til projektet har også deltaget i én eller flere aktiviteter og størstedelen af disse borgere vurderer, at deltagelsen i et vist omfang har haft betydning for deres sundhed (Epinion 2014).

I den opfølgende undersøgelse viser sig dog også et broget billede af, hvorvidt borgerne føler sig hørt i beslutninger og indsatser der vedrører Korskærparken. Således viste undersøgelsen at 28 pct. kun i mindre grad eller slet ikke følte sig hørt i beslutninger og indsatser der vedrørte Korskærparken (Epinion 2014). Herudover har der vist sig udfordringer i forhold til inddragelse af ikke-deltagende borgere, hvor 74 pct. ikke deltog i Sundhedsprojektets aktiviteter

Den præsenterede case skal bidrage til en dybere indsigt i, hvad der ligger til grund for både de positive resultater og udfordringer i relation til den anvendte tilgang.

## 2.5 Problemafgrænsning

Ud fra problemanalysen fremgår det, at borgere i socialt udsatte boligområder har større sygelighed og dødelighed sammenlignet med den øvrige befolkning, hvorfor denne arena er relevant at beskæftige sig med i arbejdet med at reducere den sociale ulighed i sundhed. Borgerinddragelse fremgår som en central tilgang til dette, men er imidlertid forbundet med manglende retningslinjer og i den forbindelse usikkerhed forbundet med arbejdet i praksis. I den forbindelse tages udgangspunkt i en konkret case, med det formål at opnå dybdegående indsigt i muligheder og begrænsninger forbundet med borgerinddragelse i et socialt udsat boligområde. I den forbindelse søges indsigt i både en projektleders og borgeres oplevelser med borgerinddragelse i et socialt udsat boligområde, herunder med fokus på deres oplevelser af muligheder og begrænsninger. Denne indsigt skal bidrage til at belyse konkrete anbefalinger til det fremadrettede kommunale arbejde med borgerinddragelse i socialt udsatte boligområder, og forandringsperspektivet relaterer sig således ikke til casen, men til konkrete retningslinjer.

Ud fra ovenstående afgrænsning fremsættes følgende problemformulering:



## 3.0 Problemformulering

*Hvilke anbefalinger til det fremadrettede kommunale arbejde med borgerinddragelse i socialt udsatte boligområder kan udledes på baggrund af interview med projektleder og borgere, der har indgået i Sundhedsprojektet i Korsværparken, underbygget af videnskabelig evidens på området?*

Problemformuleringen besvares ud fra nedenstående forskningsspørgsmål:

- 1. Hvilke muligheder og begrænsninger oplever projektleder og borgere fra det socialt udsatte boligområde, Korsværparken, med den borgerinddragende tilgang i Sundhedsprojektet?*
- 2. Hvilke aspekter har betydning for inddragelsen af borgere samt sundhedsudbyttet i forebyggende og sundhedsfremmende indsatser i socialt udsatte boligområder, med borgerinddragelse som primær tilgang?*

Det første forskningsspørgsmål søges besvaret på baggrund af interview med projektlederen der var tilknyttet Sundhedsprojektet, samt interview med borgere bosiddende i Korsværparken under projektperioden. I analysen af interviewene, herunder den hermeneutiske meningsfortolkning inddrages begreber fra Pierre Bourdieus begrebsverden med henblik på at anskue bagvedliggende sammenhænge for informanternes udsagn. Det andet forskningsspørgsmål søges besvaret gennem en litteraturanalyse udarbejdet på baggrund af en systematisk litteratursøgning. I diskussionen sammenholdes resultaterne af interviewene og litteraturanalysen, hvilket resulterer i forandringsperspektiver til konkrete retningslinjer på, hvorledes borgerinddragelse fremadrettet bør gribes an i socialt udsatte boligområder.



## 4.0 Metode

*I dette kapitel præsenteres specialets anvendte metoder. Indledningsvist præsenteres den videnskabssteoretiske tilgang, som danner grundlag for de anvendte metoder og den empiri der genereres, analyseres og tolkes på. Herefter præsenteres specialets studiedesign, samt metode for interview og litteratursøgning.*

### 4.1 Videnskabsteoretisk tilgang

Specialets overordnede videnskabsteoretiske tilgang tager afsæt i Launsø et al.'s forståelse af det fortolkningsvidenskabelige paradigme, hvor forskning bygger på teorier, metoder og data, der bidrager til at skabe forståelse af menneskelige handlinger. Der er fokus på menneskers beskrivelser af sig selv, deres oplevede begivenheder, deres handlinger, aktiviteter samt erfaringer, hvorfor mennesket således bliver den primære datakilde (Launsø et al. 2011). I dette speciales kontekst er det centralt at forstå hvad borgere og projektleder i en boligsocial kontekst oplever som hhv. muligheder og begrænsninger i den borgerinddragende tilgang, og i den forbindelse hvad der hhv. motiverer og afholder borgere fra at indgå i Sundhedsprojektet. Af denne grund er projektleders og borgeres oplevelser omdrejningspunktet for den primære empirigenerering i dette speciale.

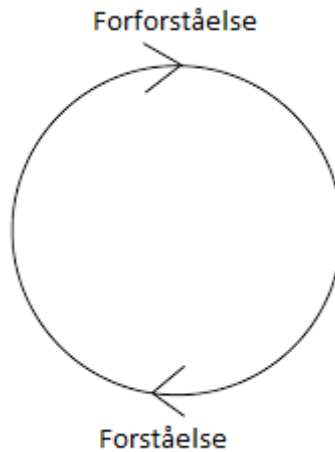
Indenfor det fortolkningsvidenskabelige paradigme er den forstående forskningstype jf. Launsø et al. central. Her er fokus på at fortolke og forstå fænomener, herunder at afdække menneskers meninger, vurderinger, motiver og intentioner i deres specifikke kontekst (Launsø et al. 2011). Den forstående forskningstype kan relateres til det hermeneutiske perspektiv, inden for hvilket mennesket ses i dets historiske kontekst med bestemte traditioner og fordomme, formet af det liv det har levet, under givne betingelser (Guldager 2015). I dette speciale er konteksten, det boligsociale område, hvori informanterne udtaler sig, således central for forståelsen af deres udsagn, hvorfor denne kontekst ekspliciteres. Konteksten blev søgt klarlagt gennem arbejdet med at opnå dybere forståelse for casen, Sundhedsprojektet i Korsværparken, for at opbygge denne forståelse af den kontekst informanternes oplevelser var udviklet i, gennem opholdelse i området i forbindelse med afholdelsen af interviews samt skriftlige dokumenter, som blev præsenteret i afsnit 2.4.

Den hermeneutiske tilgang omfatter ifølge Kvale og Brinkmann læren om tekstfortolkning, hvor målet er at opnå gyldige fortolkninger af en teksts mening, som i specialets kontekst er fortolkning af transskriberede interviews foretaget med en projektleder og borgere i Korsværparken (Kvale & Brinkmann 2009).



Den tyske filosof Hans-Georg Gadamer, der betragtes som en af de mest centrale hermeneutikere (Guldager 2015), hævder, at det ikke er muligt at sætte forskerens forforståelse i parentes i undersøgelsen af et givent fænomen. Han mener derimod, at forskerens forforståelse er et aktivt element og en nødvendig betingelse i forståelsen af et fænomen (Gadamer 2004). Således mener han at en ny forståelse opstår, når egen forforståelse og fordomme sættes i spil, i forhold til det udforskede fænomens forforståelse og fordomme. Gadamer betegner denne forståelsesproces som horisontsammensmeltning (Gadamer 2004). I kraft af forforståelsens betydning for forskningsprocessen, er det vigtigt at forsøge at opnå bevidsthed om egen forforståelse i relation til et forskningsprojekt, samt sætte denne i spil (Gadamer 2004). I dette speciale er vores forforståelse bl.a. formet af den litteratur og teori vi har identificeret i forbindelse med problemanalysen og problembearbejdningen (Gadamer 2004). Vi er bevidste om og anerkender at denne forforståelse påvirker vores forskning lige fra valg af problemfelt til fortolkning af interview. I den forbindelse påpeger Gadamer, at hvis vi intet ved om det fænomen vi skal undersøge, så ved vi ikke hvilke forskningsspørgsmål vi skal stille (Gadamer 2004).

Et fælles grundlag i den hermeneutiske tradition er den hermeneutiske cirkel, som jf. Dahlager og Fredslund indebærer: *“at vi kun kan forstå meningen med de enkelte dele ved at se dem i sammenhæng med deres helhed og kun kan forstå helheden ud fra de enkelte dele der skaber helheden”* (Dahlager & Fredslund 2011, p.159). I den klassiske hermeneutik hvor subjekt og objekt anses som adskilte, består den hermeneutiske cirkel af meningsdel og meningshelhed og her gælder det, at det fortolkende subjekt befinder sig udenfor den hermeneutiske cirkel og fortolker dele og helheder, tekst og kontekst, som et objekt inde i cirklen. I modsætning hertil ser Gadamer den hermeneutiske cirkel som en vekselvirken mellem forforståelse og forståelse, hvor subjekt og objekt ikke kan adskilles, men begge er en integreret del af cirklen (Dahlager & Fredslund 2011). I specialet anerkendes tilstedeværelsen af forforståelser, hvorfor de bevidst medbringes i processen mellem forforståelse og forståelse og altså påvirker den forståelse der dannes. Denne proces kan illustreres gennem Heidegger og Gadamers udlægning af den hermeneutiske cirkel (Dahlager & Fredslund 2011), som fremgår i figur 3.



Figur 3 illustrerer den hermeneutiske cirkel udlagt af Gadamer og Heidegger, og viser processen mellem forforståelse og forståelse (Dahlager & Fredslund 2011, p.160).

Således illustrerer Gadamer og Heideggers udlægning den proces der har struktureret problembearbejdningen i dette speciale hen mod besvarelsen af problemformuleringen. På baggrund af denne anvendelse ønskes at opnå en helhedsorienteret forståelse af det studerede fænomen, som udspringer af de forskellige dele der udgør helheden (Gadamer 2004). I det følgende anskues casestudiedesignet, der anses som en velegnet metode til at opnå dybdegående forståelse for et kontekstafhængigt fænomen og som netop vil kunne bidrage til at opnå helhedsforståelse ved at anskue enkeltdele.

## 4.2 Casestudiedesign

I følgende afsnit præsenteres det benyttede casestudiedesign samt dets anvendelse i specialet.

### 4.2.1 Det kvalitative casestudiedesign

Casestudiet anses som en velegnet strategi til empirisk at udforske fænomener i deres naturlige sammenhænge ved brug af forskellige datakilder (Ramian 2012) og anses som velegnet til at indfange sociale processer, idet kompleksiteten i sociale systemer og deres afhængighed af omgivelserne respekteres (Launsø et al. 2011), hvorfor dette design er fundet egnet. I dette speciale blev det kvalitative casestudiedesign anvendt til undersøgelse af problemstillingen, og det forstås ud fra den amerikanske professor Robert K. Yin som:

*"[A]n empirical inquiry that investigates a contemporary phenomenon in depth and within its real-life context, especially when the boundaries between phenomenon and context are not clearly evident"* (Yin 2009, p.18).

Casestudiet anses således som velegnet til dybdegående udforskning af kontekstspecifikke fænomener, idet det kan fremme forståelsen af fænomener og udvikle nye forklaringer (Maaløe 1996; Robson 2011), ligesom det er relevant at anvende når det antages, at der er sammenhæng mellem det sociale fænomen der undersøges og den kontekst hvori fænomenet udfolder sig (Antoft & Salomonsen 2012; Yin 2009). I nærværende speciale tog den anskuede case som tidligere præsenteret i afsnit 2.4 sit udgangspunkt i et socialt udsat boligområde. Dette boligområde var karakteriseret gennem bl.a. den fysiske udformning af det, af borgerne bosiddende i det og det sundhedsprojekt som fra 2008-2013 var aktivt der, hvorfor der var forskellige kontekstafhængige fænomener tilstede som betød, at casestudiedesignet fandt sin relevans.

Formålet med specialet er at opnå dybdegående forståelse for den betragtede case og fænomener i den, for på baggrund af denne forståelse, at udvikle nye forståelser af borgerinddragelse i socialt udsatte boligområder og skabe forandring i tilgangen til borgerinddragelsen i disse områder. På baggrund af dette formål karakteriseres casestudiedesignet i dette speciale som et teorifortolkende casestudie, hvilket udfoldes i følgende afsnit.

#### **4.2.2 Det teorifortolkende casestudie**

Ved valg af det teorifortolkende casestudie er der som udgangspunkt fra forskerens side en målsætning om at generere ny empirisk viden på baggrund af fortolkninger, der enten tager sit udgangspunkt i empiriske beskrivelser af en given case eller i teoretisk viden, som både danner en afgrænsende og fortolkende ramme omkring casestudiet (Antoft & Salomonsen 2012). Empiri og teori komplementerer således hinanden og kan spille forskellige roller i forskellige faser af casearbejdet (Antoft & Salomonsen 2012). I dette speciale dannede empirisk viden, opnået gennem problemanalysen, baggrunden for valget af case, mens både teoretiske perspektiver og empirisk viden bidrog i analysefasen. I de analytiske faser af casestudiet kan inddragelse af teori bidrage til at identificere mønstre i det empiriske materiale og desuden danne grundlag for en diskussion om, hvorvidt disse mønstre er generelle eller unikke. Teorien kan desuden bidrage til forklaring af casen og sammenhænge i casen (Antoft & Salomonsen 2012), hvilket den anvendte teori, som præsenteres i afsnit 5.0 netop i de analytiske faser blev benyttet til.

Idet der i casedesignet fordres anskuelse af et specifikt, kontekstafhængigt fænomen, må der sættes spørgsmålstejn ved mulighederne for at generalisere konklusionerne i bredere sammenhæng. Når der arbejdes teorifortolkende giver den teoretiske ramme mulighed for at foretage denne diskussion omkring, hvorvidt casen har en generel eller unik karakter (Antoft & Salomonsen 2012), hvilket er centralt for undersøgelsens forandringsværdi, i andre kontekster end den anskuede. Muligheden for generaliserbarhed af den anskuede case til andre kontekster anskues i det følgende afsnit.

### 4.2.3 Analytisk generalisering

Ifølge Antoft og Salomonsen ligger implicit i casebegrebet en forestilling om, at den anskuede case er repræsentant for en mere generel sammenhæng (Antoft & Salomonsen 2012). Casestudier kritiseres imidlertid ofte for, at det ikke kan vurderes om deres resultater kan generaliseres, idet de ofte er fremkommet på baggrund af ét eller få studier, og at det derfor ikke kan vurderes om deres resultater har generel gyldighed (Antoft & Salomonsen 2012). Bent Flyvbjerg tilbageviser imidlertid denne argumentation, idet han argumenterer for at casestudiets mulighed for at gå i dybden, netop gør det velegnet til at identificere nuancer ved et fænomen og derfor i højere grad kan bidrage til forståelse af fænomener end andre tilgange (Flyvbjerg 2015).

Generalisering ud fra casestudier foretages på baggrund af tidligere udviklet teori, som anvendes til sammenligning af de empiriske fund i casestudiet. Dette betyder, at generaliseringer sker gennem en proces hvor resultater fra enkelte tilfælde sammenholdes med teoretiske forestillinger, og på baggrund af disse dannes slutninger (Antoft & Salomonsen 2012; Maaløe 1996; Yin 2003). I nærværende speciale foretages denne sondring på baggrund af den præsenterede teori i afsnit 5.0. For at generaliseringer kan udvikles, forudsættes en systematisk beskrivelse og fortolkning af data, for at data kan anskues i sammenhæng med den overordnede tolkning af casen. Den anvendte fremgangsmåde for denne proces fremgår af afsnit 4.3.9. Gennem denne fremgangsmåde skabes en vekselvirkning mellem fortolkningen af enkeltfænomener og den overordnede tolkning af casen (Antoft & Salomonsen 2012), men samtidig skal der også rettes fokus mod, i hvilken grad sammenhænge fra den anskuede case kan genfindes i andre lignende undersøgelser (Antoft & Salomonsen 2012). Dette gøres i dette speciale gennem anvendelsen af et litteraturstudie, hvor bl.a. sammenhænge fra andre undersøgelser søges belyst.

## 4.3 Kvalitative interviews

*Dette afsnit har til formål at argumentere for valget af kvalitativ metode, herunder interview, som dataindsamlingsmetode til besvarelse af specialets første forskningsspørgsmål: Hvilke muligheder og begrænsninger oplever projektleder og borgere fra det socialt udsatte boligområde, Korskærparken, med den borgerinddragende tilgang i Sundhedsprojektet?*

*Afsnittet indeholder metodiske overvejelser og begrundelser for valg der træffes i forbindelse med udarbejdelse og gennemførelse af de individuelle kvalitative interviews. Afslutningsvis præsenteres fremgangsmåden for transskriptionen og analysestrategien. Enkelte afsnit vil være opdelt i interview med hhv. projektleder og borgere, i de tilfælde hvor fremgangsmåden varierer interviewene imellem.*

Det kvalitative forskningsinterview er ifølge Kvale og Brinkmann anvendeligt til at forstå verden ud fra menneskers synspunkter, hvor de har mulighed for at udfolde deres mening, der knytter sig til deres oplevelser, samt afdække deres livsverden (Kvale & Brinkmann 2009). Desuden er det kvalitative forskningsinterview jf. Christensen et al. anvendeligt, hvis det søges at beskrive og analysere processer og forløb, som mennesker gennemgår i grupper eller alene (Christensen et al. 2012).

I dette speciale søges der, jf. første forskningsspørgsmål, indsigt i en projektleder og borgeres oplevelser, herunder muligheder og begrænsninger, ved borgerinddragelse i et socialt udsat boligområde. Idet der ønskes indsigt i menneskers oplevelser og synspunkter i en given kontekst og indsigt i et forløb, Sundhedsprojektet i Korsværtparken, synes det kvalitative interview at være en anvendelig metode til at undersøge dette. Det er valgt inddrage perspektiver fra både en projektleder og borgere, for at få en nuanceret forståelse af borgerinddragelse i en boligsocial kontekst.

#### **4.3.1 Ethiske overvejelser**

At udføre kvalitative interviews med mennesker er forbundet med en række etiske overvejelser, der gælder fra interviewet planlægges til det udføres og analyseres (Kyvik 2012; Brinkmann 2015; Kvale & Brinkmann 2009). Ethiske problemer opstår fordi der ønskes at udforske menneskers private liv, herunder deres oplevelser, meninger og erfaringer, som deles i en offentlig arena (Kvale & Brinkmann 2009; Brinkmann 2015).

I Helsinki Deklarationen lægges der vægt på at der tages hensyn til individet der inddrages i forhold til videnskaben og samfundet (Kyvik 2012). Dette kommer bl.a. til udtryk ved at informanter der indgår i interviewene sikres fortrolighed og anonymitet, samt at informanterne er informeret om specialets formål, fordele og eventuelle risici, der kan være forbundet med deltagelse. Endvidere fremhæves at informanterne til enhver tid har ret til at trække sig ud af projektet (Verdenslægeforsamlingen 2009). Andre love der skal følges, i relation til forskning, er persondataloven som omhandler behandling af personoplysninger. Oplysninger om personer der indgår i specialet må ikke opbevares, således at det er muligt at identificere de personer der indgår. Desuden må det ikke være muligt at identificere enkeltpersoner når de indgår aktivt i specialet (Datatilsynet 2015).

Ovenstående omhandler de forskningsetiske overvejelser der er relateret til at inddrage mennesker og deres holdninger i en offentlig arena. Derfor følger hvorledes specialegruppen har handlet på baggrund af ovenstående.

Ved rekruttering af informanter indebærer det etiske aspekt at indhente informeret samtykke, således at informanterne er informeret om hvad de deltager i (Brinkmann 2015). Derfor blev der udarbejdet

deltagerinformation som fremgår i Bilag C, og en samtykkeerklæring som fremgår i Bilag D, for at sikre at informanterne var velinformeret omkring formålet med interviewet, deres frivillige deltagelse, at de til enhver tid kan trække sig ud, sikring af anonymitet samt fortrolighed i forhold til generering og analyse af empiri. Disse dokumenter blev tilsendt informanterne pr. mail inden afvikling af interviewene, samt gennemgået mundtligt med informanterne og underskrevet inden afviklingen. Inden afvikling af interviewet med projektlederen, blev informanten gjort opmærksom på eventuel manglende anonymitet i forhold til, at denne fremstår som projektleder for Sundhedsprojektet i Korskærparken i specialet, hvilket begrænser anonymiteten. Informanten gjorde dog klart at dette var underordnet, idet informantens navn alligevel ville kunne findes i forbindelse med projektdokumenter online. Samtidig gav informanten udtryk for at Korskærparken gerne måtte offentliggøres som den pågældende case.

Efter interviewenes afvikling indebærer det etiske aspekt beskyttelse af informanternes identitet og sikring af fortrolighed (Brinkmann 2015). Dette kommer til udtryk ved at informanterne tildeles et fiktivt navn i transskriptionen og ved inddragelse i analysen, samt at transskriptionen kun er tilgængelig for specialegruppe og destrueres efter specialets afslutning. Imidlertid fremgår også en oversigt med informanternes karakteristika i tabel 4 i afsnit 6.1.1, som er med til at give en dybere indsigt i hver informant. I denne fremgår det bl.a. i hvilke aktiviteter informanten har indgået under Sundhedsprojektet, men idet Sundhedsprojektet foregik i et geografisk afgrænset boligområde, kan det for nogle være muligt at identificere en informant. Disse informationer anses dog som nødvendige for at forstå den kontekst udtaler sig i.

### **4.3.2 Rekruttering af informanter**

Inden interviewenes afvikling blev der på baggrund af forskningsspørgsmålet opstillet inklusionskriterier for hvilke karakteristika informanterne, herunder projektleder og borgere, skulle besidde for at indgå i interviewundersøgelsen.

#### ***Projektleder***

Inklusionskriterierne for projektlederen indebar, at der skulle være tale om en projektleder, der havde arbejdet med borgerinddragelse i et socialt udsat boligområde. På baggrund af disse inklusionskriterier blev en ekstern kontakt, der har foretaget slutevalueringen af specialets case, kontakten med henblik på etablering af kontakt til projektlederen. Denne kontakt resulterede i et møde, hvorigennem kontaktoplysninger til en tidligere projektleder for Sundhedsprojektet i Korskærparken blev videreformidlet. Herefter tog specialegruppe kontakt til projektlederen pr. mail og fik derigennem aftalt tid og sted for interviewet.

### ***Borgere***

For borgerne indebar inklusionskriterierne, at de skulle være bosiddende i Korskærparken i projektperioden, men ikke nødvendigvis være aktive deltagere i projektet, idet der ønskedes indsigt i både deltagere og ikke-deltageres perspektiv, for at nuancere oplevelsen af borgerinddragelse. Herudover skulle borgeren være fyldt 18 år, samt tale og forstå dansk eller engelsk. Disse kriterier blev valgt, idet specialet beskæftiger sig med voksne, og vi kun besidder sprogfærdigheder inden for de pågældende sprog. Samtidig ønskes en variation i datamaterialet i relation til alder, køn og etnicitet, hvilket også stemmer overens med beboersammensætningen i Korskærparken jf. afsnit 2.4, idet der ønskes en nuanceret udlægning af oplevelserne med borgerinddragelse i et socialt udsat boligområde.

Specialegruppen havde et ønske om at interviewe 5-10 borgere, idet Kvale og Brinkmann anbefaler at der udføres interviews, indtil der ikke fremkommer ny viden om emnet, som også benævnes datamætning (Brinkmann 2014) hvilket dette antal antages at kunne bidrage til.

Kontakten til informanterne blev formidlet gennem førnævnte projektleder. Projektlederen opsøgte borgere i Korskærparken mundtligt med henblik på deltagelse i interview, med udgangspunkt i en deltagerinformation, Bilag C, udarbejdet af nærværende specialegruppe. Desuden har specialegruppen benyttet sig af snowball-metoden, som kan bidrage til at borgere retter henvendelse til andre borgere, med henblik på at identificere relevante informanter der har kendskab til andre borgere, der kunne være interessante for undersøgelsens formål (Christensen et al. 2012). I specialet blev dette gjort ved, at den rekrutterede projektleder tog kontakt til borgere hun havde kendskab til, som hun mente kunne bidrage til at nuancere billedet af det undersøgte fænomen, borgerinddragelse.

Specialegruppen er opmærksom på, at Sundhedsprojektet i Korskærparken afsluttede i 2013, hvorfor der kan forekomme recall bias (Juil 2012) i forhold til både projektlederens og borgernes udtalelser. Dette er forsøgt omgået ved at give god tid til refleksion undervejs i interviewet, ligesom det overordnede formål med interviewet blev forklaret til informanterne inden afvikling af interviewene. Formålet med interviewene gennemgås i det følgende afsnit.

### **4.3.3 Formål med interview**

#### ***Projektleder***

Det kvalitative interview med projektlederen havde til formål at skabe indsigt i tilgangen til borgerinddragelse i socialt udsatte boligområder, herunder opfattelsen af begrebet borgerinddragelse, samt niveauet heraf, og i hvilke faser det foregik. Herudover var formålet at få indsigt i de muligheder og udfordringer der var forbundet med den pågældende tilgang.

### **Borgere**

De kvalitative interview med borgerne havde til formål at skabe indsigt i oplevelsen af borgerinddragelse fra et borgerinddragelse, herunder de muligheder og begrænsninger borgerne oplevede med tilgangen i Sundhedsprojektet.

I det følgende afsnit præsenteres interviewformen for de afviklede interview.

#### **4.3.4 Interviewform**

Nærværende interview med projektlederen og borgere fra et socialt udsat boligområde er udformet som semistrukturerede interviews, idet der derved sikres at på forhånd opstillede temaer afdækkes, samtidig med at der er mulighed for at forfølge informantens svar og eventuelle interessante emner der afviger fra interviewguidens temaer kan opstå, hvilket ikke er muligt i mere faste interviewformer (Kvale & Brinkmann 2009). I det følgende afsnit gennemgås hvorledes interviewguiderne til interviewene er udarbejdet og udformet.

#### **4.3.5 Udarbejdelse af interviewguides**

Ifølge Kvale & Brinkmann udføres et interview oftest på baggrund af en interviewguide, der er et sæt af spørgsmål eller temaer, der strukturerer interviewforløbet mere eller mindre stramt (Kvale & Brinkmann 2009), hvilket gør sig gældende i nærværende speciale.

Ved et semistruktureret interview, som her anvendes, vil interviewguiden indeholde på forhånd fastlagte temaer som søges belyst, og forslag til spørgsmål relateret hertil (Kvale & Brinkmann 2009). For både interviewet med projektlederen og borgerne gør det sig gældende, at interviewguidens temaer udspringer af specialets forskningsspørgsmål samt af problemanalysen. De udarbejdede interviewguides fremgår i Bilag A.

Kvale og Brinkmann skelner mellem tematiske forskningsspørgsmål og interviewspørgsmål i interviewguiden. Forskningsspørgsmålene er bredt formuleret og undersøges via flere interviewspørgsmål, med henblik på at belyse forskningsspørgsmålet nuanceret (Kvale & Brinkmann 2009).

Interviewspørgsmålene er formuleret i letforståeligt dagligdagssprog, således at de er korte og enkle, for at fordre dynamikken i interviewet, hvorimod forskningsspørgsmålene er formuleret i et mere teoretisk sprog. Ligeledes er interviewspørgsmålene udformet med overvejelser omkring, at de overordnet skal være åbne og ikke for ledende, for at undgå at lægge specialegruppens forforståelse ned over informantens og derved, ifølge Kvale og Brinkmann, præge informantens svar (Kvale & Brinkmann 2009). Ledende spørgsmål kan imidlertid være anvendelige i forhold til at kontrollere reliabiliteten af informanternes svar (Kvale & Brinkmann 2009), hvorfor denne spørgeteknik stedvis anvendes. I den forbindelse er der benyttet



forskellige typer af interviewspørgsmål til interviewguiden, herunder meget åbne indledende spørgsmål, med henblik på at skabe spontane og righoldige beskrivelser, hvor det er informanten selv der kommer frem med de væsentligste aspekter af det undersøgte fænomen (Kvale & Brinkmann 2009). På denne baggrund blev disse åbne spørgsmål som udgangspunkt stillet som det første ved hvert tema. Yderligere er eksempelvis benyttet specificerende spørgsmål, fortolkende spørgsmål og opfølgende spørgsmål, for at sikre dybdegående svar. Sidstnævnte indebærer interviewerens evne til at lytte aktivt efter hvad informanten siger og forfølge dette.

Afslutningsvis i interviewguiden fremgår en tabel med hjælp til spørgeteknik, inspireret af Kvale og Brinkmann, som anvendes undervejs i interviewet for at sikre dybdegående udsagn og mulighed for at forfølge disse udsagn (Kvale & Brinkmann 2009).

I interviewguiden med borgerne blev der opstillet to spørgebatterier til de forskellige temaer, som var betinget af i hvor høj grad informanten var inddraget i projektet, hvilket blev afdækket indledningsvist i interviewet. Der blev desuden indsat en kolonne med de forskellige niveauer af borgerinddragelse ifølge deltagelsesstigen afsnit 2.3.3, samt forskellige aktiviteter i Sundhedsprojektet, som bidrog som et hjælperedskab til intervieweren, for at sikre konkrete og dybdegående svar.

I det følgende afsnit præsenteres interviewsituationen for de afviklede interview.

### **4.3.6 Interviewsituationen**

#### ***Projektleder***

Interviewet med projektlederen blev planlagt til at foregå i Medborgerhuset i Korskærparken, af hensyn til praktiske omstændigheder for informanten, og med henblik på at informanten skulle føle sig tilpas i vante omgivelser. Da specialegruppen ankom til Medborgerhuset i Korskærparken var der reserveret et lokale hvor interviewet blev afviklet. Til stede under interviewet var foruden informanten en interviewer der varetog selve interviewet ud fra interviewguiden, og en assistent der varetog lydoptagelsen og markerede hvis nogle spørgsmål ikke blev belyst undervejs, som dermed afslutningsvist kunne tages op. Interviewet med projektlederen varede en time og fire minutter.

#### ***Borgere***

Interviewene med borgerne blev planlagt til at foregå enten i et lokale i Medborgerhuset eller privat hos informanten, afhængig af hvad der passede informanten bedst. Specialegruppen havde igen fået reserveret et lokale i Medborgerhuset, hvor tre af de fire interviews blev afviklet, mens det sidste blev afviklet privat hos informanten. Som ved interviewet med projektlederen var der foruden informanten en interviewer og assistent til stede, som varetog de samme arbejdsopgaver som ved interviewet med projektlederen. Foruden borgere, som under specialets empiriindsamling var bosiddende i Korskærparken, kom

specialegruppen, ved hjælp af projektlederen, i kontakt med tre borgere, som var bosiddende i Korskerparken under Sundhedsprojektet, men efterfølgende fraflyttet. Disse borgere blev interviewet i et lokale på Aalborg Universitet.

Interviewene med borgerne varierede fra 19 til 39 minutter.

#### **4.3.7 Kvalitet af de kvalitative interviews**

Kvaliteten af de oprindelige interviews er ifølge Kvale og Brinkmann afgørende for kvaliteten af den efterfølgende analyse, verifikation og rapportering af den genererede empiri (Kvale & Brinkmann 2009). Inden afvikling af interviewene, blev der derfor foretaget en pilottest af interviewguiderne, med henblik på at sikre forståelsen af spørgsmålene og foretage nødvendige ændringer i relation hertil (Kvale & Brinkmann 2009), samt sikre om nøglebegreber forstås på samme måde af informant og interviewer (Launsø et al. 2011). Samtidig fik interviewer og assistent erfaring med interviewsituationen (Kvale & Brinkmann 2009).

##### ***Pilottest af interviewguiden til projektlederen***

Pilottesten af interviewguiden til interviewet med projektlederen, blev udført af den pågældende interviewer og assistent på en sygeplejerske, hvilket er i tråd med projektlederens uddannelsesmæssige baggrund. I forbindelse med pilottesten blev specialegruppen opmærksom på formuleringen og forståelsen af enkle interviewspørgsmål og disse blev tilpasset i henhold til informantens kommentarer.

##### ***Pilottest af interviewguiden til borgerne***

Interviewguiden til interviewene med borgerne blev foretaget af pågældende interviewer og assistent på en medstuderende, velvidende af det bør udføres på en der opfylder inklusionskriterierne. Her kunne det første interview med en borger have fungeret som pilottest, men grundet antallet af informanter blev det vurderet ikke at gøre dette. I forbindelse med pilottesten blev specialegruppen opmærksom på, at interviewspørgsmålene primært var rettet mod de borgere der i høj grad var inddraget i Sundhedsprojektet, hvorfor der blev udformet to spørgebatterier, som nævnt i afsnit 4.3.5, således at der var spørgsmål rettet til borgere, der både i større og mindre grad havde deltaget.

##### ***Validering af transskription***

Efter interviewene var afviklet og transskriberet blev transskriptionerne for interviewene valideret af transskribenten og gruppens øvrige medlemmer, der sammen læste og lyttede dem igennem og kontrollerede om der var konsensus i henhold til lydfilen (Kvale & Brinkmann 2009). I det følgende afsnit præsenteres proceduren for selve transskriptionen.

#### 4.3.8 Fremgangsmåde for transskriptionen

For at klargøre interviewene til analyse, blev der foretaget en transskription af interviewene, som i følge Kvale og Brinkmann indebærer at lydfilerne bliver oversat fra talesprog til tekstsprog. Forinden påbegyndelsen af transskribering blev udformet en transskriptionsprocedure, der sikrede en ensartethed af transskriberingen (Kvale & Brinkmann 2009). Transskriptionsproceduren fremgår nedenfor:

- Angiv tid hvert minut i margen.
- Angiv med forbogstav hvem der taler: F for forsker, I for informant og A for assistenten, hvis denne kommer til orde.
- Skift linje når ny person begynder at tale.
- Angiv (...) ved ikke-forståelige passager.

Transskriptionen af alle otte interview blev foretaget af specialegruppens medlemmer. I transskriptionen blev der ikke medtaget pauser, betoning eller følelsesudtryk, med begrundelse i at dette ikke vurderes at have betydning for den pågældende type af interview og den efterfølgende analyse. Ligeledes er transskriberingen holdt i et formelt skriftsprog og udtryk som *øh* og *mm* er udeladt, da dette anses som værende uden betydning for informantens mening.

Transskriptionen af de otte interview danner baggrund for den videre analyse af datamaterialet, hvorfor den valgte analysestrategi præsenteres i det følgende afsnit.

#### 4.3.9 Analysestrategi

I dette afsnit præsenteres den anvendte analysestrategi til analysen af de foretagne interviews. I specialet benyttes hermeneutisk meningsanalyse som analysestrategi, idet denne tilgang fordrer muligheden for at opnå dybere forståelse af sociale fænomener på baggrund af bl.a. subjektive udsagn, kontekstafhængige faktorer og gennem anvendelse af teori (Dahlager & Fredslund 2011).

Formålet med analysen var at opnå forståelse for fænomener, herunder borgerinddragelse i en boligsocial kontekst, gennem fortolkning af informanternes udsagn, og dette kan ifølge Gadamer jf. afsnit 4.1 kun ske hvis forskeren sætter sig ind i hvilket perspektiv informanternes udsagn er givet i (Dahlager & Fredslund 2011). Således foretages fortolkningen i samspil med informanternes fortolkning af fænomener, idet det netop er informanternes oplevelser under Sundhedsprojektet der søges fortolket, og med denne tilgang var der mulighed for, at informanternes og vores forskelligartede forforståelser mødtes og udviklede ny forståelse.

Den anvendte analysemetode er udarbejdet med henblik på at organisere interviewmaterialet, koncentrere meningsindholdet, samt frembringe den implicitte mening med det sagte (Kvale & Brinkmann 2009).

Analysetilgangen kan ifølge Kvale & Brinkmann overordnet anskues som en dekontekstualisering, hvor dele af interviewmaterialet bliver taget ud af helheden for en nærmere anskuelse, og en rekontekstualisering, hvor interviewmaterialet bliver samlet igen på en ny måde, begge dele styret af forskningsspørgsmålet (Kvale & Brinkmann 2009).

Der arbejdes i nærværende analyse inden for tre faser, der jf. Kvale og Brinkmann kaldes kodning, meningskondensering og meningsfortolkning. Kodningen og meningskondensering bidrager til organisering af interviewmaterialet, mens meningsfortolkningen har til formål at skabe en dybere og mere kritisk fortolkning af interviewmaterialet (Kvale & Brinkmann 2009). I det følgende præsenteres de tre faser eksplicit.

Første fase indebærer en kodning af interviewmaterialet. Her tilføjes ét eller flere nøgleord til et udsagn eller tekststykke, med henblik på at identificere dette udsagn senere i analyseprocessen. Dette var en hjælp med henblik på at drage paralleller, de otte interview imellem, i de efterfølgende analysefaser. Kodningen var indledningsvist begrebsstyret, hvilket betyder at vi havde udviklet en række koder i starten på baggrund af forskningsspørgsmålet og temaerne i interviewguiden. Denne type kodningen bidrog til at systematisere kodningen og bidrog til at lette processen med at drage paralleller på tværs af interview. Undervejs har vi imidlertid også benyttet datastyret kodning, der udvikles på baggrund af interviewmaterialet, idet nye relevante aspekter kunne opstå, som ellers ikke ville indgå i den videre analyse (Kvale & Brinkmann 2009). Konkret foregik første fase ved, at vi, uafhængigt af hinanden, kodede interviewmaterialet ved brug af farvekoder, se figur 4 med de begrebsstyrede koder, der repræsenterede den handling eller oplevelse der blev beskrevet beskrives af informanten (Kvale & Brinkmann 2009). De datastyrede koder fremgår, sammen de begrebsstyrede koder, i kodetræet i Bilag A, og blev anvendt ved at kode tekststykker relateret dertil med en ny farve. Hvert interview blev kodet af to personer, således at der blev sikret en nuanceret kodning af materialet.



Figur 4 viser de begrebsstyrede koder fra første fase i analyseprocessen.

Der henvises til Bilag E for et eksempel på kodningen af et tekststykke. Denne første fase indgår ikke i analysen af interviewene i afsnit 6.1, men bidrager til en organisering af interviewmaterialet, samt en

transparens i forhold til analysens faser. Kodningen af hele interviewmaterialet illustreres i to kodetræer, et for interviewet med projektlederen og et for interviewene med borgerne, der fremgår i Bilag A.

Anden fase indebærer en meningskondensering af interviewmaterialet, hvor de meninger og udsagn informanterne udtrykker, sammenfattes i kortere formuleringer (Kvale & Brinkmann 2009).

Dette foregik ved at to gruppemedlemmer først sammenfattede de uafhængigt identificerede tekststykker med koder for hvert interview fra første fase, for derefter at identificere meningsbærende enheder på tværs af interviewene. Det var samtidig i denne fase, at temaer på baggrund af koderne opstod.

Resultatet af denne fase indgår i meningsanalysen afsnit 6.1, hvor den er delt op mellem projektleder og borgere, for at skildre de to perspektiver, som efterfølgende i meningsfortolkningen kobles sammen.

Sidste fase indebærer en meningsfortolkning. Denne har til formål at skabe en dybere og mere kritisk fortolkning af interviewmaterialet. Her går forskeren ud over det der direkte bliver sagt og finder frem til meningsstrukturer der ikke umiddelbart fremgår af interviewmaterialet. I denne fase var spørgsmålet ikke hvad udsagnene sagde i sig selv, men hvordan de kunne forstås som svar på forskningsspørgsmålet ved netop at identificere meningsstrukturer og relationer der ikke umiddelbart fremtrådte (Kvale & Brinkmann 2009). I hermeneutikken er tolkninger ifølge Kvale og Brinkmann imidlertid ikke forudsætningsløse, men styret af fortolkerens forforståelse, hvorfor førnævnte opdeling i temaer således blev påvirket af forforståelsen (Kvale & Brinkmann 2009). Derfor vil andre forskere med anden forforståelse potentielt identificere andre perspektiver i denne fase end tilfældet i specialet.

I denne fase blev resultaterne fra meningskondenseringen koblet på en ny måde, ved at koble projektlederen og borgernes udsagn på tværs, samtidig med at der inddrages begreber fra Pierre Bourdieus begrebsverden, som præsenteres i afsnit 5.0, med henblik på at opnå en dybere forståelse for de bagvedliggende sammenhænge for informanternes udsagn og oplevelser. Netop den teoretiske referenceramme bidrog i denne fase til at skabe nye fortolkninger af udsagnene og rekontekstualisere dem inden for en teoretisk ramme (Dahlager & Fredslund 2011).

## 4.4 Litteratursøgning

*Dette afsnit har til formål at anskue den metodiske fremgangsmåde for specialets litteratursøgning, som består af hhv. en indledende og en systematisk litteratursøgning. Den indledende litteratursøgning blev foretaget i projektets indledende fase med henblik på at få grundlæggende viden og forståelse for specialets problemfelt og afgrænsning af dette (Frandsen et al. 2014; Rienecker & Jørgensen 2008). Den systematiske litteratursøgning er anvendt i relation til besvarelse af specialets andet forskningsspørgsmål: Hvilke aspekter har betydning for inddragelsen af borgere samt sundhedsudbyttet i forebyggende og sundhedsfremmende*

*indsatser i socialt udsatte boligområder, med borgerinddragelse som primær tilgang?*

*Der henvises til Bilag B for selve søgestrategien og en dokumentation af den systematiske søgning.*

#### **4.4.1 Den indledende litteratursøgning**

Den indledende litteratursøgning var formuleret som en bred emnebaseret søgning og havde til formål at skabe indsigt i specialets problemfelt. Der blev søgt indenfor emner som socialt udsatte boligområder, områdets betydning for sundhed, borgerinddragelse og boligsociale projekter. Søgningen var fokuseret mod både grå litteratur (Rienecker & Jørgensen 2008; Kristensen & Sigmund 2007) på eksempelvis Sundhedsstyrelsens hjemmeside og internettet generelt, samt videnskabelig litteratur fundet ved brug af de videnskabelige databaser PubMed, Cochrane Library, PsycInfo, Cinahl og Sociological Abstracts. Ved fund af relevant litteratur blev kædesøgning anvendt med henblik på at finde primærkilder, som kunne kvalificere problemstillingen yderligere. Kædesøgningen foregik ved at referencelisterne fra relevant litteratur, fremfundet i den indledende søgning, blev gennemgået med henblik på at lokalisere relevante primærkilder til videre gennemlæsning (Rienecker & Jørgensen 2008). Den litteratur der fremkom af den indledende litteratursøgning er primært anvendt i udarbejdelsen af det initierende problem og problemanalysen, samt benyttet med henblik på at identificere centrale begreber. Søgningen resulterede i den forbindelse i et arbejdsredskab til den systematiske litteratursøgning, idet der blev udarbejdet et skema med de identificerede centrale begreber og synonymer under relevante blokke. Dette redskab blev således anvendt til at afgrænse og fokusere den systematiske litteratursøgning og fremgår af Bilag G.

#### **4.4.2 Den systematiske litteratursøgning**

Den systematiske litteratursøgning havde til formål at afdække evidensbaseret viden om borgerinddragelse i boligsociale kontekster, og danner sammen med interview med projektleder og borgere grundlag for udarbejdelse af veldokumenterede anbefalinger til borgerinddragelse i en boligsocial kontekst.

Den systematiske litteratursøgning blev foretaget i perioden fra d. 29. april-5. maj.

Der blev søgt i følgende sundhedsvidenskabelig databaser: PubMed, Cinahl, PsycInfo, Sociological Abstracts og Embase. Disse databaser medfører at der inkluderes søgninger i medicinske og sociologiske databaser, der sikrer potentialet for en flervidenskabelig anskuelse af problemstillingen. Begrundelsen for valg af de enkelte databaser fremgår i Bilag B. I det følgende afsnit anskues vejen fra den indledende litteratursøgning til den systematiske litteratursøgning.

#### **Fra den indledende til den systematiske litteratursøgning**

Dette afsnit har til formål at eksplicite vejen fra den indledende søgning, og arbejdsredskabet udarbejdet i den forbindelse, til den endelige søgestrategi i den systematiske litteratursøgning. I den indledende fase

blev der gjort brug af vejledning fra Aalborg Universitetsbibliotek, med henblik på at kvalificere søgestrategien, og det blev herigennem erfaret at antallet af blokke skulle reduceres, for at brede søgningen ud, i kraft af den begrænsede litteratur på området. I forbindelse hermed blev opstilling af eksplicite in- og eksklusionskriterier påpeget som et alternativ til blokken outcome. Denne vejledning syntes at bidrage til at øge kvaliteten af den endelige søgestrategi.

Ved den indledende søgning var erfaringerne at der fremkom få hits ved at kombinere for mange blokke, hvilket kan skyldes at blokken med socialt udsatte boligområder er meget snæver, grundet et manglende kontrollerede emneord. Det blev derfor besluttet at udføre den systematiske søgning med to blokke: patient og intervention.

Sorteringen af søgeord i de to blokke skete ved at der i første omgang blev kombineret forskellige søgeord mellem blokkene, hvilket resulterede i at en række søgeord blev ekskluderet, idet der ingen eller få hits fremkom. Herefter blev der isoleret set søgt på de enkelte søgeord under blokken socialt udsatte boligområder, for at finde frem til ved hvilke ord der fremkom relevant litteratur. For at kvalificere søgeordene i denne blok, blev det gennemgået, hvilke ord relevante artikler fra den indledende søgning anvendte. I det følgende afsnit ansues søgestrategien for den systematiske søgning.

### **Søgestrategi**

For at sikre konsistens i den systematiske litteratursøgning blev en søgeprotokol udarbejdet, som er en eksplicit, struktureret plan for hvorledes litteraturen fremkommer. Denne protokol styrker pålideligheden af søgningen, idet andre på et senere tidspunkt kan reproducere den, samtidig med at den fungerer som en dokumentation for processen (Frandsen et al. 2014; Kristensen & Sigmund 2007). Søgestrategien kan med fordel bygges op omkring PICO-modellen, idet empiriske undersøgelser har vist, at den bidrager til at øge fokus i søgningen og til at systematisere processen, samt kan medvirke til en sortering af litteraturen (Frandsen et al. 2014). Den systematiske søgning er inspireret af PICO-modellen og er foretaget som en bloksøgning, idet flere dele af PICO-modellen ikke indgår. *Patient* relaterer sig her til konteksten, idet borgere og kontekst i denne sammenhæng anses som indbyrdes afhængige, mens *intervention* relaterer sig til borgerinddragelse.

Nedenfor i tabel 3 illustreres den danske betegnelse for søgeordene, som blot skal illustrere de to blokkes indhold. Der henvises til Bilag B for at se de anvendte søgeord for de udvalgte databaser.

Tabel 3 viser de danske betegnelser for søgeordene i de to blokke for den systematiske litteratursøgning.

Patient	Intervention
Socialt udsatte boligområder	Borgerinddragelse

Inden for hver blok indgår flere søgeord som er gensidigt synonyme. Disse søgeord kombineres med den booleske operator OR, som udvider søgningen. Herefter kombineres blokkene med hinanden ved at anvende den booleske operator AND, som indsnævrer søgningen (Buus et al. 2008; Kristensen & Sigmund 2007).

Når søgestrategien udarbejdes, er det vigtigt at være opmærksom på, at hver database har sit eget søgesprog (Kristensen & Sigmund 2007). I den forbindelse blev søgestrategien formuleret i PubMed og blev efterfølgende tilpasset de øvrige databaser i henhold til den pågældende databases søgesprog.

I den systematiske litteratursøgning er der anvendt kontrollerede emneord, som findes ved hjælp af den pågældende databases thesaurus, som er en terminologi finder, der kan lokalisere den standardiserede term for det pågældende søgeord (Buus et al. 2008). Fordelen ved at søge på kontrollerede emneord er, at alle studier der omhandler et givent område altid får tildelt det samme kontrollerede emneord, uafhængig af hvilket ord forfatteren har valgt at anvende (Kristensen & Sigmund 2007).

For blokken socialt udsatte boligområder, findes ikke et kontrolleret emneord, hvorfor dette udfordrer systematikken. Denne udfordring genfindes i et systematisk review af Algren et al., der påpeger udfordringen ved at der ikke er en entydig definition af socialt udsatte boligområder. Heri skildres at *Neighbourhood deprivation* er et hyppigt anvendt begreb, men at der ikke fremgår en entydig definition eller operationalisering af begrebet. De peger afslutningsvis på at fremtidig forskning bør fokusere på at definere og operationalisere dette begreb, som dermed vil lette arbejdet med et systematisk review, samt give mulighed for at udarbejde en meta-analyse (Algren et al. 2015).

De kontrollerede emneord er suppleret med fritekstsøgning, for at brede søgningen ud og sikre, at de nyeste studier, der endnu ikke er indekseret under et kontrolleret emneord, inkluderes i søgningen. For blokken socialt udsatte boligområder gælder at denne kun består af fritekstsøgning på baggrund af ovenstående. I de tilfælde hvor søgeordet i fritekstsøgningen består af to eller flere ord, som f.eks. *Consumer participation*, anvendes frasesøgning, som udføres ved at sætte søgeordet i citationstegn. Dette med henblik på at angive ordenes sammenhæng og dermed sikre, at der søges på den rigtige rækkefølge af



ordene og ikke søges på de enkelte ord separat (Kristensen & Sigmund 2007). Som nævnt består blokken kun af fritekstsøgning, og i forbindelse hermed er benyttet trunkering, for at udvide søgetermerne. Trunkering bevirker at databasen søger på alle tænkelige endelser af ordet ud fra ordstammen. Denne metode anvendes ved at sætte en asterisk (\*) i slutningen af søgetermens ordstamme (Buus et al. 2008). Specialegruppen har på denne baggrund anvendt fritekstsøgning og trunkering, hvor særligt trunkering har vist sig som en anvendelig metode til at udvide denne blok.

### **Limits for litteratursøgningen**

I flere af de anvendte databaser er der mulighed for at fastsætte limits, som er forskellige begrænsninger der kan indbygges i søgestrategien. Dette kan være references publikationsdato, sprog eller studiedesign (Buus et al. 2008).

I dette speciale er valgt af at begrænse sprog til dansk, engelsk, svensk og norsk, idet specialegruppen besidder sprogfærdighed indenfor disse sprog. Det er valgt ikke at limitere publikationsdatoen og studiedesign, idet den indledende søgning har bidraget til erfaring om et begrænset antal hits, hvorfor en yderligere limitering kan resultere i at relevant litteratur ekskluderes. Dog forholdte specialegruppen sig kritisk overfor de forskellige studiers anvendelighed ved opstilling af in- og eksklusionskriterier.

### **In- og eksklusionskriterier**

Inden den systematiske litteratursøgning blev der opstillet in- og eksklusionskriterier, hvilket ifølge Kristensen og Sigmund kan bidrage til, at der opnås et mere præcist og antalsmæssigt overskueligt outcome af søgningen, med det formål at sikre studierne relevans for nærværende problemstilling (Kristensen & Sigmund 2007). Grundet den brede søgning med kun to blokke, relateret til patient og intervention, var det nødvendigt at opstille inklusionskriterier relateret til outcome. Her blev det fastsat at outcome enten skulle relatere sig til deltagelse, idet deltagelse ligger implicit som mål i borgerinddragelse, eller sundhedsfremme, idet dette er målet med de borgerinddragende indsatser som specialet beskæftiger sig med. Yderligere var et inklusionskriterie, at den primære tilgang i studiet skulle være borgerinddragelse, samt at studierne målgruppe skulle være lig med specialets, borgere i et socialt udsat boligområde. Med henblik på at sikre overførbare til dansk kontekst blev der kun inkluderet studier fra vestlige lande. Et eksklusionskriterium var, at artiklernes studiepopulation ikke måtte være rettet primært mod personer under 18 år, da denne målgruppe vurderes at være uden for specialets fokus.

### **Udvælgelse af litteratur**

Efter den systematiske litteratursøgning var foretaget, var næste trin at udvælge relevant litteratur til den videre bearbejdning. Dette blev foretaget dels på baggrund af ovenstående in- og eksklusionskriterier og dels i en udvælgelsesproces bestående af tre trin: primær, sekundær og tertiær udvælgelse. *Den primære*

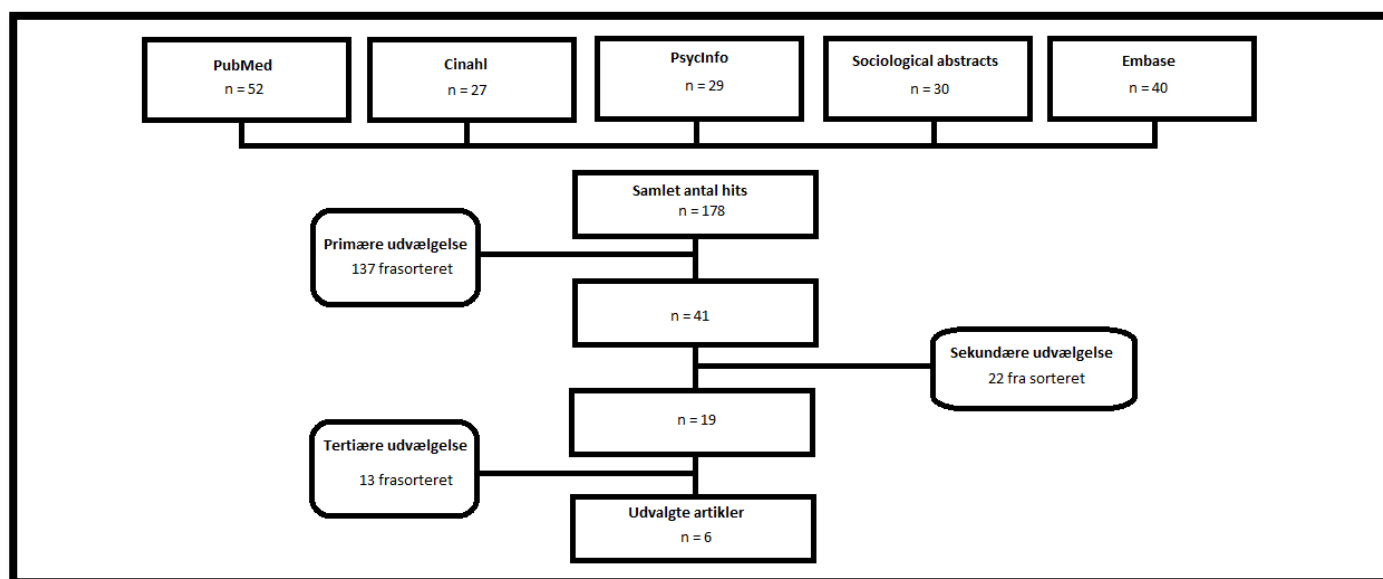
udvælgelse er foretaget på baggrund af relevansen af studiets titel. Den sekundære udvælgelse er foretaget på baggrund af studiets abstract, mens den tertiære udvælgelse er foretaget ud fra gennemlæsning af studiet.

Ifølge Buus et al. 2008 kan et referencehåndteringsprogram fungere som et redskab til at holde styr på sine kilder i denne udvælgelsesproces (Buus et al. 2008). Derfor har specialegruppen anvendt Mendeley for at holde styr på den store mængde af referencer i denne fase.

Ved den tertiære udvælgelse kan det være hensigtsmæssigt at strukturere sin indledende læsning, så den ikke bliver udisciplineret. Dette kan gøres ved at opstille en række basale spørgsmål som f.eks. studiets formål, metode, datagrundlag, analysestrategi, resultater og kritik/bias (Buus et al. 2008).

Vi udarbejdede derfor et skema, som fremgår i Bilag F, der blev udfyldt undervejs, og samtidig fungerede som et anvendeligt redskab til den efterfølgende vurdering af litteraturen.

De tilbageværende studier efter den tertiære udvælgelse indgår i specialets litteraturstudie, der præsenteres i afsnit 6.3. I figur 5 illustreres udvælgelsesprocessen af studierne fremfundet i den systematiske litteratursøgning i et flowdiagram.



Figur 5 illustrerer et flowdiagram over udvælgelsesprocessen i den systematiske søgning.

Hvilke databaser de udvalgte studier fremkom fra, fremgår i Bilag B og i tabel 5 i forbindelse med præsentation af studierne.

### Vurdering af litteratur

De endeligt udvalgte studier blev vurderet kritisk ud fra validerede tjeklister, tilhørende det givne studiedesign. Denne kritiske vurdering havde til formål at sikre, at de inkluderede studiers metodologi var

af tilfredsstillende kvalitet (Kristensen & Sigmund 2007). I nærværende specialet er anvendt tjeklisterne CASP, PRISMA og STROBE på baggrund af de studiedesigns der er inkluderet. De inkluderede studier og analysen heraf, fremgår i analyse af litteraturstudie afsnit 6.3.

Fremgangsmåden for den kritiske vurdering var, at hvert enkelt studie blev læst igennem, sideløbende med at den givne tjekliste blev afkrydset og udfyldt. Studiernes kvalitet vurderes desuden på baggrund af evidenshierarkiet og -typologien, inspireret af Rieper og Hansens debat om evidens (Rieper & Hansen 2007).

Årsagen til at studierne både vurderes på baggrund af evidenshierarkiet og -typologien, er at evidenshierarkiet er relativt smalt defineret, idet studiedesigns rangordnes efter den gyldne standard for forskningsdesign, hvor det randomiserede, kontrollerede studie (RCT) er øverst i evidenshierarkiet, mens casestudier er langt nede. Denne opbygning er udarbejdet med en forestilling om, at nogle studiedesigns, med den optimale gennemførelse, vil give mere troværdige resultater end andre designs. På trods af, at et RCT-studie er placeret øverst i evidenshierarkiet, kan det lige såvel som andre designs være mere eller mindre godt gennemført. Et RCT-studie er anvendeligt, hvis det ønskes at teste om en given intervention har effekt eller ej, men kan ikke sige noget om hvorfor den har effekt eller ej, samt hvordan modtagerne oplevede indsatsen. Rationalet for udarbejdelse af evidensstypologier er at forskellige studiedesigns kan besvare forskellige forskningsspørgsmål. I stedet for at fokusere på at nogle studiedesign er stærkere end andre, bør der i højere grad fokuseres på at tilpasse studiedesignet ud fra den problemstilling der søges belyst. Med evidensstypologien søges mod et mere helhedsorienteret perspektiv på evidens (Rieper & Hansen 2007).

## 5.0 Teoretisk referenceramme

I dette kapitel præsenteres den teoretiske referenceramme anvendt til hermeneutisk meningsfortolkning af de foretagne interviews. Til dette anvendes begreber fra den franske sociolog Pierre Bourdieu (1930-2002), der i sit arbejde beskæftigede sig med anskuelse af bagvedliggende sammenhænge, betydende for de umiddelbare valg individer træffer (Tanggaard Andersen & Timm 2010). I dette speciale er det netop disse bagvedliggende sammenhænge der søges anskuet i arbejdet med at besvare forskningsspørgsmålet: *Hvilke muligheder og begrænsninger oplever projektleder og borgere fra det socialt udsatte boligområde, Korskærparken, med den borgerinddragende tilgang i Sundhedsprojektet?*

I de følgende afsnit belyses relevante aspekter af begreberne habitus, felt, kapital og slutteligt følger en skelnen mellem individers roller, som alle anvendes i den hermeneutiske meningsfortolkning.

### 5.1 Habitus

Habitus er ifølge Bourdieu et princip der giver individet forudsætninger for at tackle forskelligartede situationer, på baggrund af dets tidligere opnåede erfaringer, ligesom det er styrende for individets måde at opfatte og handle på i forskellige situationer (Bourdieu & Wacquant 2009). Habitus er således betydende for hvad individet opfatter som rigtigt og forkert, og ud fra disse opfattelser, hvilke valg der træffes (Bourdieu 1997). Habitus danner baggrund for de måder vi handler på og er betydende for, hvorvidt vi i sociale sammenhænge kan handle meningsfuldt uden kontinuerligt at skulle formulere målsætninger og tilrettelægge strategier til opnåelse af mål (Bourdieu & Wacquant 2009). De strategier habitus ubemærket virker styrende for tilrettelæggelsen af, er forskelligartede, afhængigt af det felt de aktiveres i. Således er habitus fleksibelt, men dog inden for bestemte sociale strukturer, hvori habitus er udviklet (Bourdieu & Wacquant 2009). Ligesom habitus er styrende for, hvad der findes rigtigt og forkert, er det styrende for, hvilken livsstil individet udlever og hvilke præferencer det har, eksempelvis gennem den kost der indtages eller politiske holdninger (Bourdieu 1997; Bourdieu & Wacquant 2009). Ofte vil individer fra samme sociale position dele samme livsstil og tilhøre samme gruppe af habitus. Her vil individet kunne identificere sig selv i de øvrige og ubevidst passe ind, hvorfor det typisk ønsker at indgå i sådanne sammenhænge (Bourdieu 1997; Bourdieu & Wacquant 2009).

Habitus karakteriseres af Bourdieu som foranderlig, og kan forandres, hvis individet oplever pludselige omvæltninger og ikke kan identificere strukturerne i en ny situation. Her vil individet dels ikke vide hvordan det handler meningsfuldt, idet det ikke har opbygget erfaringer fra den nye situation, dels ikke nødvendigvis ubevidst passe ind i sammenhængen. I sådanne situationer må individets habitus forandres

således at det passer ind i den nye situation, mens der også kræves en accept fra den nye situation af individet for at det vil kunne indgå (Bourdieu & Wacquant 2009).

Habitus beskrives af Bourdieu som relationelt med feltbegrebet, idet disse begreber kun fungerer optimalt i relation til hinanden (Bourdieu & Wacquant 2009). Habitus fremstår som betydende for individets natur og samtidig har individets natur betydning for, hvilke sammenhænge det ønsker at indgå i (Bourdieu & Wacquant 2009). På baggrund af denne relation anskues i det følgende Bourdieus feltbegreb.

## 5.2 Felt

Felter beskrives af Bourdieu som scener, der er strukturerede med klare regler og normer, hvor der udspiller sig kampe blandt individerne om at opnå magt til at fastsætte de gældende regler for feltet (Bourdieu & Wacquant 2009). Felter er struktureret af objektive, historiske relationer, som virker styrende for, hvilke strategier der giver mening for individerne at bringe i spil, i kampene om at opnå magt (Bourdieu 1997; Bourdieu & Wacquant 2009). Individer indgår kun i et givent felt, hvis de ser et formål med det og hvis feltets regler og normer accepteres af individet. Samtidig skal individet besidde bestemte kvalifikationer og egenskaber for at blive accepteret af feltet, hvorfor individet så at sige skal 'passe' til feltet for at kunne indgå i det (Bourdieu & Wacquant 2009). Ved at deltage i et felt bekræfter individerne desuden at der er noget at kæmpe om og her er det bl.a. magten til at fastsætte de interne regler der er på spil, mens der også kæmpes om andre goder, fordele eller belønninger forbundet med at indgå i et felt (Bourdieu & Wacquant 2009). Kan individer derimod ikke se et formål med at indgå i et specifikt felt, vil feltet ikke kunne fungere og miste sin position som arena for magtkampe (Bourdieu 1997). På denne måde kan felter kun eksistere når individer kan se et formål med at bruge dem, ligesom felter skal eksistere for at individer kan vurdere om de ser et formål med at bruge dem (Bourdieu 1997).

Ligesom at habitus og felt anses som relationelle, er felt og kapital relationelle, idet værdien af kapitaler afhænger af, i hvilket felt de bringes i spil (Bourdieu & Wacquant 2009). I det følgende afsnit anskues derfor kapitalbegrebet.

## 5.3 Kapital

Bourdieu beskriver kapitaler gennem en analogi, hvor kapital betragtes som spillekort der kan anvendes:

*"Der er med andre ord kort, der har en værdi på alle felter [...] men deres relative værdi som trumfkort er afhængig af det felt, de spilles ud i, og de forandringer, feltet undergår gennem tid."* (Bourdieu & Wacquant 2009, p.85).

Nogle kort, forstået som de grundlæggende former for kapital, har således altid en værdi, men værdien afhænger af, i hvilket felt og på hvilket tidspunkt kapitalen medbringes til feltet.

Der eksisterer ifølge Bourdieu tre grundlæggende typer af kapital, som er kulturel-, social- og økonomisk kapital. Herudover findes symbolsk kapital, der er værdi individet kan tillægges af andre, på baggrund af dets handlinger (Bourdieu & Wacquant 2009). I det følgende ansues imidlertid de tre kapitaltyper kulturel-, social- og økonomisk kapital, som også anvendes i den hermeneutiske meningsfortolkning. Kapitaler forstås som ressourcer individet kan have til rådighed i forskellig grad, og som kan anvendes til at anskaffe fordele og indflydelse inden for de felter hvori der indgås (Bourdieu & Wacquant 2009).

Kulturel kapital styres af individets kompetence, uddannelse og viden, som vil kunne omsættes til værdi i bestemte sociale sammenhænge, hvorfor den ikke har nogen umiddelbar værdi i sig selv, men kan tillægges det af de sammenhænge den medbringes i. Kulturel kapital dækker ligeledes individets måde at agere på i en kultur, eksempelvis gennem måder at opføre sig på (Bourdieu 1997; Bourdieu & Wacquant 2009).

Social kapital forstås som summen af eksisterende eller potentielle ressourcer, individet har til rådighed gennem sociale netværk og forbindelser, som der vil kunne samles og trækkes på ved behov for eksempelvis at opretholde en social position (Bourdieu & Wacquant 2009). Social kapital er således en netværkskapital og vil kunne udbygges gennem forskellige sociale strategier, eksempelvis ved at indgå i sociale sammenhænge.

Økonomisk kapital forstås som adgang til penge og andre materielle goder, der kan være til rådighed i større eller mindre grad. Ifølge Bourdieu kan denne kapitaltype desuden omdannes til de øvrige, ligesom de øvrige kan omdannes til økonomisk kapital (Bourdieu 1997).

Kapitalerne kan benyttes til at udøve magt og opnå indflydelse i felter, og mulighederne for dette afhænger af mængden og værdien af individets tilgængelige kapital (Bourdieu & Wacquant 2009). Bourdieu beskriver, at individer typisk vil have mere tilfælles med andre i et felt, jo tættere de befinder sig på hinanden i forhold til kapitalmængde, mens kapital også har betydning for, hvor i feltet det er muligt at placere sig (Bourdieu 1997). Individer med forskellige mængder kapital kan således godt indgå i de samme felter og efterstræbe det samme, men vil typisk positionere sig sammen med andre der ligner dem, på baggrund af kapitalmængde og type.

I relation til kapitalbegrebet skelner Bourdieu mellem dominerende og dominerede individer. Typisk vil dominerende individer i en sammenhæng være de med mest kapital til rådighed, og som på baggrund af deres kapital, er de der typisk vinder magtkampene og derfor definerer reglerne og målsætningerne for de felter det indgår i. Dominerede er modsat de med mindre kapital til rådighed i givne sammenhænge og derfor de der ofte indgår i et felt, men uden at have stor indflydelse på feltet. Dominerede har imidlertid mulighed for at yde modstand mod dominerende og formulere alternative regler og mål for feltet, hvilket vil kunne medføre skift i feltets måde at fungere på, og derved give dominerede en oplevelse af indflydelse, men også betyde at de dominerede tvinges til at forlade feltet (Bourdieu & Wacquant 2009).

Som det fremgår af dette afsnit, er der stærke relationer mellem begreberne habitus, felt og kapital og disse begreber er i høj grad styrende for individets prioriteringer og muligheder i den sociale verden. I det følgende kapitel følger analysen af specialets resultater, og begreberne bringes i spil i afsnit 6.2, for at bidrage til en nuancering og dybere forståelse for informanternes udsagn.

## 6.0 Analyse af specialets resultater

*I dette kapitel præsenteres resultaterne fra de kvalitative interview og resultaterne fra den systematiske litteratursøgning.*

### 6.1 Meningsanalyse af de kvalitative interviews

*Analysen af interviewet med projektlederen og interviewene med borgerne præsenteres hver for sig i meningsanalysen jf. afsnit 4.3.9. Derefter følger resultaterne af den hermeneutiske meningsfortolkning, hvor de to perspektiver er sammenfattet, med inddragelse af begreber fra Pierre Bourdieus begrebsverden.*

#### 6.1.1 Præsentation af informanter

I dette speciale var informanterne til interviewene en projektleder, der var ansat under hele Sundhedsprojektet og syv borgere, der var bosiddende i Korskærparken under projektperioden. I tabel 4, på følgende side, gives et overblik over informanterne, hvor deres navn er anonymiseret, hvorfor de har fået tildelt et fiktivt navn i analysen, mens deres demografiske karakteristika, herunder køn, alder, beskæftigelse og etnicitet, samt engagement i Sundhedsprojektet fremgår.

Informanternes demografiske forhold er varierende i de førnævnte karakteristika, hvilket anses som ønskværdigt, med henblik på at få et nuanceret billede på oplevelserne af borgerinddragelse i en boligsocial kontekst.



Tabel 4 viser en oversigt over de otte informanter der indgår i interviewundersøgelsen

Informanter	Køn	Alder (år)	Beskæftigelse	Etnisk baggrund	Engagement under SP
<b>Projektleder:</b>					
<b>Hanne</b>	K	-	I arbejde (Sygeplejerske & projektleder)	Dansker	Projektleder
<b>Borgere:</b>					
<b>Aisha</b>	K	23	Studerende	Somalier	Tidl. bruger af zumba
<b>Søren</b>	M	60	Førtidspension	Dansker	Medlem af PR-gruppen
<b>Hans</b>	M	75	Pension	Dansker	Frivillig i adskillige aktiviteter og praktiske gøremål
<b>Omar</b>	M	55	Studerende	Afghaner	Bruger af Mandeklubben og krolf
<b>Lene</b>	K	51	Førtidspension	Dansker	Bruger af Værestedet Hyggen og tai chi, samt næstformand i Kvindeforeningen Svanerne
<b>Fatima</b>	K	23	Studerende	Afghaner	Tidl. sekretær i Foreningen Korsvær og bruger af kvindesvømning og zumba
<b>Wasim</b>	M	23	Studerende	Afghaner	Tidl. frivillig instruktør i krolf

De foretagne interviews blev udført med henblik på at besvare specialets første forskningsspørgsmål: *Hvilke muligheder og begrænsninger oplever projektleder og borgere fra det socialt udsatte boligområde, Korsværparken, med den borgerinddragende tilgang i Sundhedsprojektet?*

Interviewene blev udført på baggrund af interviewguiderne i hhv. Bilag A1 og A3, og fremstillingen af meningsanalysen har baggrund i analysestrategiens andet trin jf. afsnit 4.3.9. I det følgende præsenteres de informanter der indgår i interviewundersøgelsen.

## 6.1.2 Analyse af interview med projektleder

Temaerne til analysen af interviewet med projektlederen udsprang fra kodningen af interviewet, jf. analysestrategiens først fase i afsnit 4.3.9. Disse temaer udgør:

- Empowerment-orienteret tilgang fordrer relevante aktiviteter
- Projektlederen som ligeværdig med borgerne
- Opsøgende arbejde understøtter deltagelse
- Relationsarbejde understøtter deltagelse
- Projektleders ophør udfordrer Sundhedsprojektets videreførelse

### Empowerment-orienteret tilgang fordrer relevante aktiviteter

Hannes arbejde med Sundhedsprojektet tog udgangspunkt i en projektbeskrivelse udarbejdet af Sundhedssekretariatet i Fredericia Kommune. Hun beskriver at tilgangen til projektet var bredt formuleret: *"[...] det var ikke fordi der var skrevet så meget eller at det var et omfattende projekt at læse, men der var jo ikke skrevet så meget om hvordan går man så i gang med arbejdet."* Hanne havde således åbne rammer for arbejdet. Hun uddyber yderligere om projektbeskrivelsen:

*"[...] selvfølgelig var det også beskrevet at vi skulle arbejde med at fremme sundheden og trivslen [...]. Og jeg skulle gøre det ved hjælp af borgerinddragelse. Så det var både middel og mål."*

Således fremgår sundhedsfremme som et centralt mål, og borgerinddragelse som det centrale middel til at opnå dette, samtidig med at borgerinddragelse også fremgår som et mål i sig selv. Om borgerinddragelsestilgangen uddyber Hanne: *"jamen det har været fuldstændig den gennemgående tråd, næsten ufravigeligt vil jeg sige."* Ifølge Hanne var formålet med denne tilgang:

*"[...] at gøre folk aktive i deres eget liv. Det var at give, skal vi sige magten [...] den der empowerment-tankegang. Det var at give magten til beboerne og få dem til at fortælle os, systemet, hvad er det der skal til, for at vi får et bedre liv, som igen kan være et fundament til at gøre noget andet, nogle andre tiltag, for at øge livskvaliteten."*

Det fremgår således, at Hanne forbinder borgerinddragelse med en empowerment-tankegang, hvorunder det fremgår centralt at tage udgangspunkt i borgernes behov og ønsker, samt give borgerne magt, således at de bliver i stand til at få kontrol over eget liv. I den forbindelse beskriver Hanne at der indledningsvist blev indkaldt til et åbent møde for borgerne, der handlede om at få dem inddraget tidligt i Sundhedsprojektet:

*“Så starten gik jo med at indkalde alle herude til et åbent møde i forhold til nogle temaer, som handlede om, hvordan, sådan overordnet set, hvordan kan vi fremme sundheden, trivslen. Hvordan kan vi leve bedre selvom vi har kroniske sygdomme, problemer. Hvordan kan vi få mere kontrol over vores eget liv var også et stort tema. Hvordan kan vi få skabt nogle fællesskaber herude. Hvordan kan vi inddrage områdets omdømme, som var uendeligt dårligt på det her tidspunkt. Så det var meget åbne temaer som der blev inviteret ind til.”*

Således fremgår det, at borgerne blev søgt inddraget helt fra projektets start, med henblik på at definere problemområder, og måderne hvorpå disse skulle gribes an. Om mulighederne ved den, i projektet, anlagte empowerment-orienterede tilgang, beskriver Hanne:

*“Jamen det giver en helt anden styrke, at alle initiativer er taget af beboerne. At retningen er styret af beboerne. Og at det jo derfor selvfølgelig er, hvad skal vi sige, nogle ideer som for dem er nærværende og har betydning.”*

Med borgerne som initiativtagere oplevede Hanne således, at aktiviteterne fik en speciel styrke, i kraft af, at de syntes meningsfulde og relevante for borgerne. Om mulighederne ved den anlagte tilgang i Sundhedsprojektet påpeger hun yderligere:

*“Men resultaterne er langt større end hvis jeg havde arbejde på traditionel vis. Ingen tvivl om det. Jeg ville aldrig selv kunne få så mange mennesker med og jeg ville aldrig selv kunne have tænkt så mangfoldigt og abstrakt, selvfølgelig, som alle de her mennesker gør tilsammen.”*

Således fremgår det at Hanne oplever borgerinddragelsen som en tilgang der formår at inddrage flere borgere end ved, hvad hun betegner som arbejde på traditionel vis, og samtidig åbner tilgangen op for mange perspektiver.

Af ovenstående afsnit fremgår det, at borgerinddragelse har været en helt central og gennemgående tilgang i Sundhedsprojektet, med borgerinddragelse anskuet som både mål og middel, idet der både var fokus på sundhedsfremme, men samtidig også et fokus på en empowerment-tilgang, hvor det handlede om at give borgerne magten. Hanne oplevede at denne tilgang bidrog til at skabe relevante og meningsfulde aktiviteter for borgerne, samt bidrog til langt større resultater, end hvis hun havde arbejdet på traditionel vis.

### **Projektleder som ligeværdig med borgerne**

Hanne giver udtryk for at hun i Sundhedsprojektet har været meget bevidst om sin rolle, idet hun udtrykker: *“Jeg har været meget opmærksom på at være en ligeværdig deltager, medspiller i gruppen.”*

Således har hun bestræbt sig efter at indgå som deltager i aktiviteterne på lige fod med borgerne. Hun giver imidlertid udtryk for, at hun indledningsvist havde en anden forestilling om sin rolle: *“Jeg havde jo en idé om, jeg kom jo fra en offentlig stilling, jeg havde en idé om, at på en eller anden måde, så skulle jeg have*

*lidt kontrol.*” Hurtigt blev hun dog opmærksom på, at dette ikke var den rette tilgang og beskriver i den forbindelse hendes rolle i den første gruppe hun var med til at starte op: *“Det var jo netop at de skulle have ejerskabet fra starten af. Så det blev jo deres hjemmeside og med dem som redaktører og med mig som almindelig deltager, som også kunne lave indslag, såvel som de kunne.”* Hun søgte således en position, hvor hun deltog på lige fod med borgerne, på trods af sin status som projektleder. Hun fortæller at det var let for hende at slippe kontrollen, da hun først oplevede de positive virkninger af hendes tilgang: *“Jeg slap det hurtigt, fordi når resultaterne kommer hurtigere ind end jeg selv ville kunne have frembragt dem, så slipper man.”* Hanne fandt således ind i en rolle som medspiller, frem for sundhedsprofessionel, i kraft af hendes oplevelse af positive resultater ved denne tilgang.

Af ovenstående fremgår det at Hanne aktivt søgte en rolle som medspiller, i stedet for en rolle som leder, idet hun oplevede at denne tilgang skabte bedre resultater.

### **Opsøgende arbejde understøtter deltagelse**

Det opsøgende arbejde fremstår som et grundelement i Hannes arbejde, og hun beskriver hvordan hun benyttede sig af denne tilgang helt fra projektets start, med henblik på at samle så mange borgere som muligt til et opstartende borgermøde:

*“[...] det handlede om at jeg havde nogle kontaktnavne. Jeg havde nogle formænd for boligorganisationerne, jeg havde nogle nøglepersoner i etniske grupper. Ja, det var nok sådan mest starten. Så dem besøgte jeg. Bankede på døren og besøgte. Og fik ligesom dem med på, at her har vi en fælles opgave, en fælles udfordring.”*

Således fremgår det, at Hanne havde fokus på at komme i kontakt med forskellige nøglepersoner i området. Om formålet med denne tilgang uddyber hun yderligere: *“Og de kunne jo så pege på nogle andre navne, nogle naboer, så egentlig var det et stort netværk der blev etableret inden det her store møde.”* Således fremgår det at Hanne benyttede sig af nøglepersonernes ressourcer til at rekruttere yderligere borgere, altså en snowball-proces, der blev oplevet som succesfuld, da den resulterede i et stort fremmøde af borgere.

Hanne oplevede, at det hovedsageligt var de ressourcestærke borgere der var med i Sundhedsprojektet fra start af, og beskriver i den forbindelse den udfordring der var forbundet med at inddrage de mindre ressourcestærke borgere: *“[...] folk der sidder med mange problemstillinger, er syge og i misbrug, arbejdsløshed, kontanthjælp, etnisk nydanskere osv., har jo ofte ikke modet til at melde sig til sådan noget.”* Således fremgår det, at hun oplevede borgernes mod, som en barriere for deres deltagelse i projektet, i kraft af forskellige personlige udfordringer. I relation til denne udfordring med at inddrage visse borgere udtrykker hun, at hun derfor gennemgående i projektet havde fokus på den opsøgende tilgang: *“[...]”*

*undervejs har jeg jo hele tiden været opsøgende.*" Om vigtigheden af denne opsøgende tilgang udtrykker hun: *"Så hvis ikke jeg havde gjort andet, så ville de have siddet hele vejen og været tilskuere og der havde ikke været ret mange deltagere i noget som helst."* Hanne oplevede således den opsøgende tilgang som central, med henblik på at få borgerne inddraget i projektet.

Af ovenstående fremgår det, at Hanne oplevede den opsøgende tilgang som effektiv i forhold til at finde nøglepersoner, som igen kunne rekruttere yderligere borgere. Det fremgår desuden at hun kontinuerligt havde fokus på denne tilgang, og at hun oplevede den som væsentlig i forhold til at inddrage borgere, som ellers ikke ville indgå.

### **Relationsarbejde understøtter deltagelse**

I tæt relation med det opsøgende arbejde, havde Hanne også fokus på relationsarbejde i forhold til at inddrage de borgere der var udfordrende at nå. Om dette arbejde fortæller hun bl.a.: *"Så det handlede om at komme ud og også være deltagende i nogle af deres ting, f.eks. de etniske minoritetsgrupper, de har jo deres organisationer og de holder jo deres nytårsfester og andre fester [...]."* Det fremgår heraf, at Hanne gik ud og tog del i borgernes hverdag, med henblik på at opbygge en relation til dem. Hanne uddyber yderligere om relationsarbejdet: *"Jeg har ofte haft individuelle snakke først og ikke været, ikke været interesseret i folks problemstillinger. Det er jo en ny tilgang kan man sige. Jeg har været interesseret i historier. Folks ressourcer."* Det fremgår heraf, at hun i hendes møde med borgerne har været opmærksom på deres ressourcer i stedet for at fokusere på deres problemstillinger. Hun beskriver hvordan relationsarbejdet har bidraget til at inddrage borgerne:

*"Det har været relationsarbejde, lige så stille undervejs alle årene, som har fået etniske minoriteter f.eks ind i området, eller ind i aktiviteterne. I forhold til udsatte, danskere især, misbrugere, psykisk syge, der har det været meget at bevæge sig ude i området og så finder man jo ud af hvem der."*

Hanne har således løbende gennem projektet været opmærksom på at komme ud blandt borgerne og opbygge relationer til dem, og oplevede at denne tilgang bidrog til at inddrage borgerne i Sundhedsprojektet.

Af ovenstående fremgår det at Hanne, sideløbende med det opsøgende arbejde, fokuserede på relationsarbejde, ved at tage del i borgernes hverdag og udvise interesse for dem. Hun oplevede denne tilgang som væsentlig i forhold til at understøtte borgerne til deltagelse.

## Projektleders ophør udfordrer Sundhedsprojektets videreførelse

Sundhedsprojektet sluttede i 2013 og dermed sluttede også Hannes daglige gang i Korskærparken. Hun har i den forbindelse oplevet udfordringer med videreførelsen af nogle af de igangsatte aktiviteter:

*“Der var mange undervejs som var for afhængige af, hvad skal man sige, min indsats. Som så ikke levede videre [...], fordi alle de indsatser som virkelig krævede at vi kom ud og fortalte om hvad vi har gang i, måtte jo lukke ned da vi sluttede.”*

Således fremgår det at de indsatser der var afhængige af en opsøgende tilgang, ikke formåede at blive videreført efter projektperiodens udløb og dermed Hannes afslutning i projektet. Hun var således en stor kapacitet i forhold til aktiviteterne fortsatte virke. Hanne har yderligere oplevet at nogle borgergrupper gled ud af foreningsarbejdet i kraft af hendes afslutning i projektet:

*“Andre udfordringer efter vi sluttede, det var jo også, kan jeg se i dag, at der er flere etniske minoritetsgrupper som er stoppet i bestyrelsesarbejde. Fordi det har krævet en enorm tolerance at have dem med og oplære dem i f.eks. bestyrelsesarbejde. [...] foreninger er et fuldstændig fremmed begreb for dem og de blev jo lynhurtigt overhalet af danskere. Så hvis ikke jeg hele tiden holdt hånden under dem og langsomt introducerede dem mere og mere og mere, så tabte vi dem. Og den del har jo været svært efter jeg stoppede.”*

Således fremgår det at deltagelsen i foreningsarbejde er særligt udfordret for etniske minoritetsgrupper i forbindelse med, at der ikke længere er nogen til at understøtte dem i at indgå på trods af kulturelle barrierer. I samme forbindelse påpeger Hanne dog at disse borgere ikke er helt uden fortsat deltagelse:

*“Men de står stadig deltagende i f.eks. motionsforeningen.”*

Generelt oplever Hanne at Sundhedsprojektets tiltag fortsat formår at køre videre efter projektets afslutning: *“Det lever i vid udstrækning videre.”* Hun forklarer endvidere hvorledes projektet er forsøgt videreført *“[...] man har beholdt de to deltidsansatte på få timer. Og kommunen holder møde med Foreningen Korskær, den her paraplyforening.”* Foreningen Korskær blev oprettet på borgernes initiativ, og således fremgår det at både kommune og borgere har gjort en indsats for at sikre Sundhedsprojektets videreførelse. Om Foreningen Korskær udtrykker Hanne:

*“Og den er så privilegeret den her paraplyforening, at vores tidligere vicekommunaldirektør for Fredericia Kommune er blevet frivillig herude. Og vores tidligere HR-chef fra Fredericia Kommune er også blevet frivillig. Det er jo to kæmpe kapaciteter. [...] der sidder også nogle gode beboere, så der er et godt samarbejde med Fredericia Kommune, så det er faktisk flot.”*

Hun oplever Forening Korskær som en værdifuld forening i kraft af stærke frivillige. Det fremgår heraf at arbejdet i Korskærparken fortsat lever videre, trods visse udfordringer med videreførelsen, som beskrevet

ovenfor. Hanne udtrykker imidlertid en vis bekymring om arbejdets videre gang, i forbindelse med når de økonomiske midler fra kommunen ophører:

*“Det spændende er jo hvad der så sker fra ’18, hvor midlerne slutter, og hvor man selv skal ud og søge penge. Det kræver jo at man kan noget om fundraising, så det bliver en ny tid og endnu en svær udfordring.”*

Hanne oplever således økonomiske midler som en potentiel udfordring for Sundhedsprojektets fortsatte virke .

Af oventstående afsnit fremgår det, at Hanne oplever sin afslutning i Sundhedsprojektet som betydende for, at aktiviteter, afhængige af hendes opsøgende tilgang, måtte afslutte, og visse borgere der havde brug for særlig støtte for at deltage, måtte stoppe. Hanne oplever imidlertid, at projektet har formået af fortsætte i vid udstrækning, bl.a. i kraft af en borgerledet forening, men udtrykker også bekymring for projektets fremtid i relation til økonomiske midler.

#### **Opsummering af interview med projektlederen**

I ovenstående analyse fremgår det, at Hanne oplevede borgerinddragelsestilgangen, med fokus på empowerment, som en tilgang der skabte meningsfulde aktiviteter for borgerne og som skabte langt større resultater end hvis hun havde arbejdet på traditionel vis. Hun oplevede i den forbindelse, at hendes rolle som medspiller, hvor hun indgik i aktiviteter på lige fod med borgerne uden at tage styringen, havde en positiv betydning for Sundhedsprojektets resultater.

Yderligere oplevede Hanne, at hendes opsøgende tilgang og relationsarbejde blandt borgerne, havde afgørende betydning for borgernes inddragelse og fortsatte deltagelse i projektet.

Afslutningsvis fremgår det at hun, trods en overordnet oplevelse af at projektet lever videre, oplevede hendes afslutning i projektet, som betydende for, at nogle aktiviteter og grupper af borgere måtte stoppe.

### 6.1.3 Analyse af interview med borgere fra Korskærparken

Temaerne til analysen med borgerne udsprang fra kodningen af interviewene, jf. analysestrategiens første fase i afsnit 4.3.9. Disse temaer udgør:

- Inddragelse i beslutningsprocessen overvinder skepsis
- Projektleder imødekommer alle borgere
- Opsøgende projektleder fordrer selvtillid til deltagelse
- Potentiale i borgerledet rekruttering
- Social interaktion er incitament til deltagelse
- Fokus på trivsel og mental sundhed fremstår relevant
- Sundhedsprojektets videreførelse er udfordret

#### **Inddragelse i beslutningsprocessen overvinder skepsis**

Flere informanter tilkendegav, at tilgangen i Sundhedsprojektet, med udgangspunkt i borgernes ønsker og behov, har haft afgørende betydning for deres interesse og engagement. I den forbindelse udtrykker Fatima, at hun oplevede, at borgere, der oprindeligt var skeptiske overfor projektet, lagde dette fra sig, da hun forklarede dem, at projektet skulle være på deres vilkår:

*[...] hver gang jeg tolkede [for] nogle, så var de sådan: Nå hvad skal hun [projektlederen] her, altså hvad er det hun gerne vil fra os, og så sagde jeg netop: 'Hun er her for at hjælpe, hun er her for at starte noget op for jer, kun for jeres skyld, og hun går meget op i hvad I gerne vil', og det gjorde jo at folk var mere åbne for det [...]."*

Det fremgår således, at projektets tilgang var væsentlig at tydeliggøre overfor borgerne, for at overvinde deres skepsis. Søren havde ligeledes indledningsvist en skepsis overfor projektet: *"[...] altså jeg forestillede mig at nu ville kommunen komme og fortælle mig hvordan jeg skulle leve mit liv. Det ville jeg ikke rigtig."* Om hans skepsis uddyber han yderligere: *"Jeg synes ikke man skulle bruge penge på, at vi skulle lære at holde op med at ryge og spise gulerødder. Det ved alle og enhver vel."* Søren giver således udtryk for at han tager afstand fra en tilgang hvor det handler om at blive belært om sundhed, idet han ikke oplever et behov for dette. Ligesom for de borgere Fatima henviser til, blev de negative forestillinger Søren havde om projektets tilgang, gjort til skamme: *"Det har så heller ikke været den måde det er praktiseret på [...]."* Han uddyber yderligere om hans oplevelse af tilgangen: *"Jamen for mig at se gik det jo ikke så meget ud på sundheden, det gik ud på hvad vi ville som beboere herude i det hele taget. Og så gik det jo også ud på at skabe nogle fællesskaber."* Således fremgår det, at Søren har haft en oplevelse af at projektets tilgang har taget sit udgangspunkt i borgernes ønsker og behov, og dette har for ham, ligesom det er tilfældet for de



borgere Fatima henviser til, været udslagsgivende for at han valgte at tage del i projektet.

Søren peger på hvordan han ser, at den indledende skepsis til Sundhedsprojektet helt kunne være undgået:

*“Man skulle nok have startet med at spørge beboerne, 'kunne I tænke jer det og hvad skal det sådan indeholde hvis I kunne tænke jer det'. I stedet for at komme og sige, at 'nu har vi de penge som vi nu engang havde og nu starter vi det'.”*

Han mener således, at borgernes mulighed for indflydelse skulle have gjort sig gældende allerede inden projektet blev en realitet.

Aisha giver ligesom Fatima og Søren udtryk for at tilgangen i Sundhedsprojektet, med fokus på inddragelse af borgerne i beslutningsprocesser, er meningsfuld for hende:

*“[...] det er jo egentlig ikke kun folk som kom med den her idé til Korsbærparken [Sundhedsprojektet] der sidder og diskuterer, de har jo også borgeren med. Det er dét jeg synes der er rigtig fedt, at man egentlig lytter til borgerne der bor i selve området.”*

Heraf fremgår det, at Aisha oplever at borgerne bliver hørt, og bliver inddraget på lige fod med øvrige aktører i Sundhedsprojektet, hvilket hun finder positivt.

Den åbne tilgang med udgangspunkt i borgernes præmisser har desuden åbnet op for relevante og meningsfulde aktiviteter for borgerne. Fatima, som var meget engageret i bl.a. igangsættelse af aktiviteter, beretter at hun sammen med projektlederen igangsatte kvindesvømning på baggrund af tilkendegivelser om et ønske herfor, fra borgerne:

*“[...] altså vi gik meget op i hvad de ville, altså dem der boede her i Korsbærparken, og hvad de interesserede sig for, og der var meget interesse for kvindesvømning i starten, fordi der er mange kvinder der ikke må eller vil tage ud at svømme, når der er mænd til stede, så vi så det som en mulighed.”*

Heraf fremgår det, at der blev lyttet til borgernes ønsker, og handlet her ud fra. Aisha, der hovedsageligt indgik i Sundhedsprojektet som deltager på aktiviteter, udtrykker relevansen af denne aktivitet for hende:

*“[...] så var der sådan noget svømning for alle kvinder og det deltog jeg også meget i, fordi jeg normalt ikke går ud og svømmer selvfølgelig, når der er mænd til stede.”* Zumba, der på samme måde som kvindesvømning opstod på baggrund af borgernes ønsker og behov, fremstod ligeledes som værende relevant for kvinderne. Fatimas oplevelse var i den forbindelse: *“zumba det var et super hit, alle var vilde med det”* og Aisha oplevede ligeledes aktiviteten som meningsfuld: *“[...] så var der de her zumba timer og sådan noget, og dem deltog min mor for eksempel i, for nu var der mulighed for sådan udenlandske kvinder for eksempel kunne komme og bevæge sig lidt [...]”* Aktiviteter igangsat på baggrund af borgernes ønsker og behov, synes således meningsfulde for borgerne.

Af ovenstående afsnit fremgår det, at tilgangen i Sundhedsprojektet, med udgangspunkt i borgernes behov, har bidraget til, at borgerne fralagde deres indledende skepsis og i den forbindelse ønskede at indgå i Sundhedsprojektet. Yderligere fremgår det, at borgernes indflydelse har bidraget til relevante og meningsfulde aktiviteter.

### **Projektleder imødekommer alle borgere**

Flere informanter tilkendegav, at projektlederens måde at tilgå borgerne har været betydningsfuld. Hans udtrykker i den forbindelse om projektlederen: *“Det er 110 %, det var den rigtige person på det rigtige tidspunkt. Hanne hun kan gå ind på folk, så er det ligegyldigt hvad land de kommer fra, de accepterer hende bare.”* Om hendes betydning for projektet uddyber han: *“Uden Hanne så var det ikke blevet hvad det er i dag, det er helt sikkert.”* Således fremgår det, at Hans oplevede projektlederen som betydningsfuld for projekts udfald og oplevede i den forbindelse at hun formåede at tilgå alle borgere på tværs af forskelligheder. Denne oplevelse af projektlederens tilgang til borgerne underbygges af Fatima: *“[...] førhen i Korsærparken så var man meget delt op i de grupper, hvorimod Hanne hun kom og hun talte med alle [...]”*. Om dette uddyber hun yderligere: *“Så jeg tror Hanne, da hun kom ind og gav dem det indtryk at folk er forskellige og man ikke behøver at tænke generelt, det gjorde at man åbnede sig mere op for hende [...]”*. Det fremgår heraf, at borgerne havde en positiv oplevelse af projektlederens måde at tilgå borgerne på tværs af forskelligheder. Søren fremhæver projektlederens personlighed som betydningsfuld: *“Det er personlighed det handler om og hvem [der så var] bedst kvalificeret sådan rent fagligt, det var ret ligegyldigt.”* Han tilkendegiver således at personlighed for ham er vigtigere end faglig kompetence.

Også projektlederens store engagement fremhæves som betydningsfuld. I den forbindelse udtaler Fatima:

*“Hanne hun var en lille blæksprutte, hjalp alle rundt omkring og man turde sige til hende, sin egen mening, så jeg tror det var på den måde at kvinderne tog fat i hende og sagde: 'Vi vil det her', så tog hun så hånd om det og begyndte at starte noget op stille og roligt.”*

Fatima oplevede således projektlederens involvering i alle projektets facetter, som betydningsfuld for at borgerne henvendte sig til hende og aktiviteter blev igangsat.

Ud fra ovenstående afsnit fremgår projektlederens åbne og anerkendende tilgang, uanset borgerens baggrund, samt hendes evne til at skabe relationer med borgerne trods forskelligheder, som centrale egenskaber i forhold til at tilgå borgerne i Korsærparken.

### **Opsøgende projektleder fordrer selvtillid til deltagelse**

Flere informanter tilkendegav at projektlederens opsøgende arbejde var afgørende for borgernes inddragelse i Sundhedsprojektet. Om hendes evne til at være opsøgende udtrykker Hans: *“Hun var rigtig*

god til at gå rundt og banke på døre og få folk til at komme med til noget. Hun var åben for alle der kom [...].” Hans oplevede således projektlederens evne til at være opsøgende, som betydende for borgernes tilslutning i projektet.

Wasim oplevede ligeledes projektlederens opsøgende tilgang som betydningsfuld i forbindelse med hans usikkerhed på at kunne bidrage i Sundhedsprojektet:

*“[...] men jeg tænkte ikke over at jeg kunne være en del af det, indtil jeg blev spurgt ind til det. Fordi jeg troede ikke jeg kunne bruges til noget med min gymnasiale uddannelse indtil jeg blev spurgt ind til om jeg vil være en del af det her.”*

Således fremgår det, at projektlederens personlige henvendelse havde betydning for at Wasim blev frivillig. Tilsvarende oplevede Lene projektlederens opsøgende tilgang som central for hendes deltagelse, og beretter i den forbindelse hvordan projektlederen tilgik hende:

*“[...] så kom hun igen sådan en anden gang: 'Vi har altså rigtig meget kig på dig Lene, kunne du ikke tænke dig at blive formand for Kvindeforeningen Svanerne?' [...] nej, det var lige voldsomt nok altså. 'Jamen kan du ikke lige tænke på det?' Jojo men altså jo. Så var jeg så med til nogle af deres arrangementer og det var også noget af det jeg havde tænkt mig at jeg også godt kunne tænke mig at prøve at kigge på, hvad det var. Så endte det så med, så kom jeg så ind, så er jeg så næstformand.”*

Heraf fremgår det, at projektlederens opsøgende tilgang, og herunder hendes vedholdenhed, var medvirkende til at Lene overvandt sin skepsis omkring at kunne indgå. Lene oplevede desuden projektlederens personlige henvendelse som en anerkendende handling: *“Så bliver man da også sådan lidt smigret, for hun kendte mig jo ikke.”*

Af ovenstående fremstår projektlederens opsøgende og personlige henvendelse, med henblik på at rekruttere borgere og frivillige, som betydende for borgernes selvtillid til deltagelse.

### **Potentiale i borgerledet rekruttering**

Flere af informanterne bidrog til at rekruttere andre borgere til at indgå i Sundhedsprojektets aktiviteter og tiltag. Fatima fortæller hvordan hun var opsøgende i forhold til at få kvinderne med til aktiviteterne i Sundhedsprojektet:

*“[...] så det jeg gjorde det var at tage fat i de unge først og så tale med dem og sige: 'jamen hvis din mor gerne vil, hvis dine søstre gerne vil, så skal I sige det, altså så skal I række ud, hvis I ikke gør det, så bliver det jo ikke til noget' [...]”*

Også Omar fortæller at han var med til at rekruttere borgere til at deltage i aktiviteter i Medborgerhuset: *“Dem jeg kender f.eks., [dem inviterede jeg].”* Omar var således med til at rekruttere borgere inden for sit

personlige netværk.

Det samme gjorde sig gældende for Wasim og hans far, der ligeledes var med til at rekruttere borgere, inden for deres netværk, i forbindelse med aktiviteten Krolf. Wasim giver udtryk for at de havde succes med denne tilgang: *"[...] det var derfor der var flest afghanere, det var fordi han [hans far] ringede rundt. Hvis jeg så deres sønner i skolen, så sagde jeg: 'Kan I ikke lige få jeres far til at komme derud. I kan også være med hvis I vil'."* Således fremgår det at den borgerledede rekruttering opleves som betydende for at få øvrige borgere inddraget i Sundhedsprojektets aktiviteter. Wasim giver i den forbindelse udtryk for at det var relevant at have yderligere fokus på denne tilgang:

*"[...] der var mange der kiggede ud af vinduerne og vidste ikke hvad der foregik, de tror sikkert det var sådan en lille klub [...] der synes jeg godt man kunne, sådan reklamere for tingene."*

Wasim havde således en oplevelse af, at nogle borgere, der ellers kunne have haft glæde af aktiviteten, ikke nødvendigvis følte sig velkomne, hvorfor han oplevede at den opsøgende tilgang havde yderligere potentiale. På baggrund af den succes han og hans far havde med at inddrage andre borgere med samme etnicitet, giver han udtryk for potentialet for en lignende tilgang fremadrettet, som han ser særligt relevant i et område som Korsværksparken:

*"[...] og der skal man faktisk især når det er sådan nogle steder i ghettområderne, der synes jeg man skal reklamere det godt og gå hen til dem til deres hjem [...]. Hvis man nu har nogle unge til at være der og så lige få dem til at gå over og snakke med nogle fra deres eget land til at snakke deres eget sprog [...]."*

Wasim oplever således, på baggrund af sin egen erfaring med rekruttering af borgere, at der er potentiale i at rekrutte borgere inden for samme etnicitet.

Fatima giver imidlertid udtryk for at den borgerledede rekruttering var forbundet med udfordringer: *"Det tog meget [på] energien, på den måde, at man skulle overbevise folkene om at det her kan godt blive til noget, hvis I selv gerne vil [...]."* Det fremgår heraf, at Fatima oplevede den borgerledede rekruttering som et krævende og udfordrende arbejde. Samme udfordring oplevede Lene: *"Altså udfordringerne det er jo nok det der med at få fat i folk"*. Lene oplevede således at det var vanskeligt at rekruttere nye borgere.

Af ovenstående afsnit fremgår det, at den borgerledede rekruttering blev oplevet som værende effektivt, særligt ved rekruttering af borgere inden for samme etnicitet, samtidig med at tilgangen kan være forbundet med udfordringer.

### **Social interaktion er incitament til deltagelse**

For flere af informanterne fremstår social interaktion med andre borgere i boligområdet som central for deres deltagelse i Sundhedsprojektets aktiviteter. Omar fortæller om hans motivation for at deltage:

*“Personligt så kan jeg godt lide at være sammen med andre mennesker. Det er ligesom min store motivation”. Lene udtrykker samme motivation: “Det er jo at få nogle gode venskaber, og få nogle at være sammen med.” Disse perspektiver vidner om den sociale interaktions betydning for deres motivation til at indgå i Sundhedsprojektet.*

Fatima havde ligeledes fokus på det sociale samvær med andre, men for hende lå motivationen især på, hvordan hun kunne understøtte social interaktion for andre borgere. Hun fortæller i denne forbindelse om sin motivation for deltagelse i Sundhedsprojektet:

*“Jeg tror altså det var for, for mit vedkommende, så var det jo for at samle alle de her kvinder, altså både udlændinge og danskere og det hele, fordi der har været den der splittelse imellem dem [...]. Så vi prøvede at samle de forskellige kvinder - somaliere, tyrkere, kurdere, alle sammen [...], så i stedet for at de føler sig utilpas ude i Korsværtparken, så kunne man jo lære hinanden at kende og skabe det her bånd.”*

Fatima så således et behov for at samle kvinderne i Korsværtparken og i den forbindelse var hendes motivation at skabe sammenhold blandt Korsværtparkens kvinder. Wasim havde, ligesom Fatima, et mål om at skabe et sammenhold blandt borgerne, og havde i den forbindelse overvejelser omkring aktiviteten krolf, hvor han indgik som instruktør:

*“Først tænkte jeg faktisk at det ikke ville fungere, fordi jeg har oplevet at ældre, især afghanske ældre mennesker, ikke kan med hinanden. Så tænkte jeg det kunne være sjovt og så se om de kunne enes med det her og få dem ud og være sammen.”*

Således fremgår det, at Wasim oplevede det som væsentligt at skabe et sammenhold blandt borgerne, hvilket motiverende ham til at forsøge at opnå dette.

Wasim oplevede succes med sit mål om, at skabe et bedre sammenhold blandt borgerne i Korsværtparken i forbindelse med aktiviteten krolf: *“[...] så pludselig mødte [de] nogle nye mennesker, og lige pludselig så står man og ser, at de snakker med nogle danskere og nogle somaliere og arabere, så det har været sådan en positiv udvikling kan man sige.”* Søren havde ligeledes en oplevelse af, at borgerne mødtes på tværs af etnicitet: *“[...] vi har lært hinanden at kende på kryds og tværs og også fået inddraget indvandrere.”* Heraf fremgår det, at projektet bidrog til at borgerne udviklede relationer på tværs af kulturer, og derved, foruden at fordre social interaktion, også synes at have styrket integrationen.

Wasim oplevede, som beskrevet ovenfor, aktiviteten krolf som en tilgang til at understøtte muligheden for social interaktion. Tilsvarende oplevede Lene sit virke i Kvindeforeningen Svanerne som understøttende for den sociale interaktion: *"[...] man får nogle forbindelser på kryds og tværs og man mødes hjemme også [...] det er dejligt."* Således fremgår det, at borgerne har oplevet, at Sundhedsprojektets forskellige aktiviteter har bidraget til at styrke den sociale interaktion. I den forbindelse synes Medborgerhuset ligeledes at have haft en central betydning. Søren udtrykker om hans oplevelse af hvad Medborgerhuset har medført: *"Jeg taler med nogen der bor i opgangen, men det er sådan goddag og det er godt vejr-niveau. Men det er blevet til nogle andre samtaler derovre, i Medborgerhuset."* Omar giver ligeledes udtryk for Medborgerhusets betydning for den sociale interaktion: *"Før Medborgerhuset [var] folk, især de unge, de var vidt omkring i blokkene [...] men nu kommer de her."* Han udtrykker yderligere:

*"Jeg kan godt føle at det er som mit andet hus [...]. Det [er] fordi, når jeg kommer her, så føler jeg mig faktisk hjemme. Jeg kender alle næsten. Jeg kender alle folk som arbejder i kantinen, jeg kender alle der arbejder her, jeg kender alle frivillige [...]. De kender mig og jeg kender dem."*

Således fremgår Medborgerhuset som betydningsfuldt for borgerne, idet det er en central ramme for udfoldelsen af den sociale interaktion.

Af ovenstående afsnit fremgår social interaktion som et centralt formål for borgernes inddragelse i Sundhedsprojektet. Projektets forskellige aktiviteter samt Medborgerhuset har været betydningsfulde for borgernes mulighed for at indfri dette formål.

### **Fokus på trivsel og mental sundhed fremstår relevant**

Flere informanter gav udtryk for, at et fokus på trivsel og mental sundhed i Sundhedsprojektet var relevant. Wasim giver bl.a. udtryk for dette i forbindelse med hans oplevelser med aktiviteten krolf:

*"[...] altså krolf der motionerer du ikke som sådan, jeg tror mere når man tænker sundhed, så tænker man også psykisk og det synes jeg det har hjulpet rigtig meget, også på mig som menneske, hvor man er ude og er glad faktisk, og hvis du er glad, så er du også sundere på en eller anden måde [...]."*

Det fremgår heraf at Wasim oplever et fokus på trivsel som en relevant måde at fremme sundheden og oplever at det for ham har været givende. Han uddyber hvorfor han oplever dette fokus på mental sundhed som relevant:

*"[...] det er jo ikke sådan at folk med indvandrerbaggrund, det er jo ikke fordi de sidder og ser DR1 eller TV2, de ser de kanaler fra deres hjemland og det eneste der bliver snakket om er*

*hvor der er sket terror, hvilken by der er blevet invaderet og det rammer jo lige i hjernen på folk.”*

Han giver således udtryk for et behov for at anerkende den baggrund borgerne kommer med, i forhold til at forstå behovet for fokus på den mentale sundhed. For deltagerne i krolf oplevede Wasim at aktiviteten var et pusterum fra en hverdag med fokus på krig og elendighed: “[...] her kunne du sådan koble det fra, hvor de bare spillede og havde det sjovt [...].” Det fremgår heraf at aktiviteten krolf har været en meningsfuld og givende aktivitet for deltagerne. Også Lene giver udtryk for relevansen af et fokus på mental sundhed. Dette gør hun bl.a. i sin karakteristik af de borgere der ligesom hende selv indgår i et værested for ensomme: “[...] dem der har store sociale problemer og økonomiske problemer, altså som er ensomme, som trænger til et sted at være, så de ikke sidder alene derhjemme om aftenen.” Herved fremgår det, at der synes at være borgere med et behov for at indgå i sammenhænge med fokus på trivsel og mental sundhed.

Af ovenstående afsnit fremgår det, at trivsel og mental sundhed synes at være et relevant fokuspunkt for borgere med forskellige udfordringer relateret til deres mentale sundhed.

#### **Sundhedsprojektets videreførelse er udfordret**

Flere af informanterne udtrykker udfordringer forbundet med Sundhedsprojektets videreførelse. Søren fortæller, at han oplevede udfordringer i forhold til at få nye borgere inddragede i aktiviteter efter projektperiodens afslutning og dermed projektlederens involvering:

*“[D]er kommer ikke noget nyt til, der kommer ikke noget nyt blod. Der er ikke en der indfanger nye beboere der kigger forbi derovre og siger at 'vi har et godt tilbud, vil du ikke gerne være med her' [...]. Og det var Hanne ganske enestående til [...]. Hanne magtede det.”*

Det fremgår heraf, at Søren oplevede projektlederen som afgørende for at nye borgere bliver inddraget i Korskærparkens aktiviteter. Om hans bekymring for projektets videreførelse udtrykker han yderligere:

*“Kommunen skal tænke sig om næste gang de kaster sig ud i sådan noget. Og så ikke bare sige at det er et projekt som vi fyrer af over tre til fire år. [...] fordi det, det betyder, når man har et projekt der kører, så fjerner man lige pludselig projektlederen og man fjerner også nogle af midlerne. Og så falder det fra hinanden.”*

Han ser det således som problematisk at indsatsen i Korskærparken var et tidsbegrænset projekt, i kraft af projektlederens store betydning for den fortsatte rekruttering af borgere, samt i kraft af de økonomiske midlers ophør.

Lene udtrykker ligesom Søren også bekymringer om den fremadrettede økonomi i relation til Kvindeforeningen: “[...] men nu begynder det også snart at knibe med pengene. En bustur kan vi klare om

året." Heraf fremgår det at foreningens aktiviteter er begrænsede af økonomiske midler, som ikke længere slår til.

Fatima er mere optimistisk omkring projektets videreførelse efter projektperiodens afslutning, trods en indledende skepsis:

*"Det gik bedre end man havde forventet. Jeg tror det var fordi da hun fortalte os at [hun skulle stoppe, så tænkte vi] hvad gør vi så, men det gik meget bedre end forventet, netop fordi bestyrelsen [Foreningen Korsvær] de har det så godt med hinanden."*

Således oplever Fatima at den lokale forening bidrager til Sundhedsprojektets videreførelse.

Det fremgår af ovenstående afsnit, at Sundhedsprojektets videreførelse er udfordret i kraft af projektets tidsbegrænsede periode og i den forbindelse projektlederens samt økonomiske midlers ophør. Imidlertid oplever Fatima dog at den lokale forening i Korsværparken har bidraget til, at projektet har formået at køre videre.

### **Opsamling af interview med borgerne**

Ud fra ovenstående analyse fremgår det, at tilgangen i Sundhedsprojektet, med udgangspunkt i borgernes behov, og i den forbindelse borgernes indflydelse, har bidraget til, at borgerne fralagde deres indledende og ønskede at indgå i Sundhedsprojektet. I forbindelse med inddragelsen af borgerne fremstår projektlederens måde at tilgå borgerne væsentlig. Samtidig fremgår projektlederens rolle som central i forbindelse med at varetage opsøgende arbejde, der synes at understøtte borgernes selvtillid til deltagelse. I den forbindelse ses yderligere et potentiale i borgerledet rekruttering.

Social interaktion fremstår som et helt centralt incitament til deltagelse for borgerne, og sociale aktiviteter samt det fælles Medborgerhus fremgår som betydende rammer for at understøtte den sociale interaktion.

Desuden fremgår et fokus på trivsel og mental sundhed som relevant for borgerne i Korsværparken.

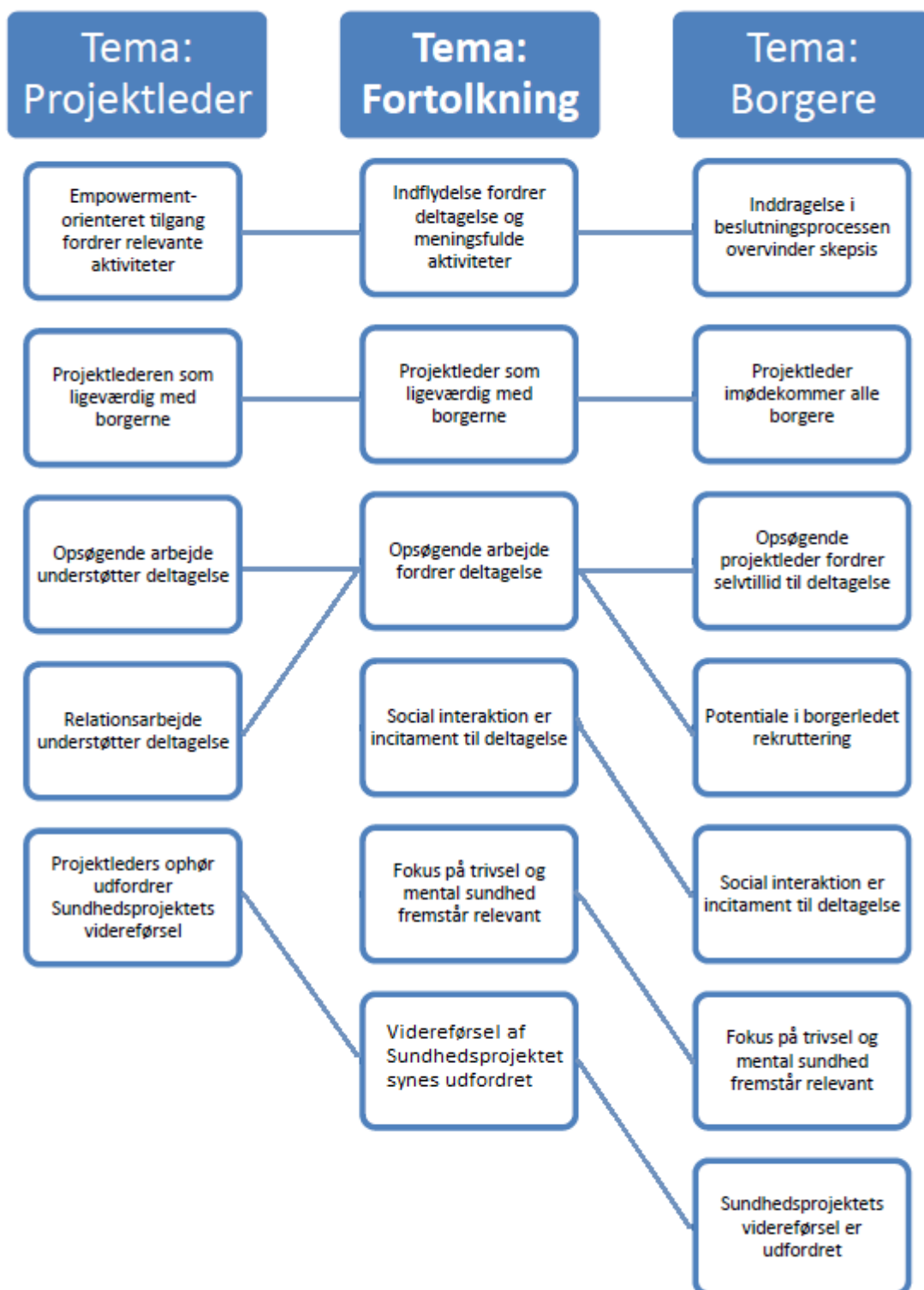
Afslutningsvist fremstår Sundhedsprojektets fremtid udfordret i forbindelse med projektlederens og de økonomiske midlers ophør.



## 6.2 Hermeneutisk meningsfortolkning

I dette afsnit følger den hermeneutiske meningsfortolkning af de fremkomne perspektiver fra hhv. interviewet med projektlederen og interviewene med borgerne, gennem teoretiske begreber fra Pierre Bourdieu, som præsenteret i afsnit 5.0. Meningsfortolkningen opbygges på baggrund af tredje trin i analysestrategien, som blev præsenteret i afsnit 4.3.9.

Gennem fortolkningen anvendes løbende forskellige betegnelser for informanterne. Betegnelsen 'informanterne' henviser til en samlet betegnelse for alle otte informanter, betegnelsen 'projektlederen' henviser til projektlederen Hanne og 'borgerne' henviser til de syv borgere bosiddende i Korsværtparken undervejs i Sundhedsprojektet. Endelig anvendes også informanternes anonymiserede navne. Figur 6 på følgende side illustrerer hvorledes temaer fra meningsanalysen, med hhv. projektleder og borgere, er sammenfattet til nye temaer i den hermeneutiske meningsfortolkning.



Figur 6 viser en illustration af hvorledes temaerne fra meningsanalysen er sammenfattet til temaer i den hermeneutiske meningsfortolkning.

### 6.2.1 Indflydelse fordrer deltagelse og meningsfulde aktiviteter

På baggrund af meningsanalysen fremstår den, i Sundhedsprojektet, anlagte tilgang både for projektlederen og borgerne afgørende for borgernes deltagelse og oplevelse af aktiviteterne relevans.

Flere borgere udtrykte en indledningsvis skepsis over for projektet, hvor Søren eksempelvis forestillede sig, at kommunen ville komme og fortælle hvordan han skulle leve sit liv. Måden hvorpå vi danner vores forestillinger, styres ifølge Bourdieu af vores habitus, der dannes på baggrund af tidligere opnåede erfaringer (Bourdieu & Wacquant 2009). Sørens indledende skepsis bunder således i hans habitus, på baggrund af erfaringer han har opbygget i eksempelvis kontakten med sundhedsmyndigheder.

Projektlederen fremhævede, at den gennemgående tilgang i Sundhedsprojektet var borgerinddragelse med fokus på empowerment, og at starten af projektperioden gik med at fortælle borgerne om denne tilgang og inddrage dem i definitionen af problemområderne og løsningen heraf. At projektets tilgang var anderledes fra hvad borgerne var bekendt med, synes at have bidraget til at imødekomme den tidlige skepsis funderet i nogle borgers habitus, og på denne måde udfordret borgernes habitus og udnyttet den fleksibilitet habitus ifølge Bourdieu besidder.

Søren er et eksempel på dette, idet han erfarede, at projektet havde til formål at inddrage borgerne og tage udgangspunkt i deres behov, hvilket virkede motiverende for ham og fik ham til at deltage. Denne tilgang udtrykte også Aisha motivation for, idet hun oplevede, at borgerne blev inddraget i beslutningsprocesserne. Bourdieu beskriver, at individer fra samme sociale position ofte kan identificere sig selv i andre fra samme position og derfor ubevidst passer ind og har lyst til at indgå i sådanne sammenhænge (Bourdieu 1997; Bourdieu & Wacquant 2009). Idet der kommer nogle fra kommunen og fremlægger et projekt for borgerne, vil der derfor formentlig fra start være en distance mellem de to grupper, og borgerne vil have en forventning om, at de skal belæres om et emne og at deres mening ikke har betydning, hvilket kan være betydende for, om borgerne har lyst til fortsat at deltage.

Sundhedsprojektet synes at have formålet, at reduceret denne distance gennem borgerinddragelsen, idet borgerne inddrages i beslutningsprocesser og opmuntres til at ytre deres mening.

Projektlederen oplevede, at den åbne tilgang gav aktiviteterne en speciel styrke, da initiativerne til dem blev taget af borgerne, som derfor fandt dem meningsfulde. Hun oplevede i den forbindelse, at Sundhedsprojektets resultater blev større ved at inddrage borgerne, da der så kom flere perspektiver frem end hun selv kunne have frembragt. Det vidner om, at borgerinddragelsen har styrket borgernes lyst til at deltage, fordi de har været medbestemmende i hvilke aktiviteter der skulle udvikles. Udover at have styrket lysten til at deltage kan det at borgerne har været med til at udvikle aktiviteter også have haft betydning for deres kulturelle kapital. Bourdieu beskriver den som bl.a. individets viden og kompetencer (Bourdieu 1997;

Bourdieu & Wacquant 2009), og da borgerne indgår i udviklingsprocessen af aktiviteterne, kan de refleksioner de har foretaget, have styrket deres viden og kompetencer.

Søren gav udtryk for at den indledende skepsis til Sundhedsprojektet kunne være undgået, hvis borgernes medbestemmelse havde gjort sig gældende inden projektet blev en realitet, således at de var inddraget i bestemmelsen af om der skulle være et projekt og hvad projektets tildelte midler skulle bruges til. Der var således fra begyndelsen defineret et overordnet mål om at ville forbedre sundheden og trivselen blandt borgerne i Korsværtparken gennem borgerinddragelse, hvorfor målet for det brede felt 'Sundhedsprojektet', var defineret på forhånd. Sørens skepsis bunder i, at han ikke mener at borgerne nødvendigvis havde lyst til at indgå i dette felt, men at medbestemmelse fra begyndelsen kunne have afhjulpet denne skepsis.

### **6.2.2 Projektleder som ligeværdig med borgerne**

Flere af borgerne udtrykte begejstring for projektlederens måde at tilgå borgerne under Sundhedsprojektet, og gav udtryk for, at hun var afgørende for projektets resultater. Særligt pegede de på en åbenhed fra projektlederens side der motiverede borgerne. Fatima havde eksempelvis en oplevelse af en afstand mellem borgerne på tværs af etnicitet og baggrund i Korsværtparken, som projektlederen formåede at reducere. Denne distance synes umiddelbart ganske almindelig forstået gennem Bourdieus habitusbegreb, idet habitus dannes gennem erfaringer (Bourdieu & Wacquant 2009) og borgernes erfaringer er opbygget i forskellige kulturer. Fatima fortalte imidlertid videre, at projektlederen gav borgerne en forståelse for folks forskellighed og at denne generalisering ikke altid giver mening, hvilket fik borgerne til at åbne op for hinanden og fordrede interaktioner på tværs af de umiddelbare habituelle forskelligheder. Dette kan have bidraget til, at borgernes habitus er blevet forandret og har udvidet antallet af felter, hvori de både havde lysten til at indgå og samtidig også ville kunne handle meningsfuldt.

Ifølge Bourdieu er felter generelt struktureret af klare regler og normer som virker styrende for det formål feltet søger at opfylde og derfor bestemmende for, hvorvidt et individ ønsker at indgå i det (Bourdieu & Wacquant 2009). Anskues de forskellige aktiviteter informanterne indgik i som felter, var de derfor som udgangspunkt struktureret af sådanne regler og normer. I Sundhedsprojektet var det imidlertid nye aktiviteter der blev oprettet og derfor nye felter der skulle defineres. Indledningsvist havde projektlederen en forestilling om, at hun skulle indgå som sundhedsprofessionel og derfor være styrende for felternes strukturering. Hun blev dog hurtigt opmærksom på, at borgerne ønskede ejerskabet over aktiviteterne og måtte derfor redefinere sin egen rolle for at kunne indgå i dem. Havde hun fastholdt sin rolle og på egen hånd defineret felterne, havde nogle borgere sandsynligvis ikke accepteret felternes fastsatte regler og normer og derfor igen forladt dem, og den generelle succes med projektet havde med stor sandsynlighed været reduceret.

Projektlederen gav udtryk for, at hun hurtigt blev meget bevidst om den rolle hun skulle indtage over for borgerne, og søgte at blive en ligeværdig deltager i aktiviteter med borgerne, for netop at give ejerskabet og magten til, at de kunne definere regler og normer. Ifølge Bourdieu eksisterer der inden for felter både dominerende og dominerede individer, og hvilken gruppe individet tilhører bestemmes typisk på baggrund af dets tilgængelige mængde kapital (Bourdieu & Wacquant 2009). Projektlederen distancerede sig således fra at indtage en dominerende rolle ved at afgive magten, som hun ellers, grundet sin formodede tilgængelige kapitalmængde, oplagt kunne indtage, og gav plads til at ellers i feltet dominerede borgere kunne stå frem og opleve at de havde indflydelse på felternes måde at fungere på og de mål det tilstræbte at opnå.

Fatima gav udtryk for, at borgerne under projektet fik modet til at sige deres meninger og behov til projektlederen, hvorefter projektlederen tog hånd om dem. Dette vidner om, at projektlederen lagde handling bag ordene og agerede ud fra borgernes behov og ikke sine egne forestillinger.

### **6.2.3 Opsøgende arbejde fordrer deltagelse**

Flere informanter pegede på, at både projektlederens og borgernes opsøgende arbejde der fandt sted under projektet, var effektivt til at få borgere inddraget i aktiviteter. Projektlederen fortalte, at hun begyndte med at opsøge nøglepersoner i området med henblik på at disse kunne rekruttere flere borgere. Disse nøglepersoner blev opsøgt grundet deres position inden for forskellige grupper og det formodes derfor, at særligt deres tilgængelige mængde kulturelle og sociale kapital har været med til at give dem deres position. Bourdieu beskriver, at kapitaler har afgørende betydning for indflydelse i felter, og at mulighederne for at opnå indflydelse afhænger af mængde og værdi af tilgængelig kapital (Bourdieu & Wacquant 2009). På denne baggrund formodes det, at de havde stor indflydelse på den retning deres specifikke felter, de var nøgleperson i, skulle føres. Ved at projektlederen personligt tager fat i netop dem og forsøger at få dem til at inddrage andre, øges mulighederne for at det vil lykkes, fordi de har stor indflydelse på beslutningerne i deres specifikke felt. På denne baggrund anses det derfor centralt at få nøglepersoner inddraget i forhold til at forde rekrutteringen af borgere til aktiviteter.

Flere borgere gav udtryk for, at de var med til at rekruttere borgere til aktiviteter, og at dem de forsøgte at rekruttere typisk var nogle de kendte i forvejen og derfor havde en relation til. Det tyder derfor på, at nøglepersonerne rekrutterede inden for deres sociale netværk og inden for det eller de felter hvor de anses som nøglepersoner. Det synes derfor væsentligt at finde nøglepersoner inden for alle de borgergrupper som det ønskes at få til at deltage. Wasim foreslog i relation til dette, at rekrutteringen skulle varetages af borgere fra samme land og med samme sprog som de der søges inddraget, fordi de så vil have en stærkere relation til hinanden, hvilket understreger nøglepersonernes betydning for rekrutteringen inden for deres

felter.

Det synes dog ikke udelukkende at handle om at finde frem til nøglepersonerne, men også om at klæde dem på til at kunne rekruttere medborgere. Flere borgere tvivlede indledningsvist på, om de ville indgå som frivillige i projektet, men at personlig henvendelse fra projektlederen fordrede deres engagement som frivillige. Wasim fortalte, at han i begyndelsen tvivlede på, at han overhovedet kunne bidrage som frivillig i projektet, men at den personlige henvendelse fordrede hans engagement. Wasims tvivl bunder formentlig bl.a. i en manglende indlejret erfaring i habitus, men hans tro på sig selv stiger da han bliver vist tillid og han får troen på at han rent faktisk vil kunne bidrage, på grund af denne tillid. Bourdieu beskriver, at habitus har betydning for individets forudsætninger for at tackle forskelligartede situationer, og disse forudsætninger udvikles på baggrund af tidligere opnåede erfaringer. Samtidig er habitus også betydende for, hvilke valg individet træffer (Bourdieu & Wacquant 2009). Tvivlen er således betydende for, at Wasim indledningsvist ikke tænker at han kan bidrage som frivillig. Han opbygger imidlertid troen på sig selv grundet den tillid han bliver vist, hvilket giver ham lysten til at indgå. Fatima engagerede sig også som frivillig og var med til at rekruttere sine medborgere, men fortalte at det tog meget på hendes energi at overbevise medborgere om at de også skulle engagere sig og det fremstår derfor som udfordrende for hende. Har Fatima ikke tidligere erfaringer med lignende opgaver, har hun ikke opbygget erfaringer med, hvordan de udfordringer hun oplevede i relation til rekrutteringen kunne tackles og overkommes, og redskaberne er derfor heller ikke indlejret i hendes habitus. Derfor fremstår det centralt at have fokus på, hvordan nøglepersonerne i højere grad kan forberedes på, hvordan de tackler de udfordringer der måtte opstå ved at indlejre erfaringerne i deres habitus, således at de fra start i mødet med andre borgere føler at de vil kunne handle meningsfuldt. Det handler imidlertid også om at vise dem tillid, netop fordi de ikke nødvendigvis fra begyndelsen har de nødvendige redskaber til rådighed og derfor tvivler på om de vil indgå.

#### **6.2.4 Social interaktion er incitament til deltagelse**

Flere borgere pegede på, at den væsentligste motivation for deres deltagelse i Sundhedsprojektet var at opbygge sociale relationer til deres medborgere. Ifølge Bourdieu vil individer fra samme sociale position ofte dele livsstil og tilhøre samme gruppe af habitus, hvorfor individet typisk vil kunne identificere sig selv i de andre og derfor ønske at indgå i sådanne sammenhænge (Bourdieu 1997; Bourdieu & Wacquant 2009). For at styrke forudsætningerne for, at informanternes mål omkring social interaktion kan opnås, skal de have et ønske om overhovedet at indgå i sammenhængen. På denne baggrund fremstår det væsentligt, at de møder andre borgere de kan relatere til, for at fordre deltagelsen og denne relation kan ifølge Bourdieu både bunde i social position, men også på baggrund af tilgængelig kapital (Bourdieu 1997; Bourdieu & Wacquant 2009).

For andre borgere lå motivationen i at skabe nogle rammer som lagde op til social interaktion på tværs af etnicitet og i et boligområde som Korsværtparken med mange forskellige etniciteter, fremstår det centralt at skabe sådanne rammer. Fatimas formål var eksempelvis at skabe sammenhold på tværs af etnicitet, for gennem dette at udvikle sociale relationer og tryghed, som netop fremstod som målet for mange borgere. Som fremhævet beskriver Bourdieu, at individet typisk vil ønske at indgå i sociale sammenhænge med andre med lignende habitus (Bourdieu 1997; Bourdieu & Wacquant 2009). Da habitus er udviklet på forskellig baggrund vil sandsynligheden for, at der er borgere med anden etnicitet end ens egen det ønskes at indgå i sociale relationer med, være mindre, end den er for at der er personer med samme etnicitet det ønskes at indgå med. Men netop herfor fremstår skabelsen af rammer der ligger op til interaktion på tværs centralt, idet borgerne udtrykker at deres mål med deltagelsen for mange er det samme. Anskues disse rammer som felter, vil individer ifølge Bourdieu kun indgå hvis de ser et formål med det (Bourdieu & Wacquant 2009) og da formålet for flere borgere er social interaktion, vil felter med dette som mål virke tiltrækkende. Wasim og Søren fortalte om, at beboerne gennem deltagelsen i forskellige aktiviteter udviklede bekendtskaber på tværs af etniciteter, og det tyder således på, at skabelsen af rammer, der ligger op til social interaktion, er betydende for ikke alene social interaktion inden for bestemte etnicitetsgrupper, men også på tværs af etnicitet og derved kan være betydende for integrationen.

Flere borgere fortalte, at opbygningen af Medborgerhuset havde stor betydning for udviklingen af fællesskaber under projektet og fremstår som en central ramme for social interaktion. Med Medborgerhuset som ramme for sociale interaktioner, er det ikke alene en ramme for social interaktion, men også udbygning af social kapital, der af Bourdieu beskrives som en netværkskapital der bl.a. kan udbygges gennem at indgå i sociale sammenhænge (Bourdieu & Wacquant 2009). Medborgerhuset har derfor potentielt bidraget til at udbygge borgernes sociale kapital, ved at tilbyde rammerne for at indgå sociale interaktioner, der bl.a. kan bruges til at opretholde eller forbedre sociale positioner i andre sammenhænge.

### **6.2.5 Fokus på trivsel og mental sundhed fremstår relevant**

Flere borgere pegede på, at et fokus på trivsel og mental sundhed var relevant for mange deltagere i Sundhedsprojektet. Wasim fremhævede i relation til dette, at han så et behov for i højere grad at anerkende borgernes baggrund for at kunne forstå deres behov. Ifølge Bourdieu styres de valg individet træffer og de præferencer det har af dets habitus (Bourdieu 1997; Bourdieu & Wacquant 2009), og habitus er således bestemmende for, hvilket aktiviteter et individ ønsker at indgå i. På denne baggrund synes det derfor relevant i højere grad at tage udgangspunkt i borgernes habitus når aktiviteter skal planlægges.

## 6.2.6 Videreførelse af Sundhedsprojektet synes udfordret

Flere borgere fortalte, at de efter Sundhedsprojektets afslutning har oplevet udfordringer med at få nye borgere inddraget i aktiviteter. Søren mente, at projektlederen under projektet var afgørende for denne proces, og at udfordringen var opstået grundet hendes afgang. Projektlederen fortalte, at også hun var opmærksom på sin betydning for mange aktiviteters eksistens, idet hun oplevede at hun havde været afgørende for at få rekrutteret deltagere til dem gennem sin opsøgende tilgang. Som tidligere nævnt, har projektlederen, jf. Bourdieu, i kraft af bl.a. sin uddannelsesmæssige baggrund en vis mængde kulturel kapital til rådighed (Bourdieu 1997; Bourdieu & Wacquant 2009). Denne kapital har hun anvendt i det opsøgende arbejde, men da hun stopper og den kapital hun har tilført ikke erstattes, mistes de ressourcer hun tilførte. Det tyder således på, at en mangel på ressourcer har været betydende for den manglende rekruttering og stop af aktiviteters eksistens.

Projektlederen fortalte imidlertid også, at nogle aktiviteter fortsatte efter projektets afslutning og mener, at dette skyldes fastholdelsen af to ressourcekapaciteter som fortsat er aktive som frivillige i Foreningen Korsvær. Fatima fortalte ligeledes, at hendes oplevelse var at mange aktiviteter er fortsat, og at bestyrelsens arbejde, hvori de to ressourcekapaciteter sidder, har haft en central rolle for dette, hvilket understreger betydningen af tilgængeligheden af ressourcer for aktiviteterens eksistens.

En anden udfordring synes at være den økonomiske støtte som Sundhedsprojektet har modtaget, men som delvist er stoppet efter projektets afslutning. Ifølge Bourdieu kan økonomiske ressourcer omdannes til både kulturel og social kapital (Bourdieu 1997) og Lene fortalte bl.a. at manglende økonomiske ressourcer har virket begrænsende for aktiviteterens udfoldelsesmuligheder, hvorfor det ligeledes har virket begrænsende for borgernes muligheder for tilegnelse af kulturel og social kapital, da aktiviteterens muligheder er blevet begrænset. Som tidligere nævnt skal individer ifølge Bourdieu kunne se et formål med at indgå i felter for at ville indgå i dem (Bourdieu & Wacquant 2009), og ved anskuelse af den forening Lene fortalte om som et felt, vil de formål de økonomiske midler har bidraget til at kunne tilbyde, forsvinde og borgernes grunde til at deltage blive færre. Både Søren og projektlederen delte denne bekymring, og Søren pegede på en problematik omkring den tidsbegrænsede periode projektet var aktivt, idet ikke kun projektlederen så pludselig forsvandt, men også dele af de økonomiske midler. Dette betød, at både projektlederens og de økonomiske ressourcer forsvandt og betød at mange tiltag ikke kunne fortsætte på samme måde og måtte redefineres, hvad der kan have haft betydning for borgernes viden om aktiviteterens eksistens og lyst til at deltage i dem. Det tyder således på, at der bør rettes opmærksomhed mod dels tilgængeligheden af



økonomiske ressourcer, men særligt også overgangen fra igangværende projektperiode til afsluttet projektperiode med forandringer det fører med sig.

### **6.2.7 Opsamling af den hermeneutiske meningsfortolkning**

Af meningsfortolkningen fremgik, at borgerne indledningsvist havde en skepsis i forhold til Sundhedsprojektets formål funderet i deres habitus. Denne skepsis bliver mindre da tilgangen med fokus på borgerinddragelse gøres klar, og distancen mellem sundhedsprofessionel og borger bliver mindre. Inddragelsen af borgerne giver desuden aktiviteterne styrke ligesom fortolkningen peger på, at den kan bidrage til at styrke borgernes kulturelle kapital. På denne baggrund fremstår det centralt fra starten at præsentere den overordnede tilgang og desuden fokusere på at nedbryde distancen mellem sundhedsprofessionel og borger.

Herudover fremstår projektlederen helt central i forhold til potentialet for at opnå resultater. Det fremstår at hun møder borgerne som ligeværdig og bidrager til at nedbryde distancer på tværs af etnicitet, hvilket har betydet at borgerne har udviklet modet til at sige deres mening. Fortolkningen viste herudover, at projektlederen har medbragt ressourcer som er blevet anvendt i forhold til opstart af aktiviteter og dette perspektiv fremstår væsentligt for aktiviteterens opstart. Fortolkningen viste desuden, at rekruttering af nøglepersoner var centralt i forhold til disses rekruttering af medborgere inden for deres felter. Det viste sig imidlertid også væsentligt at have et fokus på at klæde nøglepersonerne på til at møde de udfordringer sin rollen som rekruttant kan medføre, ligesom det fremstår centralt at vise dem tillid for at øge deres tro på egne evner.

For borgerne fremstod den største motivation for deltagelse at være muligheden for social interaktion med deres medborgere og fortolkningen viste, aktiviteterne derfor skal ligge op til dette for at øge borgernes lyst til at deltage. I et boligområde med mange forskellige etnicitetsgrupper fremstod det desuden centralt at udvikle aktiviteter der ligger op til interaktioner på tværs af etnicitet, hvilket også viste sig at kunne fordre integrationen. I relation til social interaktion fremstod det væsentligt at tilbyde en ramme for dette, hvilket området Medborgerhus gjorde.

Fremtiden for projektets synes imidlertid udfordret, idet fortolkningen viste, at der var blevet fjernet ressourcer fra området i forbindelse med projektlederens stop og reduktion af de økonomiske midler. Dette fremstod begrænsende for aktiviteterens udfoldelsesmuligheder og som indvirkende på borgernes lyst til at deltage i dem. Herudover synes borgerne at have mistet ejerskabet over Medborgerbusen, der ellers fremstod som central ramme for social interaktion.

## 6.3 Litteraturstudie

I dette afsnit præsenteres resultaterne af specialets systematiske litteratursøgning, der resulterede i et litteraturstudie, der relaterer sig til besvarelsen af andet forskningsspørgsmål: *Hvilke aspekter har betydning for inddragelsen af borgere samt sundhedsudbyttet i forebyggende og sundhedsfremmende indsatser i socialt udsatte boligområder, med borgerinddragelse som primær tilgang?*

*Indledningsvist præsenteres de inddragede studier, først i en tabel for at skabe et overblik og herefter præsenteres den metodiske fremgangsmåde for hvert af studierne. Derefter følger en samlet kritisk vurdering af studierne, som efterfølges af analysen af de seks studier.*

På baggrund af udvælgelsesprocessen beskrevet i afsnit 4.4.2, samt den efterfølgende kritiske vurdering jf. afsnit 4.4.2, blev der lokaliseret seks studier fra den systematiske litteratursøgning: En meta-analyse, et mixed methods studie, et longitudinelt kvalitativt studie og et kohortestudie, begge indlejret i et klyngerandomiseret studie, et etnografisk feltstudie og et teoretisk funderet studie.

I tabel 5 fremgår en oversigt af de seks studier, hvor studiernes titel, design, kontekst, resultater samt tjekliste-score præsenteres. Efterfølgende præsenteres de seks studier med fokus på metoden.

### 6.3.1 Artikeloversigt

Tabel 5 viser en oversigt af de seks inkluderede studier i litteraturlanalysen.

Forfatter, årstal og publiceringssted	Titel	Studiedesign	Formål	Kontekst	Resultater	Tjekliste-score
<b>O'mara-Eves et al. 2015</b>  <b>PubMed, PsycInfo, Sociological Abstracts, Cinahl, Embase</b>	The effectiveness of community engagement in public health interventions for disadvantaged groups: a meta-analysis	Meta-analyse  N = 131	At vurdere effektiviteten af de offentlige sundhedstiltag, der engagerer lokalsamfundet på en række sundhedsresultater på tværs af forskellige sundhedsspørgsmål.	Dårligt stillede samfund i OECD-lande	Stærk evidens for at inddragelse af nærmiljø har effekt, men ikke tilstrækkelig evidens til at kunne sige hvilken specifik model der er mest effektiv. - Der forekommer dog flere spændende tendenser i studiet.	<u>PRISMA: 24/27</u>
<b>Snooks et al. 2011</b>  <b>PubMed</b>	Costs and effects of a 'healthy living' approach to community development in two deprived communities: findings from a mixed methods study	Mixed-methods: Interview og økonomiske beregninger.  Interview start-intervention: N=92  Interview post-intervention: N=39	At evaluere en borgerinddragende 'Sund livsstil' intervention. Det søges at vurdere gennemførlighed, omkostninger, fordele og arbejdsrelationer af interventionen.	To udsatte boligområder i Pembrokeshire, West Wales.  Samfund ramt af økonomisk tilbagegang, social udstødelse og dårligt helbred.	De inddragede borgere opnåede færdigheder og selvtillid. Tværsektorielle partnerskaber blev udviklet. Borgerinddragelse er en langsigtet proces, som kræver vedvarende investeringer og evaluering.	<u>CASP: 8/10</u>
<b>Derges et al. 2014</b>  <b>PubMed og Embase</b>	'Well London' and the benefits of participation:	Longitudinelt kvalitativt studie indlejret i et klyngerandomiser	At undersøge de kausale veje hvorigennem borgerinddragelse påvirker sundhed, set ud	Tre udvalgte boligområder fra Well London indsatsens 40 udsatte boligområder.	Deltagelse er afhængig af tilstedeværelsen af bestemte elementer der understøtter den: et socialt	<u>CASP: 8/10</u>

	results of a qualitative study nested in a cluster randomised trial	et studiet. Interview start-intervention: N=61  Interview post-intervention N=45	fra perspektivet af de lokale borgere, der var involveret i Well Londons design og udførelse.		sammenhængende miljø, hvor man kan lære naboer at kende; et trygt miljø, der er godt vedligeholdt; en grad af autonomi, der gør det muligt for beboerne at blive inddraget i beslutningsprocessen og dermed forbedre selvtillid og selvværd. Ligeledes har en engageret og forstående projektkoordinator betydning for deltagelsen.	
<b>Phillips et al. 2014</b>  <b>PubMed, Cinahl, Embase og PsycInfo</b>	Well London Phase-1: results among adults of a cluster-randomised trial of a community engagement approach to improving health behaviours and mental well-being in deprived inner-city neighbourhoods	Kohorte studie indlejret i et klyngerandomiseret studie.	Vurdere effekten af Well London for at forbedre kostvaner, fysisk aktivitet og mental trivsel i lokalsamfund, der modtager interventionen.	40 udsatte boligområder i London: 20 intervention 20 kontrol	Ingen signifikante resultater på primære mål: øge indtag af frugt og grønt, samt fysisk aktivitet og trivsel.  Signifikante resultater for sekundære mål: Reduceret andel af borgere, der spiste usundt, samt en øget oplevelse blandt borgere af, at de var rykket tættere sammen	<u>STROBE: 18/22</u>
<b>Larsen &amp; Stock 2010</b>  <b>PsycInfo</b>	Capturing contrasted realities: integrating	Etnografisk feltstudie: Observation og interview.	At identificere de faktorer der har indflydelse på den sociale interaktion i	Et socialt udsat boligområde i Danmark, som for nylig har gennemgået en	Fem faktorer der mulliggør social interaktion: Lokation, aktivitet, fælles etnicitet, fælles historik omkring	<u>CASP: 9/10</u>

	multiple perspectives of Danish community life in health promotion		lokalsamfundet.	positiv udvikling	naboskab og loyalitet. De fem faktorer illustrerer at borgerne har divergerende måde af engagere sig i lokalsamfundet.	
<b>Ohmer 2010</b> <b>PsycInfo</b>	How Theory and Research Inform Citizen Participation in Poor Communities: The Ecological Perspective and Theories on Self- and Collective Efficacy and Sense of Community	Teorifunderet studie. Diskussion af teori og forskning	Anvender et økologisk perspektiv til at undersøge området som en transaktionel ramme, der påvirker individuel og kollektiv adfærd og udfald, samt undersøger borgerinddragelse som et redskab til at forbedre udfald for borgere i udsatte boligområder.	Udsatte boligområder	At skabe muligheder for borgere og at bygge på deres individuelle og kollektive kompetencer, kan hjælpe dem med at overkomme større problemer.  Socialarbejdere bør bruge mindre projekter til at bygge borgernes individuelle og kollektive kapacitet	-

### 6.3.2 Præsentation af de seks studier

*I dette afsnit præsenteres de seks studier med henblik på at skabe indsigt i studiernes metode og kontekst i relation til deres inddragelse i den videre analyse.*

#### **The effectiveness of community engagement in public health interventions for disadvantaged groups: a meta-analysis**

Studiet er en meta-analyse, der har til formål at vurdere effektiviteten af de offentlige sundhedstiltag, der inddrager nærmiljøet, på en række sundhedsresultater på tværs af forskellige sundhedsspørgsmål. Inddragelse af borgere fra dårligt stillede lokalsamfund er blevet foreslået med henblik på at reducere de sundhedsmæssige uligheder. Der blev søgt systematisk efter offentlige sundhedstiltag med borgerinddragelse som den primære tilgang. Design på studierne blev begrænset til randomiseret og ikke-randomiserede kontrollerede forsøg. Desuden blev studier kun inddraget hvis de var publiceret efter 1990 med udgangspunkt i OECD-landene. Meta-analysen resulterede i 131 studier, hvor effekterne blev vurderet i forhold til sundhedsadfærd, sundhedsmæssige konsekvenser, self-efficacy og social støtte (O'Mara-Eves et al. 2015).

#### **Costs and effects of a 'healthy living' approach to community development in two deprived communities: findings from a mixed methods study**

Studiet er en evaluering af en 'Sund livsstil' intervention. Interventionen var en lokalsamfunds-ledet proces, hvor formålet var at identificere og løse problemer, der påvirkede den lokale sundhed og trivsel. Lokale borgere i boligområdet blev uddannet til at varetage interviews med medborgere, og disse interviews dannede grundlag for udviklingstiltag, igangsat af på forhånd eksisterende lokalsamfundsfora. En projektkoordinator ydede støtte undervejs med henblik på at understøtte partnerskaber i boligområdet. Evalueringen var et mixed-methods før og efter studiedesign, herunder med semistrukturerede interviews med borgere, fokusgrupper med lokalsamfundsforskere og medlemmer af lokalsamfunds-fora, dokumentmateriale fra interventionen, dagbøger holdt af projektkoordinator og økonomiske regnskaber (Snooks et al. 2011).

#### **'Well London' and the benefits of participation: results of a qualitative study nested in a cluster randomised trial**

Studiet er en kvalitativ evaluering af et udsnit af Well London interventionen, der tog udgangspunkt i en borgerinddragende tilgang, og indebar aktiviteter fokuseret på sund kost, motion, mentalt helbred og

trivsel. Evalueringen bestod af dybdegående interviews med både deltagere og ikke-deltagere, med deltagere defineret som borgere der deltog i interventionens aktiviteter og indgik som frivillige i udførelsen af dem. Interviewene blev foretaget ved implementering af interventionen og post-intervention (Derges et al. 2014).

### **Well London Phase-1: results among adults of a cluster-randomised trial of a community engagement approach to improving health behaviours and mental well-being in deprived inner-city neighbourhoods**

Studiet er et kohortestudie indlejret i et klyngerandomiseret studie, der har til formål at undersøge effekterne af den førnævnte Well London intervention, med henblik på øge indtag af frugt og grønt, samt mængden af fysisk aktivitet og trivsel. Der blev indsamlet empiri med et spørgeskema før og efter interventionen (GHQ- 220 og Warwick Edinburgh Mental Well-Being Scale score2), udført på husstands niveau. Baseline blev målt ved udleverede spørgeskemaer, mens opfølgning (I: n = 1.938 og K: n = 1.948) var et computerassisteret personligt interview) (Phillips et al. 2014).

### **Capturing contrasted realities: integrating multiple perspectives of Danish community life in health promotion**

Studiet er et etnografisk feltstudie, der fokuserer på hvilket faktorer der har betydning for borgernes sociale interaktioner i hverdagslivet, og omfatter de borgere der normalt betragtes som ikke-inddragede i opbygning af lokalsamfundet. Opbygningen af lokalsamfundet byggede i høj grad på principper om borgerinddragelse og empowerment. Der blev foretaget deltagende observationer i fælleshuset, hvor lokalsamfundets aktiviteter primært foregik, samt small-talk observatøren og borgerne imellem. Desuden blev der foretaget 32 interview med borgere (n=27) og socialarbejdere (n=5) med henblik på bl.a. deres erfaringer og sociale engagement i lokalsamfundet, samt brugen af det offentlige rum (Larsen & Stock 2011).

### **How Theory and Research Inform Citizen Participation in Poor Communities: The Ecological Perspective and Theories on Self- and Collective Efficacy and Sense of Community**

Overordnet diskuterer studiet teori og forskning i relation til borgerinddragelse i udsatte boligområder. Herunder benyttes et økologisk perspektiv til at undersøge området som en transaktionel ramme, der påvirker individuel og kollektiv adfærd og udfald, samt undersøger borgerinddragelse som et redskab til at forbedre udfald for borgere i udsatte boligområder. Studiet diskuterer også teori og forskning om selv- og kollektiv efficacy og *sence of community*, for at forstå motivationen for og fordelene ved borgerinddragelse (Ohmer 2010).

### 6.3.3 Analyse af de seks studier

I dette afsnit præsenteres litteraturanalysen, herunder den kritiske vurdering, af de udvalgte studier.

#### Kritisk litteraturvurdering

Kvaliteten af studierne vurderes som anført i afsnit 4.4.2, både med validerede tjeklister og på baggrund af evidenshierarkiet- og typologien.

For de inddragede studier, på nær Ohmer 2010, gælder at de ligger højt i deres score på baggrund af vurderingen fra de validerede tjeklister præsenteret i tabel 5, hvilket betyder at disse studier havde metodologisk tilfredsstillende kvalitet. Anskues studierne design ligger meta-analysen højt på evidenshierarkiet, mens de øvrige studier befinder sig længere nede i evidenshierarkiet (Juul 2012). Dette er imidlertid ikke ensbetydende med at de er af dårlig kvalitet, idet de jf. evidensstypologien synes at stemme overens med studierne undersøgelsesspørgsmål (Rieper & Hansen 2007). I dette speciale er kvalitative studier relevante i relation til problemformuleringen, hvor der ønskes indsigt i menneskers oplevelser med borgerinddragelse i en boligsocialt kontekst. Her vil et RCT, som ligger højest på evidenshierarkiet, bidrage til viden om effekter af interventioner, ikke kan bidrage til denne viden på trods af, det er placeret øverst i evidenshierarkiet (Rieper & Hansen 2007; Juul 2012). I det følgende præsenteres de studier hvis kvalitet man, på trods af ovenstående, skal være opmærksom på.

Studiet af Phillips et al. 2014 er forbundet med en række bias, idet der for det første var en lav svarprocent jf. tabel 5, hvilket kan skyldes samplings bias, samtidig med at kun 3,1 pct. af respondenterne fra interventionsgruppen angav at have deltaget i Well London interventionen, hvilket kan have betydning for resultaterne. Desuden havde kun 0,9 pct. af respondenterne fra kontrolgruppen tilkendegivet af have deltaget i interventionen, hvilket kan have influeret på sammenligningsgrundlaget og dermed resultaterne i studiet. Til sidst angives at tidsperioden for interventionen var for kort i forhold til at opnå raffinerede resultater (Phillips et al. 2014). Dette studie er således forbundet med en række svagheder, hvorfor det kun inddrages til at underbygge andre studier og ikke står alene i sin dokumentation.

Studiet af Ohmer 2010 er placeret lavt i evidenshierarkiet, da den inddragede litteratur er selektivt udvalgt, samtidig med at der ikke indgår et metodeafsnit i studiet. På denne baggrund vil dette studie kun indgå som underbyggende til de øvrige studier og ikke stå alene.

#### Præsentation af litteraturanalysen

Gennemgående for studierne inkluderet i litteraturstudiet er, at de finder borgerinddragelse som en relevant og effektiv tilgang til sundhedsfremme i socialt udsatte boligområder, med forudsætning af



tilstedeværelsen af visse elementer. De gennemgående elementer fundet på tværs af studierne er som følger:

- Social interaktion er et centralt motiv for deltagelse
- Aktiv deltagelse fordrer kompetencer og selvtillid
- Trivsel og self-efficacy har betydning for deltagelse
- Projektkoordinator understøtter deltagelse og indsatsers videreførelse

### **Social interaktion er et centralt motiv for deltagelse**

Social interaktion fremgår i flere af studierne som værende helt centralt for deltagelsen og udfaldet af indsatserne (Derges et al. 2014; Snooks et al. 2011; Larsen & Stock 2011; Ohmer 2010; Phillips et al. 2014).

I studiet af Derges et al. 2014 identificerede informanterne betydningen af social interaktion som et afgørende element for deres deltagelse i indsatsens aktiviteter. Eksempelvis en social sammenkomst, der omfatter at spise sund mad, fælles havearbejde og fælles gåtur. I den forbindelse blev det fundet at deltagelse i praktiske sundhedsrelaterede aktiviteter kun bidrog til udbytte i en social kontekst, med udbytte forstået som informanternes oplevelse af ændring i sundhedsadfærd og trivsel. Til sammenligning oplevede ikke-deltagere, på trods af deres individuelle forsøg på at forbedre deres egen sundhed, intet udbytte og i den forbindelse udtaler en ikke-deltager at hun ønskede både at komme ud at gå og svømme, men ikke havde modet til at gøre det alene (Derges et al. 2014).

Overordnet konkluderer studiet, i relation til det sociale aspekt, at et socialt sammenhængende miljø, hvor borgerne kan lære naboer at kende, har betydning for deltagelsen, og i den forbindelse udbyttet af indsatsen. Således blev et uforandret socialt og fysisk miljø forbundet med lavere deltagelse og dermed mindre udbytte (Derges et al. 2014).

I studiet af Snooks et al. 2011 underbygges vigtigheden af et fokus på social interaktion, hvor det fremgår at borgerne bl.a. definerer sociale aktiviteter som en faktor, de oplever har indflydelse på deres sundhed og trivsel (Snooks et al. 2011). Desuden oplevede borgerne i studiet af Phillips et al. 2014, at den sundhedsfremmende indsats bidrog til, at borgerne var rykket tættere sammen i lokalsamfundet (Derges et al. 2014).

Ovenfor fremstår social interaktion som centralt for deltagelsen og udfaldet af forebyggende og sundhedsfremmende indsats. Et dansk etnografisk feltstudie af Larsen & Stock 2010 undersøger hvilke faktorer der muliggør social interaktion i et socialt udsat boligområde. Disse faktorer omhandler bl.a. lokaliteter og aktiviteter i området, samt fælles erfaringer i lokalsamfundet (Larsen & Stock 2011).

Lokaliteter i området relaterer sig bl.a til bænke, der har stor betydning for beboerne i relation til sociale interaktioner, idet de fungerer som et slags samlingspunkt og beboerne føler en form for ejerskab over dem (Larsen & Stock 2011).

Aktiviteter i området relaterer sig til rutinemæssige aktiviteter som f.eks. bingo, fællesspisning og det at være i fælleshuset, samt andre årlige og tilbagevendende aktiviteter. Disse aktiviteter forener beboerne på tværs af sociale aspekter som køn, alder og etnicitet. At opholde sig i fælleshuset ansås af borgerne som mere end blot en aktivitet, idet det var forbundet at en meningsfuld handling. En borger fra det socialt udsatte boligområde udtalte i den forbindelse, at fælleshuset med dets rare og hyggelige stemning var betydningsfuld for hende, og at hvis det ikke havde været en mulighed at komme der ville hun nok lige så stille falde hen (Larsen & Stock 2011).

Fælles erfaringer i lokalsamfundet relaterer sig til, at den sociale interaktion baseres på fælles erfaringer blandt beboerne. Dette kommer bl.a. til udtryk i forhold til den positive udvikling lokalsamfundet har gennemgået fra et usikkert kriminaliseret kvarter til et sikkert og ressourcestærkt kvarter, kendt for socialt engagerede beboere. De forskellige faktorer vidner om at beboere har forskellige måder at engagere sig i lokalsamfundet (Larsen & Stock 2011).

Ohmer 2010, der, i tråd med de øvrige studier, påpeger vigtigheden af at engagere borgerne i aktiviteter, der bygger relationer og forbindelser med deres naboer, foreslår mindre, overkommelige nabolagsforbedrende projekter som en konkret tilgang hertil (Ohmer 2010).

Af ovenstående afsnit fremgår det at social interaktion fordrer borgernes deltagelse, samt udfaldet af indsatserne. Herunder fremgår det at, sociale aktiviteter og lokaliteter i området, understøtter den sociale interaktion.

### **Aktiv deltagelse fordrer kompetencer og selvtillid**

I flere studier fremgår det, at en aktiv deltagelse fordrer kompetencer og selvtillid hos de deltagende (Snooks et al. 2011; Ohmer 2010; Derges et al. 2014; Phillips et al. 2014).

I Snooks et al. 2011 giver de borgere der fungerede som lokalsamfundsforskere udtryk for at processen gav dem nye kompetencer, hvilket øgede deres selvtillid. For en ledte det til nyt job, en anden yderligere engagement i det lokale arbejde. Også medlemmerne i lokalsamfundsfora oplevede at deres involvering i processen gav dem en følelse af kontrol. Det påpeges overordnet, at der var klare indikationer på udbytte for de borgere der var direkte involveret i processen, mens det ikke var muligt at påvise et udbytte for de øvrige borgere, på det pågældende tidspunkt (Snooks et al. 2011).

Den aktive deltagelses betydning for kompetencer og selvtillid understøttes af Ohmer 2010, der påpeger at forskning har fundet at højere grad af deltagelse i lokale organisationer og aktiviteter er forbundet med øget viden, kompetencer og tro på egne evner. De underbygger dette med Banduras teori om self-efficacy, der henviser til et individs tro på sine evner til at organisere og udføre de handlinger, der er nødvendige for at opnå ønskede mål. Bandura hævder at erfaringer, der producerer viden og kompetencer, kan resultere i højere self-efficacy. Således påpeger studiet at en høj grad af deltagelse er væsentlig i forhold til at producere viden og kompetencer, der bidrager til at øge individers self-efficacy, mens de også påpeger deltagelsens betydning for, hvad de betegner som *sense of community*, der henviser til den følelse borgerne har af at høre til og af at betyde noget for hinanden og for gruppen de indgår i (Ohmer 2010).

Vigtigheden af borgernes aktive inddragelse fremgår yderligere af Derges et al. 2014, hvor det boligområde der oplevede det største sundhedsmæssige udbytte bl.a. tilskrev dette borgere som aktører i områdets beboerudvalg, der var nedsat af Well London, samt et højt antal af proaktive frivillige. I et af de øvrige undersøgte boligområder blev frivilligt arbejde og involvering i at drive aktiviteter forbundet med en følelse af autonomi og deltagelsen blev generelt forbundet med en følelse af at være produktiv og nyttig. I tråd med Snooks et al. 2011 kunne dette studie også kun rapportere udbytte for de borgere der aktivt havde taget del i indsatsen (Derges et al. 2014).

Desuden fremgår det i Phillips et al. 2014 at de personer, der aktivt vælger at engagere sig i Well London interventionen, oplever personlig og social forandring (Phillips et al. 2014).

Flere studier finder at deltagelse i udførelse af indsatser er vigtigt for udbyttet (O'Mara-Eves et al. 2015; Snooks et al. 2011; Ohmer 2010).

O'Mara-Eves et al. 2015 finder en tendens til at indsatser der inddrager de lokale borgere i udførelsen af indsatsen, er mere effektive end de indsatser der hovedsageligt fokuserer på at inddrage borgerne i planlægningsfasen (O'Mara-Eves et al. 2015). Jf. tabel 5 kan studiet ikke konkludere signifikante forskelle, men finder kun tendenser. Dog synes dette fund at kunne underbygges af flere af de øvrige studier.

Fælles for lokalsamfundsforskerne og medlemmerne i lokalsamfundsfora i Snooks et al. 2011, var at de aktivt deltog i udførelsen af indsatsen og studiet påpeger som nævnt, at der var klare indikationer på udbytte for disse borgere, mens det ikke var muligt at påvise et udbytte for de øvrige borgere, hvor et repræsentativt udsnit var med på råd via interviews (Snooks et al. 2011). Yderligere kan vigtigheden af at inddrage borgerne i udførelsen af indsatsen underbygges af Ohmer 2010, der henviser til, at aktiv deltagelse i lokale organisationer og aktiviteter, samt erfaringer, der producerer viden og kompetencer, er aspekter der fremmer kompetencer og selvtillid (Ohmer 2010).

### **Trivsel og self-efficacy har betydning for deltagelse**

Et par af studierne fremhæver trivsel og self-efficacy som betydende for borgernes deltagelse (Derges et al. 2014; Ohmer 2010).

I Derges et al. 2014 finder de, at trivsel er en central betingelse for udøvelsen af *personlig handlefrihed*, som igen muliggør deltagelse i indsatsens aktiviteter. Borgerinddragelsestilgangen førte tilbage til en forstærket følelse af trivsel og handlefrihed, og understøttede derved ændringer i sundhedsadfærd. Forbedring i trivsel ledte til forbedringer i sundhedsadfærd, mens der ikke blev oplevet nogen effekt ved fraværet af forbedret trivsel. I et af de undersøgte boligområder i studiet, blev positiv forandring kun nævnt i relation til mental sundheds- og trivselsaktiviteter, hvilket indikerer vigtigheden af dette fokus (Derges et al. 2014).

Betydningen af trivsel for deltagelse understøttes af Ohmer 2010, der finder det trivselsrelaterede aspekt self-efficacy som betydningsfuldt for deltagelse. Studiet påpeger at individer, der opfatter sig selv som *inefficient*, ifølge self-efficacy teori, kan se deres udfordringer som uoverkommelige og derved undgå problemløsende aktiviteter, selvom individet måske har de nødvendige færdigheder for at imødegå udfordringerne. I den forbindelse påpeger studiet at manglende tro på egne evner kan være med til at forhindre borgere i at blive inddraget og dermed opnå bedre self-efficacy, hvorfor dette fremgår som en barriere for deltagelse og udbytte (Ohmer 2010).

### **Projektkoordinator understøtter deltagelse og indsatsers videreførelse**

Flere af studierne påpeger projektkoordinatoren som en vigtig kapacitet (Derges et al. 2014; Snooks et al. 2011; Ohmer 2010).

I studiet af Derges et al. 2014 fremgår projektkoordinatoren som et centralt tema på tværs af de tre undersøgte boligområder, i relation til at engagere og motivere borgere til deltagelse. Med projektkoordinatorens aktive deltagelse gennem koordinerede organisationer af frivillige, og et engagement i området, vist ved vedkommendes forståelse for områdets problemstillinger, blev deltagelse implementeret mere succesfuldt. F.eks. påpeger borgerne i et af boligområderne, at projektkoordinatoren var afgørende for at motivere og understøtte borgerne i deres involvering i aktiviteter, hvorimod manglen på en effektiv projektkoordinator i et af de øvrige boligområder blev påpeget som medvirkende årsag til det begrænsede udbytte af interventionen (Derges et al. 2014). I studiet af Snooks et al. 2011 fremgår projektkoordinatoren ligeledes som væsentlig, idet borgerne giver udtryk for bekymring om projektets fremtid efter projektkoordinatoren ikke længere er tilknyttet (Snooks et al. 2011). I forbindelse hermed

finder Ohmer 2010 projektlederens rolle som vigtig i forhold til at forbinde dem med eksterne lokalsamfundsressourcer, der kan hjælpe borgerne med at skabe langsigtede ændringer (Ohmer 2010).

Af dette afsnit fremgår det at projektkoordinatoren kan have en stor betydning i forhold til at understøtte og motivere borgere til deltagelse, samtidig med at projektkoordinatoren synes at have en betydning for indsatsens videreførelse.

### **Opsamling på litteraturstudie**

I litteraturstudiet fremgår en række elementer der var fremtrædende for borgerinddragelse i en boligsocial kontekst. Social interaktion var et centralt motiv for deltagelse, mens aktiv deltagelse skabte kompetencer og selvtillid blandt borgerne. Det viste sig desuden af borgerne bør inddrages i planlægningen og udførelsen af indsatser. Til sidst viste trivsel og self-efficacy at have betydning for deltagelse, samtidig med at en projektkoordinator tilknyttet indsatser understøtter deltagelse, samtidig med af mangel på en, kan udfordre indsatsers videreførelse.

## 7.0 Diskussion

I dette kapitel følger en diskussion af de anvendte metoder og resultaterne fra interview- og litteraturstudiet, med henblik på at fremkomme med konkrete anbefalinger til det fremadrettede kommunale arbejde med borgerinddragelse i socialt udsatte boligområder.

### 7.1 Diskussion af studiedesign og anvendte metoder

*I dette afsnit diskuteres det anvendte design og de anvendte metoder, med henblik på at vurdere de usikkerheder der kan være forbundet med dem og deres anvendelse, i relation til besvarelse af problemformuleringen (Rienecker & Jørgensen 2008).*

*Indledningsvist diskuteres sammenhængen mellem den videnskabsteoretiske tilgang, teori og metode, herunder de muligheder og begrænsninger denne har medført, efterfulgt af en diskussion af det anvendte studiedesign. Herefter diskuteres den kvalitative metode, herunder interview, på baggrund af de herskende kvalitetskriterier, der knytter sig til den forstående forskningstype jf. Launsø et al. (Launsø et al. 2011), samt Tanggard og Brinkmanns kvalitetskriterium transparens (Tangggard & Brinkmann 2015). Dette efterfølges af en diskussion af den metodiske fremgangsmåde for litteratursøgningen ud fra relevante kvalitetskriterier af Frandsen et al., samt gyldighed og pålidelighed. Afslutningsvis diskuteres den teoretiske referenceramme, herunder de styrker og svagheder der er forbundet hermed.*

#### 7.1.1 Sammenhæng mellem videnskabsteoretisk tilgang, teori og metode

I det følgende afsnit diskuteres sammenhængen mellem den videnskabsteoretiske tilgang, valget af teoretiske begreber fra Pierre Bourdieu og de anvendte metoder.

Specialet placerer sig inden for det fortolkningsvidenskabelige paradigme, hvor forskning jf. afsnit 4.1 bygger på teorier, metoder og data, der bidrager til at skabe forståelse af menneskelige handlinger. Valget af Bourdieu blev foretaget for at undersøge hvilke bagvedliggende sammenhænge der virkede betydende for informanternes udsagn, med henblik på at besvare forskningsspørgsmålet og udvikle anbefalinger. Til dette formål anses Bourdieu's begrebsapparat anvendeligt og samtidig vurderes sammenhængen med den paradigmatisk placering at harmonere.

Specialet bevæger sig herudover inden for den hermeneutiske tradition, og er påvirket af Hans-Georg Gadamer's forståelser. Således anerkender vi, at vores forforståelser ikke kan tilsidesættes, men er del af

forskningsprocessen og derved kan have påvirket processen. Dette fordrer både muligheder, idet Gadamer mener at det giver mulighed for at præcisere undersøgelsens fokus, men også begrænsninger, idet vores forforståelser kan have virket for dominerende i eksempelvis analysen af informanternes udsagn og derfor i højere grad er udtryk for vores forforståelser end informanternes. Her blev det imidlertid søgt at danne bevidsthed om vores forforståelser (Højberg 2009) og sætte dem i spil med informanternes for at udvikle ny forståelse på baggrund af en horisontsammensmeltning (Gadamer 2004). Herudover blev de tolkede perspektiver diskuteret i forhold til empiriske fund fra litteraturanalysen for yderligere at søge kvalificering af perspektiverne.

I relation til sammenhængen vurderes på baggrund af dette at der overordnet har været overensstemmelse mellem den videnskabsteoretiske position, teori og metodiske valg.

### **7.1.2 Studiedesign**

I det følgende afsnit diskuteres anvendelsen af casestudiedesignet som forskningsdesign.

I forbindelse med anvendelse af casestudiedesignet, er det centralt at diskutere mulighederne for generalisering af resultaterne, idet formålet med dette speciale var at komme med anbefalinger til det fremadrettede kommunale arbejde med borgerinddragelse i socialt udsatte boligområder. Således har mulighederne for generalisering betydning for forandringsforslagene. I dette speciale er der søgt anvendelse af analytisk generalisering af casestudiets resultater, idet de søges belyst gennem teoretiske perspektiver fra Bourdieu og empiriske fund gennem litteraturstudiet.

Udgangspunktet tages i en specifik case og her kritiseres casestudiet generelt for at dets specifikke karakter betyder, at der ikke kan foretages generelle slutninger (Maaløe 1996). Bent Flyvbjerg argumenterer imidlertid for, at casestudiets muligheder for at gå i dybden giver mulighed for at identificere nuancer i den undersøgte case, hvorfor designet i højere grad end andre tilgange kan bidrage til forståelsen af fænomener (Flyvbjerg 2015). Denne specifikke karakter kan genfindes i specialets undersøgelse, idet empiriindsamlingen er foretaget i et kontekstspecifikt boligområde, hvor det er søgt at opnå dybdegående viden om informanternes oplevelser af borgerinddragelse. De fremkomne perspektiver er analyseret gennem teoretiske begreber, og her kan det ikke afvises at fremanalyserede temaer er blevet påvirket af vores forforståelser, som der undervejs har været bevidsthed om tilstedeværelsen af. Dette kan have betydet, at temaerne ikke kan genfindes af andre forskere, men idet flere temaer underbygges i den inddragede empiri fra litteraturstudiet, vurderes generaliserbarheden til lignende kontekster af undersøgelsens resultater at være mulig.

### 7.1.3 Kvalitativ metode

I dette speciale blev det valgt at foretage kvalitative interviews med hhv. projektlederen og borgere bosiddende i Korskærparken under Sundhedsprojektet, idet vi ud fra første forskningsspørgsmål ønskede viden om deres oplevelser med borgerinddragelse i en boligsocial kontekst.

Interviewene med både projektleder og borgere var udarbejdet som semistrukturerede interviews, hvilket har bidraget til at sikre, at de forudbestemte temaer i interviewguiden er blevet belyst, samtidig med at interessante uventede temaer undervejs kunne opstå. Dette har desuden bidraget til en nuanceret empiriindsamling og givet mulighed for, at interessante perspektiver, der ikke ville være opnået ved mere strukturerede interviewtyper, kunne opstå. Imidlertid er denne interviewform også forbundet med svagheder, idet strukturen kan medføre at der ikke nås i dybden med det undersøgte, hvilket stiller store krav til interviewerens. Denne svaghed kom delvist til udtryk i interviewet med projektlederen, hvor hun havde rigtig meget at fortælle og var meget divergerende i hendes udtalelser, hvorfor interviewerens til tider var udfordret med henblik på at styre retningen for interviewet.

Den kvalitative metode interview diskuteres på baggrund af de kvalitetskriterier, der jf. Launsø et al. tilhører den forstående forskningstype: Gyldighed, herunder helhedskriteriet og spejlkriteriet (Launsø et al. 2011), og Tanggard og Brinkmans kvalitetskriterium transparens (Tanggard & Brinkmann 2015), hvilket gøres i de følgende afsnit.

#### Gyldighed

Gyldighedskriteriet relaterer sig, ifølge Launsø et al., til om forskeren undersøger det tilsigtede (Launsø et al. 2011).

Valget af informanter, herunder projektlederen for Sundhedsprojektet og borgere, der i større eller mindre grad har indgået i Sundhedsprojektet i Korskærparken, har bidraget til at styrke gyldigheden, idet informanterne har opfyldt inklusionskriterierne og derfor vurderes at have haft forudsætningerne for at kunne bidrage med viden om det tilsigtede (Launsø et al. 2011). Samtidig har de haft relevant viden om Sundhedsprojektet og den i Sundhedsprojektet anvendte tilgang, borgerinddragelse, hvilket har betydet at de har haft forudsætningerne for at indgå i interviewundersøgelsen.

Rekrutteringen af informanter har været begrænset af vores sprogfærdigheder, idet vi kun har rekrutteret borgere der besidder sprogkundskaberne dansk og engelsk, hvilket kan have virket begrænsende, idet potentielt relevante perspektiver fra borgere med andre sprogfærdigheder er gået tabt. Dog har informanterne varierende etnicitet, hvilket vidner om at vi har opnået en varieret informantgruppe og derfor skabt forudsætninger for, at et nuanceret indblik i de forskellige kulturer, der ofte er bosiddende i socialt udsatte boligområder jf. afsnit 2.4, blev mulig.



Jf. afsnit 4.3.2 ønskes en variation af datamaterialet, hvilket synes opnået, idet informanterne varierer i forhold til alder, køn, etnicitet og beskæftigelse. Informanterne fremstår således som repræsentative for borgerne i Korsbærparken og lignende socialt udsatte boligområder, idet der her bor borgere med variation i førnævnte demografiske forhold, jf. casebeskrivelsen afsnit 2.4.

Der indgår syv informanter til at dække borgernes oplevelser af borgerinddragelse, hvilket synes at bidrage til at datamætning, der ifølge Kvale og Brinkmann relaterer sig til at flere informanter ikke ville komme med nye perspektiver (Brinkmann 2014). Dette synes opnået, idet flere gennemgående temaer i relation til borgerinddragelse tydeligt tegnede sig. Dog kan det ikke udelukkes at nye perspektiver havde fremkommet ved inddragelse af flere informanter og således er gået tabt. I den forbindelse må det overvejes hvorvidt borgerne er repræsentative i forhold til deltagere og ikke-deltagere, idet størstedelen af borgerne der indgår i interviewundersøgelsen i større grad har deltaget. Imidlertid omfatter informanterne også borgere, som fra projektets start var skeptiske og tvivlede på deres eget bidrag til Sundhedsprojektet. Flere ikke-deltagere ville dog have bidraget til at belyse perspektiver på, hvorfor borgere ikke ønsker at deltage, samt motiver der kunne fordre deltagelse, omend de informanter der indgår også udtaler sig om, hvad der fik dem til at deltage på trods af skepsis.

Modsat borgerne synes der ikke at være opnået datamætning for projektlederens perspektiv, idet dette perspektiv blot dækkes af én informant. Derfor kunne flere informanter have bidraget med andre perspektiver på en projektleders oplevelser, hvilket Kvale og Brinkmann benævner datamætning (Brinkmann 2014). Det har dog ikke været muligt at imødekomme denne problematik ved inddragelse af flere informanter, idet der kun var ansat én projektleder i Sundhedsprojektet. For at imødekomme denne problemstilling underbygges projektlederens oplevelse i den hermeneutiske meningsfortolkning med borgernes, idet der var flere aspekter der overlappede, hvorfor projektlederen ikke står alene med hendes oplevelser, hvilket styrker gyldigheden af hendes udsagn.

Undervejs i interviewene blev der fulgt op på informanternes udsagn, for at sikre at interviewer forstod informantens udsagn, hvilket Kvale og Brinkmann betegner intersubjektivitet (Kvale & Brinkmann 2009). Ved at stille mod intersubjektivitet styrkes gyldigheden af informanternes udsagn og dermed det datamateriale der genereres. Gyldigheden af informanternes udsagn styrkes yderligere, idet flere aspekter kan underbygges af litteratur på området, identificeret gennem den systematiske litteratursøgning.

Gyldighed har ifølge Launsø et al. en udvidet betydning i relation til den forstående forskningstype, idet den bør inddrage informanternes vurdering af fortolkningen (Launsø et al. 2011). Dette omfatter både helheds- og spejlkriteriet, som diskuteres i de følgende afsnit.

### *Helhedskriteriet*

Helhedskriteriet indebærer ifølge Launsø et al. at informanternes udsagn fortolkes ud fra de sociale og institutionelle sammenhænge, informanterne befinder sig i (Launsø et al. 2011). Dette kriterium er søgt indfriet, idet konteksten ved hjælp af casebeskrivelsen, jf. afsnit 2.4 er taget i betragtning i forhold til informanternes udsagn, hvilket har bidraget til en forståelse for konteksten informanterne udtaler sig i.

### *Spejlkriteriet*

Spejlkriteriet indebærer ifølge Launsø et al. at informanterne kan genkende sine egne udsagn og meninger i fortolkningen (Launsø et al. 2011). Dette kriterium er søgt indfriet, ved dels at foretage fuld transskription, således at tolkninger er foretaget på baggrund af informanternes reelle udsagn og dels har vi i meningsanalysen og fortolkningen været tro mod informanternes udsagn, hvilket har styrket informanternes mulighed for at genkende deres udsagn i analysen. Imidlertid kan vi ikke være sikre på at dette kriterium er opfyldt, idet der ikke er taget kontakt til informanterne efterfølgende med henblik på indsigt i om de kan genkende sine udtalelser. Dette er dog et bevidst valg, i kraft af at mennesker er tilbøjelige til at ikke kunne genkende egne udtalelser i transformationen fra tale- til tekstsprog, på trods af at udtalelserne er direkte citeret jf. afsnit 4.3.8 (Kvale & Brinkmann 2009).

### **Transparens**

Ifølge Tanggaard og Brinkmann relaterer transparens sig til at design og gennemførelse, i dette tilfælde af interviewundersøgelsen, skal være så gennemsigtig som muligt, således at andre kan vurdere undersøgelsens resultater (Tanggaard & Brinkmann 2015). I metodeafsnittet afsnit 4.3, relateret til de kvalitative interviews, er fremskrevet de forskellige faser og overvejelser i forbindelse med udarbejdelse, udførelse og analyse af interviewene, hvilket har styrket transparensen af denne metode. Ved den kvalitative metode vil det ifølge Tanggaard og Brinkmann være utopi at kræve at andre kan genskabe et interview og opnå samme resultater, men design og gennemførelse skal, som før nævnt, beskrives så nøjagtigt som muligt (Tanggaard & Brinkmann 2015). I specialet er vedlagt interviewguiden til de to interviewsituationer, samt kodetræer udarbejdet i forbindelse med analysen, hvilket har bidraget til transparens af empirigenereringen og analysen, hvorfor det synes muligt for andre at vurdere undersøgelsens resultater. Disse fremgår af Bilag A.

### **Recall bias**

Recall bias relateres primært til kvantitative studier (Juul 2012), men kan også gøre sig gældende i kvalitative studier, hvis informanterne i interviewet skal svare på noget der ligger langt tilbage i

erindringen. Eftersom Sundhedsprojektet er afsluttet i 2013, kan der forekomme recall bias i forhold til informanternes udsagn, hvorfor relevante perspektiver kan være gået tabt og de givne udsagn kan være erindret anderledes end de oprindeligt blev erfaret. Dette blev imidlertid forsøgt omgået ved at ved at der blev givet god tid til refleksion undervejs i interviewene, men det kan ikke udelukkes at have haft betydning for informanternes udsagn og dermed det genererede datamateriale.

#### **7.1.4 Litteratursøgningen**

Ifølge Frandsen et al. vurderes kvaliteten af en litteratursøgning ved anvendes af to begreber: Recall og precision (Frandsen et al. 2014). Litteratursøgningen diskuteres derfor i det følgende gennem disse.

##### **Recall**

Recall relaterer sig til den andel af relevant litteratur der blev identificeret i de udvalgte databaser i litteratursøgningen. Dette kan ikke måles i praksis, idet den litteratur der ikke blev identificeret ikke er kendt, hvorfor det blot er et teoretisk begreb (Frandsen et al. 2014).

Den systematiske litteratursøgning, udarbejdet med henblik på at besvare andet forskningsspørgsmål, og den efterfølgende udvælgelsesproces resulterede, som illustreret i flowdiagrammet figur 5 og i Bilag B, i et relativt få antal hits. Dette kan dels skyldes begrænset litteratur på området og dels at søgningen givet var for smal. Imidlertid fremkom kerneartikler identificeret i den brede litteratursøgningen, samtidig med at der fremkom relevant litteratur til besvarelse af andet forskningsspørgsmål, hvorfor litteratursøgningen synes at opnå recall.

##### **Precision**

Precision relaterer sig til den relevante litteratur der fremkom ved søgningen, hvilket vurderes på baggrund af om søgningen har indfanget det relevante og kun relevante litteratur (Frandsen et al. 2014).

Der blev lokaliseret relativt få studier, efter at have taget højde for de opstillede in- og eksklusionskriterier jf. afsnit 4.4.2 og udført udvælgelsesprocessen, sammenlignet med den systematiske litteratursøgnings resultater. Dette kan skyldes at denne søgning resulterede i en del studier uden for specialets problemstilling, hvorfor søgningen har haft en del støj og begrænset precision. Dog var der flere dubletter af relevante studier på tværs af databaserne, hvilket indikerer at det er lykket at overføre de forskellige databasers sprog på tværs, og derved højne precision af søgningen mellem disse databaser.

Årsagen til den støj der forekom i litteratursøgningen, kan dels findes i at der ikke eksisterer et kontrolleret emneord for konteksten, socialt udsatte boligområder, og dels at borgerinddragelsen som begreb kan være politisk funderet. Derfor kan den begrænsede precision være vanskelig at øge, hvorfor der i fremtiden bør

fokuseres på at udarbejde et kontrolleret emneord for denne kontekst, hvilket understøttes af studiet af Algren et al. (Algren et al. 2015). I relation hertil er det relevant at diskutere litteratursøgningens gyldighed.

### **Gyldighed**

Ovenstående udfordringer i forbindelse med manglende kontrolleret søgeord kan påvirke litteratursøgningens gyldighed, idet relevante artikler kan være gået tabt.

Imidlertid er der på baggrund af udvælgelsesprocessen fremkommet relevante studier til besvarelse af forskningsspørgsmålet relateret dertil, hvorfor gyldigheden øges, idet der er fremkommet det der søgtes efter (Launsø et al. 2011).

### **Pålidelighed**

Pålidelighed relaterer sig til, om andre vil opnå de samme resultater som nærværende (Launsø et al. 2011) både i forhold til resultatet fra litteratursøgningen og de udvalgte studier der er inddraget i litteraturanalysen.

Litteratursøgningen er udført på baggrund af en eksplicit systematisk søgestrategi, der er vedlagt i Bilag B. Denne søgestrategi bidrager til at styrke specialets pålidelighed, idet andre således kan genskabe søgningen. Litteratursøgningen blev imidlertid afsluttet d. 5. maj 2016, hvorfor fremtidige genskabninger af søgningen kan resultere i nye relevante artikler, hvilket betyder at de inddragede studier er betinget af nuværende litteratur på områder, hvorfor gyldigheden fremadrettet svækkes, idet der givet vil fremkomme nye relevante studier i fremtiden.

Udvælgelsesprocessen er foretaget ud fra tre trin, som beskrevet i afsnit 4.4.2, samt på baggrund af opstillede in- og eksklusionskriterier som fremgår af afsnit 4.4.2. Denne fase kan være vanskelig at genskabe af andre, med samme udfald som nærværende, idet denne fase er præget af subjektivitet, på trods af opstillede kriterier for udvælgelsen, hvilket kan svække pålideligheden. Imidlertid er det forsøgt at imødekomme dette i denne fase, idet flere gruppemedlemmer bidrog i både udvælgelsesprocessen og til vurdering af kvaliteten af studierne.

Endelig blev udvælgelsesprocessen illustreret ved hjælp af et flowdiagram jf. afsnit 4.4.2, som bidrager til transparens af denne proces, hvilket har styrket pålideligheden.

### **7.1.5 Teoretisk referenceramme**

I forbindelse med anvendelsen af begreber fra Bourdieu til den hermeneutiske meningsfortolkning af interviewundersøgelsens resultater, må det overvejes hvilken betydning denne anvendelse har haft for de fremkomne perspektiver. Formålet med anvendelsen af begreber fra Bourdieu var at søge en dybere

mening og forståelse af informanternes udsagn og belyse de bagvedliggende sammenhænge betydende for deres udsagn.

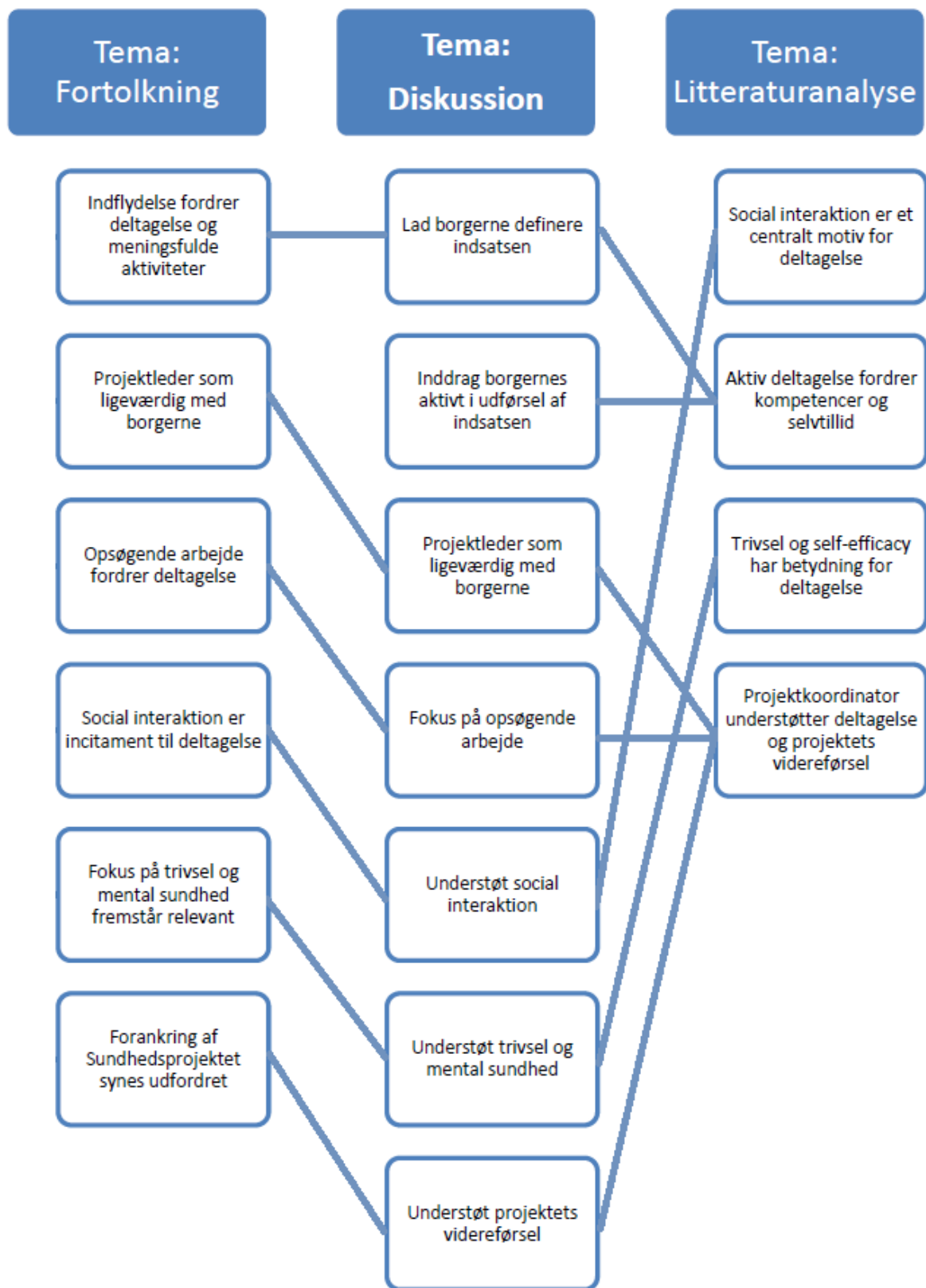
Først og fremmest må det vurderes om teorien har tjent sit formål. Informanternes udsagn er givet i relation til deres oplevelser under Sundhedsprojektet, og det er derfor i højeste grad deres subjektive meninger der er indsamlet. Ved begreber fra Bourdieu søges en tolkning af disse udsagn, og med bevidstheden om forforståelsens tilstedeværelse, kan det ikke udelukkes at forskernes tolkninger fremkommer med forståelser, der ikke vil kunne genfindes af informanterne, men udspringer af vores forforståelser. Her er det ved anvendelsen af teoretiske begreber søgt at skabe struktur for fortolkningen, hvor Bourdieus forståelse af de udvalgte begreber kobles til informanternes udsagn, for at belyse dem i et teoretisk perspektiv, vurderes det at anvendelsen af Bourdieu har bidraget til at opnå dybere mening og forståelse for informanternes udsagn.

Med anvendelsen af Bourdieu må det dernæst overvejes, hvorvidt hans begrebsapparat efterlader plads til informanternes påvirkning af rammerne for Sundhedsprojektet, idet han, ifølge Järvinen, er blevet kritiseret for sin strukturalistiske opfattelse af handlinger som strukturelt betingede, hvor der ikke efterlades plads til individets påvirkning af strukturerne (Järvinen 2013). Når bagvedliggende sammenhænge for borgernes udsagn i en borgerinddragelsesindsats søges belyst, fremstår umiddelbart en nødvendighed for at efterlade plads til borgernes påvirkning af strukturer, hvilket netop var formålet med Sundhedsprojektet og tilgangen borgerinddragelse. Ved anskuelsen af de aktiviteter som blev oprettet under Sundhedsprojektet som nye felter der måtte oprettes, vurderes det imidlertid, at informanterne her har haft mulighed for at påvirke strukturerne, da felter ikke kan eksistere uden individets lyst til at indgå i dem og at felterne derfor må tilbyde formål der tiltaler individerne. Informanternes udsagn kan imidlertid været givet ud fra påvirkning fra andre strukturer, hvorfor disse strukturer har været betydende for de givne udsagn og derfor også været det for specialets tolkninger af udsagnene. Dette er perspektiver der må tages med i vurderingen af Bourdieus anvendelse som dåseåbner (Høyer 2011) til at belyse bagvedliggende sammenhænge betydende for informanternes udsagn, men det vurderes at formålet med at benytte udvalgte begreber har tjent sit formål.

Herudover må det overvejes om anvendelsen af teoretiske begreber fra Bourdieu som eneste teoretiske perspektiv, har virket afgrænsende for de tolkninger der er fremkommet. Her kan det ikke afvises at inddragelsen af andre teoretiske begreber havde ført til andre tolkninger og derved påvirket undersøgelsens resultater. Fortolkningerne er af denne grund diskuteret i forhold til empiriske fund, for at kvalificere fortolkningens resultater i resultaterne fra undersøgelser med lignende fokus.

## 7.2 Diskussion af resultater

Dette afsnit vil, på baggrund af specialets resultater, diskutere konkrete anbefalinger til det fremadrettede kommunale arbejde med forebyggende og sundhedsfremmende indsatser i socialt udsatte boligområder, med borgerinddragelse som tilgang. Disse resultater vil blive koblet til relevante aspekter fra problemanalysen, med henblik på at diskutere de problemområder der blev præsenteret. Nedenfor illustrerer figur 7 hvorledes temaer fra den hermeneutiske meningsfortolkning og litteraturstudiet er sammenfattet i nye teamer i diskussionen.



Figur 7 viser en illustration af hvorledes temaerne fra fortolkningen og litteraturanalsen er sammenfattet til temaer i diskussionen.

### 7.2.1 Lad borgerne definere indsatsen

Af interviewresultaterne fremgår det centralt, at borgerne er inddraget i beslutningsprocessen vedrørende Sundhedsprojektets udformning, med henblik på at imødegå borgernes skepsis. Det fremgår, at borgernes skepsis overfor projektet elimineres i deres erfaring af, at projektet har fokus på at tage udgangspunkt i deres præmisser. Borgernes erfaring af deres mulighed for indflydelse, synes at fordre deres interesse for projektet, hvorfor det i denne forbindelse fremgår som centralt at afklare den borgerinddragende tilgang tydeligt overfor borgerne, således at borgernes skepsis til projektet overvindes og interesse derved opstår. Tilgangen i Sundhedsprojektet, hvor borgerne kan siges at have haft definitionsmagten, synes at have skabt meningsfulde og relevante aktiviteter for borgerne, hvilket igen understøtter vigtigheden af at inddrage borgerne i beslutningsprocesser.

Set i lyset af Bourdieu, sikrer denne tilgang at der er overensstemmelse mellem feltets struktur og borgernes habitus, således at de passer ind i feltet.

Det kvalitative studie af Derges et al. 2014 understøtter interviewresultaterne, idet de finder at en grad af autonomi, der gør det muligt for borgerne at blive inddraget i beslutningsprocessen, er afgørende for borgernes deltagelse (Derges et al. 2014).

Vigtigheden af at inddrage borgerne i beslutningsprocesser, er i tråd med Arnsteins deltagelsesstige, præsenteret i problemanalysen, afsnit 2.3.3, hvor det fremgår, at deltagelse uden omfordeling af magt, ikke betragtes som reel deltagelse, men som en tom og frustrerende proces, for hvad Arnstein betegner som de magtesløse (Arnstein 1969).

I den forbindelse fremgår det af problemanalysen, at satspuljeprojektet *Forebyggelsesindsatser i nærmiljøet*, tog udgangspunkt i på forhånd fastsatte problemområder, med fokus på KRAM-faktorerne, hvorfor denne tilgang er i modstrid med dette speciales resultater og Arnsteins perspektiv. De magtesløse vil i satspuleprojektets kontekst være borgere der bliver underlagt på forhånd fastsatte fokusområder, på trods af at der udadtil forsøges at give et billede af, at indsatsen er på borgernes præmisser. Således vil disse borgere, ifølge Arnstein, opleve det som en frustrerende proces ikke at være reelt inddraget (Arnstein 1969). I den forbindelse påpeger Irvin & Stansbury, at en på forhånd fastlagt dagsorden kan resultere i en opfattelse af, at borgerens deltagelse er nyttesløs, som videre kan resultere i vrede og afstandtagen (Irvin & Stansbury 2004).

Som belyst i problemanalysen, afsnit 2.3, omfatter Sundhedsstyrelsens definition af borgerinddragelse, i tråd med WHO, borgerens medbestemmelse i både planlægning, udvikling og drift af indsatsen (Sundhedsstyrelsen 2010). Dette synes imidlertid at være i modstrid med deres anlagte tilgang i satspuljeprojektet, hvor de som nævnt har fastsat et fokus på KRAM-faktorerne udenom borgernes indflydelse. Således fremgår det at Sundhedsstyrelsen ikke formår at efterleve deres definition af



borgerinddragelse, hvilket underbygger behovet for klare retningslinjer for borgerinddragelse i socialt udsatte boligområder. Her synes WHO's udlægning af Arnsteins deltagelsesstige relevant i forhold til at bevidstgøre sig om niveauet af borgerinddragelse.

Specialets resultater indikerer, at borgerinddragelse på det øverste niveau af deltagelsesstigen synes hensigtsmæssig, idet borgerne her identificerer problemer og har høj grad af kontrol, hvilket, af resultaterne, fremgår som afgørende for borgernes interesse og deltagelse i Sundhedsprojektet.

De på forhånd fastsatte fokusområder der gør sig gældende i det førnævnte satspuljeprojekt kan yderligere relateres til diskussionen om borgerinddragelse som mål eller middel, eller bottom-up og top-down tilgang, som diskuteret i problemanalysen. Hvor tilgangen i satspuljeprojektet synes at relatere sig til en top-down tilgang, i kraft af på forhånd fastsatte rammer af en udefrakommende instans, i denne kontekst Sundhedsstyrelsen, synes specialets resultater derimod at indikere en bottom-up tilgang som den mest hensigtsmæssige. Dette i kraft af, at borgernes inddragelse i definitionen af en indsats' problemområder, fremgår afgørende for borgernes interesse og deltagelse i indsatsen.

På baggrund af ovenstående diskussion, er en konkret anbefaling til det fremadrettede kommunale arbejde med borgerinddragelse i socialt udsatte boligområder, at lade borgerne definere indsatsen, og ikke fastsætte fokusområder på forhånd, således at det bliver på borgernes præmisser. Herunder kan med fordel tages udgangspunkt i WHO's udlægning af Arnsteins deltagelsesstige, med fokus på at tilstræbe det højeste niveau af trappen. Yderligere er en konkret anbefaling, at formidle projektets borgerinddragende tilgang tydeligt for borgerne.

### **Inddrag borgerne aktivt i udførelse af indsatsen**

Udover at det fremgår relevant at involvere borgerne i beslutningsprocesser vedrørende en indsats fokusområder, fremgår det yderligere relevant at inddrage borgerne aktivt i selve udførelsen af en indsats. Af resultaterne af litteraturstudiet fremgår det, at aktiv involvering i f.eks. lokale organisationer, aktiviteter eller lokalsamfundsforskning, hvilket synes at relatere sig til den mere praktiske udførelse af en indsats, er forbundet med øget viden og kompetencer, som kan bidrage til øget selvtillid eller self-efficacy hos borgeren (Snooks et al. 2011; Ohmer 2010; Derges et al. 2014). Den øgede selvtillid er væsentlig i forhold til at kunne opnå ønskede mål (Ohmer 2010), mens den kulturelle kapital, i form af viden og kompetencer, opnået gennem deltagelsen, er væsentlig, idet den kan omsættes til øvrige kapitalformer. Eksempelvis kan kulturel kapital i form af viden om sundhed være en forudsætning for at forbruge økonomisk kapital på sundhedsfremmende vis (Bourdieu 1997).

Den øgede kulturelle kapital og selvtillid som borgerens aktive deltagelse kan bibringe, har således

betydning for hvordan borgeren fremadrettet kan imødegå sundhedsmæssige udfordringer, og således får deltagelsen i sig selv en indirekte indflydelse på borgerens sundhed. Yderligere kan den kulturelle kapital og øgede selvtillid relateres til empowerment, der jf. problemanalysen, afsnit 2.3.4, relaterer sig til et individs eller samfunds opbygning af selvtillid, forståelse og magt, nødvendig for at formulere, handle på og løse behov.

Ovenstående indikerer således at et fokus på borgerinddragelse som mål i sig selv er hensigtsmæssigt, og bidrager derved til at belyse spørgsmålet om hvorvidt borgerinddragelse bør tilgås hhv. som mål eller middel, som diskuteret i problemanalysen, afsnit 2.3.4. Her blev det påpeget at borgerinddragelse som mål i sig selv, også relateret til som bottom-up, har til hensigt at øge borgernes selvtillid og handlekraft til at tage vare på eget liv og sundhed, hvilket er i tråd med det litteraturen har fundet, at deltagelse i sig selv kan bidrage til (Snooks et al. 2011; Ohmer 2010; Derges et al. 2014; Phillips et al. 2014).

På baggrund af ovenstående diskussion, er en konkret anbefaling til det fremadrettede kommunale arbejde med borgerinddragelse i socialt udsatte boligområder, at inddrage borgerne aktivt i udførelsen af indsatsen, og i den forbindelse tage udgangspunkt i borgerinddragelse som mål i sig selv, med fokus på empowerment som indsatsens outcome.

### **7.2.2 Projektleder som ligeværdig med borgerne**

På tværs af interviewresultater og resultater af litteraturstudie, fremgår projektlederens rolle som central, hvad angår hendes personlighed og tilgang til borgerne (Derges et al. 2014; Snooks et al. 2011). Af interviewresultaterne fremgår det at projektlederens personlighed blev tilskrevet stor betydning for projektets succes. Herunder hendes evne til at imødegå alle borgere, udvise oprigtig interesse og agere på lige fod med borgerne. Set i lyset af Bourdieu fremgår det, at projektlederen formåede at distancere sig fra, at indtage en dominerende rolle, ved at agere som ligeværdig med borgerne, og dette synes at have nedbrudt en distance projektleder og borgere imellem, hvilket har fordret borgernes engagement i Sundhedsprojektet. Dette kan igen relateres til Bourdieu, der påpeger at individer, i kraft af deres identificering med andre fra samme sociale position, ubevidst passer ind og har lyst til at indgå i sådanne sammenhænge. Således kan projektlederens bestræbelser på at indgå på lige fod med borgerne, have haft betydning for borgernes oplevelse af at identificere sig med projektlederen og derved deres lyst til at indgå. Vigtigheden af projektlederens personlighed underbygges af Derges et al. 2014, hvor det fremgår at en engageret projektleder med forståelse for områdets udfordringer, har betydning for borgernes deltagelse (Derges et al. 2014).

På baggrund af ovenstående diskussion, er en konkret anbefaling til det fremadrettede kommunale arbejde med borgerinddragelse i socialt udsatte boligområder, at en projektleder eller projektmedarbejder bør søge en forståelse for områdets problemstillinger og samtidig søge en ligeværdig position med borgerne, ved at indgå som deltager i eksempelvis foreninger og aktiviteter, på lige fod med borgerne.

### **7.2.3 Fokus på opsøgende arbejde**

Projektlederens rolle fremgår som central i relation til at foretage opsøgende arbejde og relationsarbejde, hvilke er tæt forbundne. Af interviewresultaterne fremgår det, at både borgerne og projektlederen oplevede den opsøgende tilgang som afgørende for at få borgere inddraget i Sundhedsprojektet. Flere borgere gav udtryk for at de ikke havde tillid til deres evner til at indgå i projektet, hvilket, set i lyset af Bourdieu, kan relateres til en manglende indlejret erfaring i habitus. I den forbindelse oplevede de at projektlederens direkte henvendelse til dem bidrog til, at overvinde den skepsis de havde i forhold til at kunne indgå i projektet.

Projektlederens direkte henvendelse om opfordring til deltagelse, eksempelvis som frivillig underviser i en aktivitet, viste borgerne tillid, hvilket styrkede deres tro på og mod til, at kunne indgå i projektet.

Projektlederen oplevede, i tråd hermed, en kontinuerlig opsøgende tilgang som afgørende for at skabe modet for borgerne til at deltage, hvilket hun samtidig så tæt forbundet med et relationsarbejde, der handlede om at komme ud og tage del i borgernes hverdag. Vigtigheden af projektlederens opsøgende tilgang, understøttes yderligere af litteraturstudiet, hvor Derges et al. 2014 finder at borgerne i et af de undersøgte boligområder, påpeger projektkoordinatoren som afgørende for at motivere og understøtte dem i deres involvering i aktiviteter (Derges et al. 2014).

Projektlederens opsøgende arbejde fremgår således som en afgørende kapacitet for borgernes inddragelse i projektet, i kraft af den pågældende kontekst, hvor lav selvtilid fremgår som en barriere for deltagelse. I den forbindelse fremgår det væsentligt at en indsats ikke blot har rammerne for at deltagelse på et højt niveau af deltagelsesstigen er mulig jf. afsnit 2.3.3, men at en projektleder også kontinuerligt understøtter borgerne i at indgå på dette niveau.

Af interviewresultaterne fremgår det at projektlederen i sin opsøgende tilgang bl.a. havde fokus på rekruttering af nøglepersoner indenfor forskellige sociale grupper, som havde til formål at få yderligere borgere inddraget. Tilgangen syntes effektiv i relation til dette formål, hvilket kan ses i lyset af borgerens centrale stemme indenfor deres sociale gruppe. Denne opsøgende tilgang med fokus på rekruttering af nøgleinformanter, synes i den forbindelse hensigtsmæssig, i forhold til at kunne lette det store arbejde det opsøgende arbejde ville være for projektlederen alene. I den forbindelse synes det væsentligt at

understøtte borgernes indlejring af erfaringer med rekruttering i habitus, således at de har de tilstrækkelige kompetencer til at varetage denne opgave.

På baggrund af ovenstående diskussion, er en konkret anbefaling til det fremadrettede kommunale arbejde med borgerinddragelse i socialt udsatte boligområder, at en projektleder eller projektmedarbejder i høj grad bør være opsøgende overfor borgerne og udvise tillid til deres evner til at indgå i indsatsen. Herunder bør projektlederen eller projektmedarbejderen være opmærksom på at rekruttere nøglepersoner inden for forskellige sociale grupper og gøre borgerne i stand til at varetage bøgerledet rekruttering.

### **7.2.4 Understøt social interaktion**

Af både interviewresultaterne og litteraturstudiets resultater (Derges et al. 2014; Snooks et al. 2011; Larsen & Stock 2011; Phillips et al. 2014; Ohmer 2010) social interaktion som en helt central betingelse for borgernes deltagelse, og har i den forbindelse også betydning for udfaldet af indsatserne. Det fremgår på tværs af resultaterne at den sociale interaktion har været med til at forene borgerne, og af interviewresultaterne fremgår det yderligere at den sociale interaktion har fordret integrationen, hvilket synes relevant i en kontekst hvor 49,6 pct. af borgerne jf. casebeskrivelse afsnit 2.4, har anden etnisk baggrund end dansk.

Af både interview og litteratur fremgår et fælles samlingssted som betydningsfuldt i forhold til at understøtte den sociale interaktion, og i litteraturstudiet påpeges yderligere aktiviteter som fællesspisning og praktiske projekter i nabolaget (Derges et al. 2014; Larsen & Stock 2011; Ohmer 2010). Disse aktiviteter kan, set i lyset af Bourdieu, være med til at udbygge borgernes sociale kapital.

Jf. afsnit 5.2 vil individer ifølge Bourdieu kun indgå i felter hvis de ser et formål med det, og da formålet med deltagelse for flere borgere er social interaktion, vil felter med dette som mål virke tiltrækkende. Således kan dette også understøtte Derges et al. 2014 der fandt at deltagelse i praktiske sundhedsrelaterede aktiviteter kun bidrog til udbytte i en social kontekst (Derges et al. 2014). Det synes i den forbindelse vigtigt at samtlige aktiviteter og tiltag i borgerinddragende indsatser har et centralt fokus på at understøtte social interaktion, idet dette, i kraft af borgernes ønske om social interaktion, vil øge motivationen for deltagelse.

På baggrund af ovenstående diskussion, er en konkret anbefaling til det fremadrettede kommunale arbejde med borgerinddragelse i socialt udsatte boligområder, at aktiviteter og tiltag skal være centreret om social interaktion, ligesom et fælles samlingssted for borgerne anbefales.

### **7.2.5 Understøt trivsel og mental sundhed**

På tværs af resultaterne af interview og litteratur, fremgår et fokus på trivsel som et centralt behov for borgerne, og af litteraturen fremgår det yderligere som en betingelse for deltagelse (Derges et al. 2014; Ohmer 2010). Af interviewresultaterne fremgår et fokus på trivsel centralt i relation til ensomme borgere med sociale og økonomiske problemer samt borgere der dagligt eksponeres for krig og ødelæggelse fra deres hjemland. Havde Sundhedsprojektet, som det tidligere omtalte satspuljeprojekt, *Forebyggelsesindsatser i nærmiljøet*, haft på forhånd fastlagte fokusområder centreret omkring KRAM-faktorerne, er det således ikke sikkert, at disse borgere ville kunne indgå. I kraft af trivslens betydning for handlekapacitet og deltagelse, som påpeget af (Derges et al. 2014; Ohmer 2010), synes trivsel at ligge forud for, at KRAM-faktorerne kan komme i spil, hvorfor en manglende anerkendelse af relevansen af trivsel, kan forårsage, at ingen ændringer i sundhedsadfærd finder sted.

På baggrund af ovenstående diskussion, er en konkret anbefaling til det fremadrettede kommunale arbejde med borgerinddragelse i socialt udsatte boligområder, at behovet for et fokus på trivsel og mental sundhed bør anerkendes og understøttes.

### **7.2.6 Understøt indsatsens videreførelse**

Af interviewresultaterne fremgår det at Sundhedsprojektets aktiviteter og tiltag, tre år efter projektperiodens afslutning, opleves som videreført, samtidig med at forskellige udfordringer gør sig gældende. Disse udfordringer centrerer sig om projektlederen og økonomiske midler.

Projektlederens rolle gennem Sundhedsprojektet blev af både borgerne og projektlederen oplevet som helt central for borgernes deltagelse i projektet, hvorfor udfordringer forbundet med hendes afslutning ikke synes overraskende. Hun fremgår som have været en stor kapacitet i forhold til at rekruttere borgere til deltagelse og ligeledes til at understøtte borgernes fortsatte deltagelse, hvilket er i tråd med Derges et al. 2014. Med projektlederens afslutning i projektet, ophørte således en stor ressourcekapacitet, som synes at have haft betydning for projektets videreførelse. Dette er i tråd med Snooks et al. 2011, hvor borgerne udtrykker bekymring for projektets fremtid i forbindelse med projektlederens ophør. Således fremgår det nødvendigt, at fylde denne mistede kapacitet ud, for at projektet succesfuldt kan videreføres. I den forbindelse synes den kulturelle kapital, som borgerne kan tilegne sig gennem deres aktive deltagelse i en indsats væsentlig at trække på. Af interviewresultaterne fremgår det i den forbindelse, at en borger oplevede en borgerledet lokal forening, Foreningen Korsbæk, som en positiv kapacitet i forhold til at understøtte Sundhedsprojektets videreførelse. Yderligere fremgår det, at borgerne er en potentiel kapacitet i forhold til at varetage det opsøgende arbejde, forudsat at de klædes på til at varetage opgaven. I denne

forbindelse synes det relevant at en indsats undervejs i processen fokuserer på at udbygge borgernes kulturelle kapital, med fokus på de kompetencer der er nødvendige for at videreføre projektlederens arbejde.

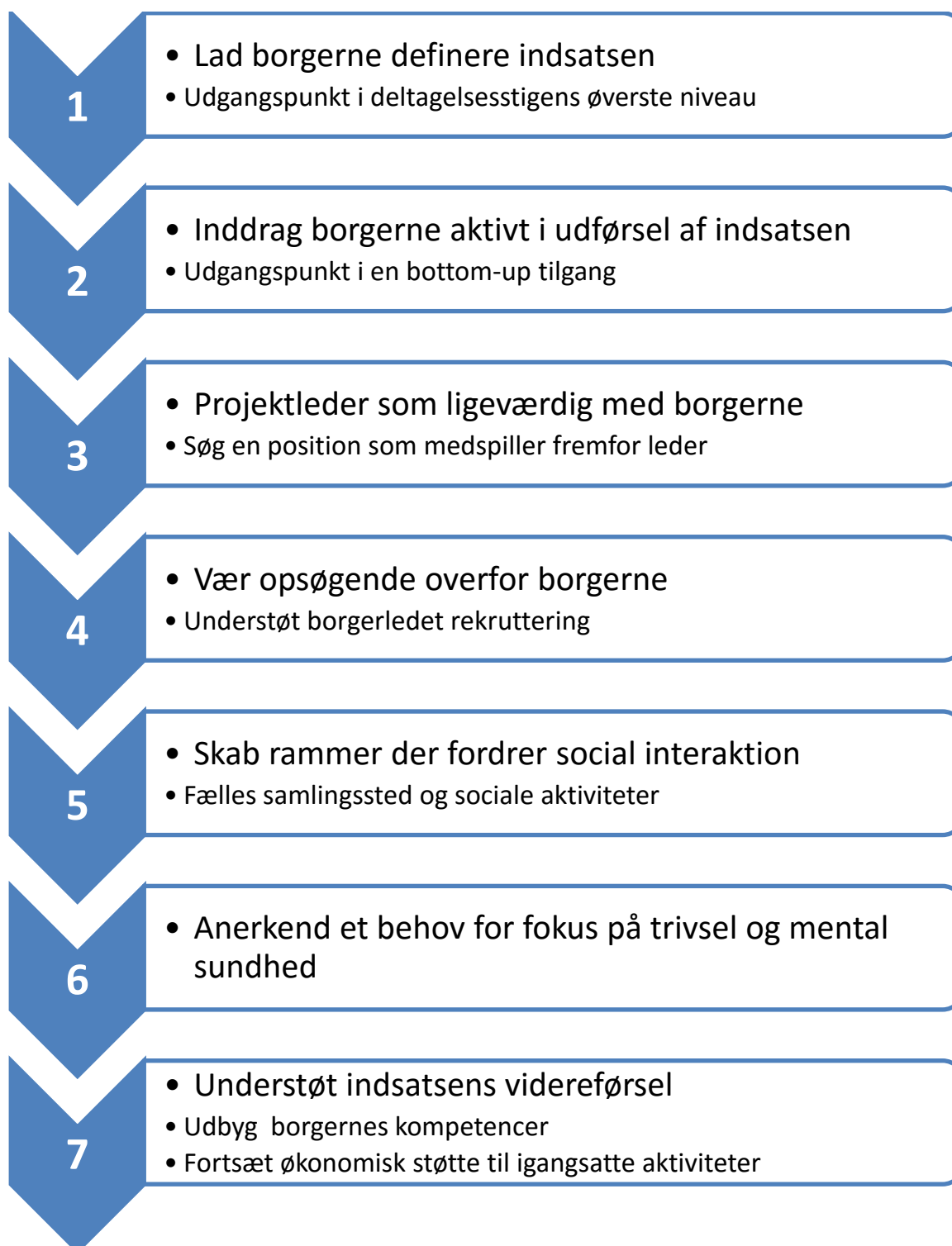
Både borgere og projektleder udtrykker bekymring om Sundhedsprojektets videre gang i forbindelse med, at de økonomiske midler som Sundhedsprojektet har modtaget, ophører. Dette opleves som værende begrænsende for aktiviteterernes udfoldelsesmuligheder, hvilket kan relateres til økonomisk kapitalens betydning for omsætningen til andre kapitalformer, som i dette tilfælde vil begrænses. Problematikken herved relaterer sig til at borgernes muligheder for udvikling af kulturel kapital reduceres, f.eks. i relation til forskellige kulturelle oplevelser, instruktøruddannelser eller materielle ressourcer.

Yderligere relaterer problematikken sig til at aktiviteterernes rammer, for hvad der er muligt og ikke muligt, ændrer sig, hvorfor borgernes oplevelse af feltets relevans, og dermed lyst til at indgå, kan ændres. I denne forbindelse synes det relevant at søge en løsning, hvor igangsatte aktiviteter fortsat støttes økonomisk, således at de allerede investerede midler og tid gennem projektperioden, ikke går hen og bliver uden udbytte. Dette ligeledes med henblik på at sikre, at indsatsen ikke bliver et nederlag for borgerne, i forbindelse med, at det de har arbejdet for ophører.

På baggrund af ovenstående diskussion, er en konkret anbefaling til det fremadrettede kommunale arbejde med borgerinddragelse i socialt udsatte boligområder, at der fokuseres på, at gøre borgerne i stand til varetage opgaver, der kan kompensere projektlederens arbejde i forbindelse med dennes ophør. Dette relaterer sig således til anbefalingen *Inddrag borgerne aktivt i udførelse af indsatsen*, hvor et fokus på empowerment som outcome påpeges. Yderligere er en konkret anbefaling, at den økonomiske støtte til de, i indsatsen, igangsatte aktiviteter, fortsætter efter projektperioden.

I det følgende illustreres specialets anbefalinger til det fremadrettede kommunale arbejde med borgerinddragelse i socialt udsatte boligområder i figur 8.

### 7.2.7 Illustration af specialets anbefalinger



Figur 8 viser specialets anbefalinger til det fremadrettede kommunale arbejde med borgerinddragelse socialt udsatte boligområder.

### 7.2.8 Specialets anbefalinger i et sundhedsetisk perspektiv

*I dette afsnit følger en diskussion af specialets anbefalinger i et sundhedsetisk perspektiv, med henblik på at anskue etiske aspekter der kan være forbundet med implementeringen af disse anbefalinger.*

Af anbefalingerne fremgik bl.a., at borgerinddragende indsatser bør lade borgerne definere projekterne, hvilket relaterer sig til en liberalistisk tilgang, idet borgerne anses som værende i stand til selvstændigt at opstille mål og træffe rationelle valg og handle efter dem (Vallgård et al. 2014). For implementering af dette forslag må det derfor først overvejes, i hvilken grad de borgere der indgår i en indsats, er i stand til selvstændigt at opstille mål og træffe rationelle valg, for at kunne vurdere hvorvidt forslaget bør implementeres. Af problemanalysen fremgik, at borgerinddragelse både kan anskues som middel til sundhedsfremme og mål i sig selv (Poulsen 2003). Anskues borgerinddragelsen som mål i sig selv, som foreslået i specialet, er fokus på en empowerment-orienteret tilgang, hvor borgernes handlekraft, i forhold til at tage vare på eget liv, søges øget. Ved denne tilgang fremstår imidlertid et paradoks i, at ikke alle individer er i stand til at formulere deres behov og derfor potentielt udelukkes fra indsatser med en sådan tilgang (Laverack & Labonte 2000). Den foreslåede anbefaling for det borgerinddragende arbejde, kan således ikke ubetinget implementeres i indsatser, men må tage udgangspunkt i en anskuelse af borgernes ressourcer og understøtte borgernes mulighed for indflydelse.

Et af specialet øvrige anbefalinger går i den forbindelse på, at en projektleder bør være opsøgende, vise tillid til borgernes evner og nedbryde barrierer til dem ved at indgå som ligestillet deltager. Projektlederens tilgang vil i den forbindelse kunne bidrage til at støtte borgere i at formulere målsætninger.

Steen Wackerhausen skelner mellem ægte og uægte mål, hvor ægte mål udspringer fra individet, der formuleres uden tvang påført af andre. Uægte mål er modsat påtvunget af andre og er udtryk for andres ønsker og derved ikke som udgangspunkt individets egne ønsker (Wackerhausen 1995). Ved den borgerinddragende tilgang som mål i sig selv, søges at borgerne selv formulerer mål, hvorfor fokus er på at udvikle ægte mål for individet. Projektlederen vil gennem den anbefalede tilgang kunne understøtte borgere i at formulere mål, men uden at være påtvingende for borgernes mål, hvilket vil kunne skabe meningsfulde mål for borgerne.



## 8.0 Konklusion

Dette kapitel har til formål at besvare specialets problemformulering, som er undersøgt gennem to forskningsspørgsmål. Indledningsvist besvares de to forskningsspørgsmål hver for sig, hvorefter specialets problemformulering besvares.

1. *Hvilke muligheder og begrænsninger oplever projektleder og borgere fra det socialt udsatte boligområde, Korskærparken, med den borgerinddragende tilgang i Sundhedsprojektet?*

På baggrund af resultaterne af interviewene med projektleder og borgere fremgår det, at borgernes indflydelse i beslutningsprocesser fordrer deres deltagelse og medfører meningsfulde aktiviteter. Herudover fremgår det, at projektlederens position som ligeværdig med borgerne nedbryder distancen borgere og projektleder imellem, hvilket er betydende for borgernes deltagelse. Projektlederens opsøgende arbejde har betydning for borgernes tiltro til deres evner, og derved betydning for deres deltagelse. Herunder fremgår yderligere et potentiale for borgerledet rekruttering. Social interaktion fremgår som et centralt incitament for borgernes deltagelse. Et fokus på trivsel og mental sundhed fremgår som relevant for borgerene, og slutteligt opleves videreførelsen af Sundhedsprojektets aktiviteter udfordret, i kraft af projektleders og økonomiske midlers ophører ved projektperiodens afslutning.

2. *Hvilke aspekter har betydning for inddragelsen af borgere samt sundhedsudbyttet i forebyggende og sundhedsfremmende indsatser i socialt udsatte boligområder, med borgerinddragelse som primær tilgang?*

På baggrund af resultaterne fra litteraturstudiet fremgår det, at social interaktion fordrer borgernes deltagelse samt udfaldet af indsatserne. I relation hertil fremgår det, at et fælles samlingssted samt sociale aktiviteter og projekter understøtter den sociale interaktion. Borgernes aktive deltagelse fordrer kompetencer og selvtillid, og borgernes trivsel og self-efficacy har betydning for deres deltagelse. Til sidst fremgår det, at projektlederen opleves som betydningsfuld for at motivere og understøtte borgernes deltagelse.

***Hvilke anbefalinger til det fremadrettede kommunale arbejde med borgerinddragelse i socialt udsatte boligområder kan udledes på baggrund af interview med projektleder og borgere, der har indgået i Sundhedsprojektet i Korsværparken, underbygget af videnskabelig evidens på området?***

På baggrund af resultaterne fra de to forskningsspørgsmål fremstilles følgende anbefalinger til det fremadrettede arbejde med borgerinddragelse i socialt udsatte boligområder:

- Lad borgerne definere indsatsen - Udgangspunkt i deltagelsesstignens øverste niveau
- Inddrag borgerne aktivt i udførelse af indsatsen - Udgangspunkt i en bottom-up tilgang
- Projektleder som ligeværdig med borgerne - Søg en position som medspiller fremfor leder
- Vær opsøgende overfor borgerne - Understøt borgerledet rekruttering
- Skab rammer der fordrer social interaktion - Fælles samlingssted og sociale aktiviteter
- Anerkend et behov for fokus på trivsel og mental sundhed
- Understøt indsatsens videreførelse - Udbyg borgernes kompetencer og fortsæt økonomisk støtte til igangsatte aktiviteter

## 9.0 Referenceliste

- Algren, M.H. et al., 2015. Health-risk behaviour in deprived neighbourhoods compared with non-deprived neighbourhoods: A systematic literature review of quantitative observational studies. *PLoS ONE*, 10(10), pp.1–17.
- Antoft, R. & Salomonsen, H.H., 2012. Det kvalitative casestudium - introduktion til en forskningsstrategi. In *Håndværk & Horisonter. Tradition og nytænkning i kvalitativ metode*. Syddansk Universitetsforlag, pp. 29–57.
- Arnstein, S.R., 1969. A Ladder Of Citizen Participation. *Journal of the American Institute of Planners*, 35(4), pp.216–224.
- Bak, C.K. et al., 2012. The association between socio-demographic characteristics and perceived stress among residents in a deprived neighbourhood in Denmark. *European Journal of Public Health*, 22(6), pp.787–792.
- Bak, C.K. & Andersen, P.T., 2014. *Slutevaluering: Sundhedsprojektet, Korskærparken 2008-2013*, Fredericia.
- Bak, C.K., Dreier, J.W. & Andersen, P.T., 2011. *Systematisk sundhedsfremme i udsatte lokalområder - brobygning mellem forskning og praksis*, Esbjerg.
- Bernard, P. et al., 2007. Health inequalities and place: A theoretical conception of neighbourhood. *Social Science and Medicine*, 65(9), pp.1839–1852.
- Bourdieu, P., 1997. *Af praktiske grunde: omkring teorien om menneskelig handlen* P. Bourdieu, ed., København : Reitzel.
- Bourdieu, P. & Wacquant, L., 2009. *Refleksiv sociologi - mål og midler* 1. ed. P. Bourdieu, ed., Kbh. : Hans Reitzels forlag.
- Brinkmann, S., 2014. *Det kvalitative interview* 1. udgave. S. Brinkmann, ed., København : Hans Reitzel.
- Brinkmann, S., 2015. Etik i en kvalitativ verden. In *Kvalitative metoder - en grundbog*. Hans Reitzels Forlag, pp. 463–479.
- Buus, N. et al., 2008. *Litteratursøgning i praksis: Begreber, strategier og modeller.*,
- Carey, G.E. & Braunack-Mayer, A.J., 2009. Exploring the effects of government funding on community-based organizations: “top-down” or “bottom-up” approaches to health promotion? *Global health promotion*, 16(3), pp.45–52.
- Cattell, V., 2001. Poor people, poor places, and poor health: the mediating role of social networks and social capital. *Social Science & Medicine*, 52(10), pp.1501–1516.
- CFBU, 2015. Center For Boligsocial Udvikling. Available at: [http://www.cfbu.dk/overblik/ordbog/#Udsatte\\_boligområder](http://www.cfbu.dk/overblik/ordbog/#Udsatte_boligområder) [Accessed February 25, 2016].
- Chinn, D.J. et al., 2006. Factors associated with non-participation in a physical activity promotion trial. *Public Health*, 120(4), pp.309–319.
- Christensen, U., Nielsen, A. & Schmidt, L., 2012. Det kvalitative forskningsinterview. In *Forskningsmetoder i Folkesundhedsvidenskab*. Munksgaard, København 2007, pp. 61–89.

- Cubbin, C. et al., 2006. Neighborhood deprivation and cardiovascular disease risk factors: protective and harmful effects. *Scandinavian journal of public health*, 34(3), pp.228–37.
- Cummins, S. et al., 2007. Understanding and representing “place” in health research: A relational approach. *Social Science and Medicine*, 65(9), pp.1825–1838.
- Dahlgren, L. & Fredslund, H., 2011. Hermeneutisk analyse - forståelse og forforståelse. In *Forskningsmetoder i Folkesundhedsvidenskab*. Munksgaard Danmark, pp. 157–181.
- Dahlgren, G. & Whitehead, M., 1991. Policies and strategies to promote social equity in health Background document to WHO – Strategy paper for Europe. *Institute for futures studies*.
- Datatilsynet, 2015. Krav efter persondataloven til sundhedsvidenskabelige forskningsprojekter. Available at: <https://www.datatilsynet.dk/erhverv/forskere-og-medicinalfirmaer/sundhedsvidenskabelige-forskningsprojekter/krav-efter-persondataloven-til-sundhedsvidenskabelige-forskningsprojekter/> [Accessed July 23, 2015].
- Derges, J. et al., 2014. “Well London” and the benefits of participation: results of a qualitative study nested in a cluster randomised trial. *BMJ open*, 4(4), p.e003596.
- Diderichsen, F., Scheele, C.E. & Little, I.G., 2015. *Tackling Health Inequalities Locally: the Scandinavian Experience*, København.
- Elm Larsen, J., 2009. Forståelser af begrebet social udsathed. In *Udsat for forståelse*. Rådet for Socialt Udsatte, pp. 17–41.
- Epinion, 2014. *Opfølgende undersøgelse i Korsbærparken 2013*,
- Fieldhouse, E.A. & Tye, R., 1996. Deprived people or deprived places? Exploring the ecological fallacy in studies of deprivation with the samples of anonymised records. *Environment and Planning A*, 28(2), pp.237–259.
- Flyvbjerg, B., 2015. Fem misforståelser om casestudiet. In *Kvalitative metoder - en grundbog*. Hans Reitzels Forlag, pp. 497–520.
- Frandsen, T.F. et al., 2014. *En guide til valide og reproducerbare systematiske litteratursøgninger*,
- Frankish, C.J. et al., 2002. Challenges of citizen participation in regional health authorities. *Social Science & Medicine*, 54(10), pp.1471–1480.
- Gadamer, H.-G., 2004. *Truth and Method* H.-G. Gadamer, ed., London : Continuum.
- Gavin, V.R., Seeholzer, E.L. & Leon, J.B., 2015. If we build it, we will come: A model for community-led Change to transform Neighbourhood conditions to support healthy eating and active livin. *American Journal of Public Health*, 105(6).
- Guldager, J., 2015. *Videnskabsteori - en indføring for praktikere*, Akademisk Forlag.
- Higgins, J.W., 1999. Citizenship and empowerment : a remedy for citizen participation in health reform. *Community Development Journal*, 34(4), pp.287–307.
- Højberg, H., 2009. Hermeneutik. In L. Fuglsang & P. Bitsch Olsen, eds. *Videnskabsteori i samfundsvidenskaberne : på tværs af fagkulturer og paradigmer*. Frederiksberg : Samfundslitteratur.

- Højbjerg, A., Schultz, E.A. & Hansen, A.O., 2013. *Beboere i de større almene boligområder*, København.
- Høyer, K., 2011. Hvad er teori, og hvordan forholder teori sig til metode? In S. Vallgård & L. Koch, eds. *Forskningsmetoder i Folkesundhedsvidenskab*. Kbh.: Munksgaard Danmark, pp. 17–41.
- Irvin, R.A. & Stansbury, J., 2004. Citizen Participation in Decision Making: Is It Worth the effort? *Public Administration Review*, 64(1), pp.55–65.
- Juel, K., Sørensen, J. & Brønnum-Hansen, H., 2006. *Risikofaktorer og folkesundhed i Danmark*, København.
- Juul, S., 2012. *Epidemiologi og evidens 2*. ed., København: Munksgaard.
- Järvinen, M., 2013. Pierre Bourdieu. In H. Andersen & L. B. Kaspersen, eds. *Klassisk og moderne samfundsteori*. Kbh. : Hans Reitzel, pp. 345–366.
- Kawachi, I., Kennedy, B. & Glass, R., 1999. Social capital and self-rated health: a contextual analysis. *Am. J. Public Health*, 89(8), p.1187.
- KL, K.L. & BL, danmarks almene boliger;, 2014. *KL og BL's anbefalinger til en målrettet og koordineret sundheds- og beskæftigelsesindsats i udsatte områder*,
- Koopmans, B. et al., 2012. Non-participation in population-based disease prevention programs in general practice. *BMC public health*, 12(1), p.856.
- Kristensen, F.B. & Sigmund, S., 2007. *Metodehåndbog for medicinsk teknologivurdering*, København.
- Kvale, S. & Brinkmann, S., 2009. *Interview - introduktion til et håndværk 2*. ed., Gyldendal Akademisk.
- Kyvik, K.O., 2012. Udvalgte love og regler for forskning med mennesker. In *Forskningsmetoder i Folkesundhedsvidenskab*. Munksgaard Danmark, pp. 330–348.
- Larsen, E.L. & Stock, C., 2011. Capturing contrasted realities: Integrating multiple perspectives of Danish community life in health promotion. *Health Promotion International*, 26(1), pp.14–22.
- Launsø, L., Rieper, O. & Olsen, L., 2011. *Forskning om og med mennesker : forskningstyper og forskningsmetoder i samfundsforskning 6*. udgave. L. Launsø, ed., Kbh. : Nyt Nordisk Forlag.
- Laverack, G. & Labonte, R., 2000. A planning framework for community empowerment goals within health promotion. *Health Policy And Planning*, 15(3), pp.255–262.
- van Lenthe, F.J. et al., 2005. Neighbourhood unemployment and all cause mortality: a comparison of six countries. *J Epidemiol Community Health*, 59, pp.231–237.
- Link, B.G. & Phelan, J., 1995. Social conditions as fundamental causes of disease. *Journal of health and social behavior*, Spec No(1995), pp.80–94.
- Lochner, K. a et al., 2003. Social capital and neighborhood mortality rates in Chicago. *Social Science & Medicine*, 56, pp.1797–1805.
- Macintyre, S., Ellaway, A. & Cummins, S., 2002. Place effects on health: how can we conceptualise, operationalise and measure them? *Social Science and Medicine*, 55, pp.125–139.
- Marmot, M. et al., 2010. *Fair Society, Healthy Lives*,
- Ministeriet for By- Bolig- og Landdistrikter, 2013. *Udsatte boligområder - Værktøjskasse*, København.

- Maaløe, E., 1996. *Case-studier af og om mennesker i organisationer : forberedelse, feltarbejde, generering, tolkning og sammendrag af data for eksplorativ integration, test og udvikling af teori* E. Maaløe, ed., Kbh. : Akademisk Forlag.
- NICE, 2008. *Community engagement - Public health guideline*, Available at: <http://www.nice.org.uk/Guidance/PH9>.
- NIRAS, 2015. *Erfaringer med at løfte sundheden i nærmiljøet*,
- O'Mara-Eves, A. et al., 2015. The effectiveness of community engagement in public health interventions for disadvantaged groups: a meta-analysis. *BMC public health*, 15, p.129. Available at: <http://www.pubmedcentral.nih.gov/articlerender.fcgi?artid=4374501&tool=pmcentrez&rendertype=abstract>.
- Ohmer, M.L., 2010. How Theory and Research Inform Citizen Participation in Poor Communities: The Ecological Perspective and Theories on Self- and Collective Efficacy and Sense of Community. *Journal of Human Behavior in the Social Environment*, 20(May 2014), pp.1–19.
- Phillips, G. et al., 2014. Well London Phase-1: results among adults of a cluster-randomised trial of a community engagement approach to improving health behaviours and mental well-being in deprived inner-city neighbourhoods. *J Epidemiol Community Health*, 68, pp.606–614.
- Pickett, K.E. & Pearl, M., 2001. Multilevel analyses of neighbourhood socioeconomic context and health outcomes: a critical review K. E. Pickett & M. Pearl, eds. *Journal of Epidemiology and Community Health*, 55(2), p.111.
- Poulsen, J., 2003. *Borgerinddragelse som metode i sundhedsfremme –*,
- Ramian, K., 2012. *Casestudiet i praksis 2*. udgave. K. Ramian, ed., Kbh. : Hans Reitzel.
- Regeringen, 2014. *Sundere liv for alle - Nationale mål for danskernes sundhed de næste 10 år*,
- Rienecker, L. & Jørgensen, P., 2008. *Den gode opgave - håndbog i opgaveskrivning på videregående uddannelser 3*. ed., Frederiksberg: Forlaget Samfundslitteratur.
- Rieper, O. & Hansen, H.F., 2007. *Metodedebatten om evidens*,
- Riva, M., Gauvin, L. & Barnett, T. a, 2007. Toward the next generation of research into small area effects on health: a synthesis of multilevel investigations published since July 1998. *Journal of epidemiology and community health*, 61(10), pp.853–61.
- Roberts, K. et al., 2013. *Social and economic inequalities in diet and physical activity*,
- Robson, C., 2011. *Real World Research : a resource for users of social research methods in applied settings 3*. ed. C. Robson, ed., Chichester : John Wiley.
- Rådet for Socialt Udsatte, 2012. *Socialpolitisk grundlag - Rådet for Socialt Udsatte*,
- Sigurd, F. & Darsø, L., 2013. *Boligsociale sundhedsindsatser*, Hvidovre.
- Snooks, H. a et al., 2011. Costs and effects of a “healthy living” approach to community development in two deprived communities: findings from a mixed methods study. *BMC public health*, 11(1), p.25.
- Stimpson, J.P. et al., 2007. Neighborhood deprivation and health risk behaviors in NHANES III. *American*

*Journal of Health Behavior*, 31(2), pp.215–222.

Sundhedssekretariatet, 2010. *Midtvejs-evaluering af projekt Bydelssundhed i Korskærparken*, Fredericia.

Sundhedssekretariatet, 2008. *Projektbeskrivelse for Korskærparken*, Fredericia. Available at:  
[https://www.fredericia.dk/.../Projektbeskrivelse for Korskærparken.doc](https://www.fredericia.dk/.../Projektbeskrivelse%20for%20Korsk%C3%A6rparken.doc).

Sundhedsstyrelsen, 2010. *Opslag af satspulje ” Forebyggelsesindsatser i nærmiljøet ”*,

Tanggard, L. & Brinkmann, S., 2015. Kvalitet i kvalitative studier. In *Kvalitative metoder - en grundbog*. Hans Reitzels Forlag, pp. 521–531.

Tanggaard Andersen, P. & Timm, H.U., 2010. *Sundhedssociologi : en grundbog* P. Tanggaard Andersen, ed., Kbh. : Hans Reitzel.

Udlændinge- integrations- og boligministeriet, 2015. *Liste over ghettoområder pr. 1. december 2015*,

Vallgård, S., Diderichsen, F. & Jørgensen, T., 2014. *Sygdomsforebyggelse* 1. udgave. S. Vallgård, ed., København : Munksgaard.

Verdenslægeforsamlingen, 2009. Helsinki-deklarationen. Available at:  
[http://www.laeger.dk/portal/page/portal/LAEGERDK/Laegerdk/R%C3%A5dgivning og regler/ETIK/WMA\\_DEKLARATIONER/HELSINKI\\_DEKLARATIONEN](http://www.laeger.dk/portal/page/portal/LAEGERDK/Laegerdk/R%C3%A5dgivning%20og%20regler/ETIK/WMA_DEKLARATIONER/HELSINKI_DEKLARATIONEN).

Voigtländer, S. et al., 2014. Explanatory models concerning the effects of small-area characteristics on individual health. *International Journal of Public Health*, 59(3), pp.427–438.

Wackerhausen, S., 1995. Et åbent sundhedsbegreb. In *Sundhedsbegreber - filosofi og praksis*. pp. 43–73.

Wetzel, M. & Mahne, K., 2016. Out of society? Retirement affects perceived social exclusion in Germany. *Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie*, (October 2014).

WHO, 2002. *Community participation in local health and sustainable development Approaches and techniques*,

Yin, R.K., 2003. *Applications of case study research* 2nd ed. R. K. Yin, ed., London : Sage Publications.

Yin, R.K., 2009. *Case Study Research : Design and Methods* 4th ed. R. K. Yin, ed., Thousand Oaks, Calif. : Sage.

Zhong, C. & Leonardelli, G.J., 2015. Cold and Lonely Does Social Exclusion Literally Feel Cold ? *PSYCHOLOGICAL SCIENCE*, 19(9), pp.838–843.

Zimmerman, M.A. & Rappaport, J., 1988. Citizen Participation , Perceived Control , and Psychological Empowerment. *American Journal of Community Psychology*, 16(5), pp.725–50.

# 10.0 Bilagsfortegnelse

Bilag A - Dokumentation af kvalitative interviews .....	1
Bilag A1 - Interviewguide: Projektleder .....	1
Bilag A2 - Kodetræ: Projektleder .....	4
Bilag A3 - Interviewguide: Borgere .....	5
Bilag A4 - Kodetræ: Borgere .....	10
Bilag B - Søgebilag .....	11
Bilag C - Deltagerinformation til informanter .....	14
Bilag C1: Deltagerinformation: Projektleder .....	14
Bilag C2 - Deltagerinformation: Borgere .....	15
Bilag D - Samtykkeerklæringer til informanter .....	16
Bilag D1 - Samtykkeerklæring: Projektleder .....	16
Bilag D2 - Samtykkeerklæring: Borgere .....	17
Bilag E - Eksempel på kodning .....	18
Bilag F - Skabelon til kritisk læsning .....	19
Bilag G - Arbejdsredskab til udarbejdelse af søgestrategi .....	20





# Bilagsfortegnelse

Bilag A - Dokumentation af kvalitative interviews .....	1
Bilag A1 - Interviewguide: Projektleder .....	1
Bilag A2 - Kodetræ: Projektleder .....	4
Bilag A3 - Interviewguide: Borgere .....	5
Bilag A4 - Kodetræ: Borgere .....	10
Bilag B - Søgebilag.....	11
Bilag C - Deltagerinformation til informanter .....	14
Bilag C1: Deltagerinformation: Projektleder .....	14
Bilag C2 - Deltagerinformation: Borgere .....	15
Bilag D - Samtykkeerklæringer til informanter.....	16
Bilag D1 - Samtykkeerklæring: Projektleder.....	16
Bilag D2 - Samtykkeerklæring: Borgere.....	17
Bilag E - Eksempel på kodning .....	18
Bilag F - Skabelon til kritisk læsning.....	19
Bilag G - Arbejdsredskab til udarbejdelse af søgestrategi .....	20

# Bilag A - Dokumentation af kvalitative interviews

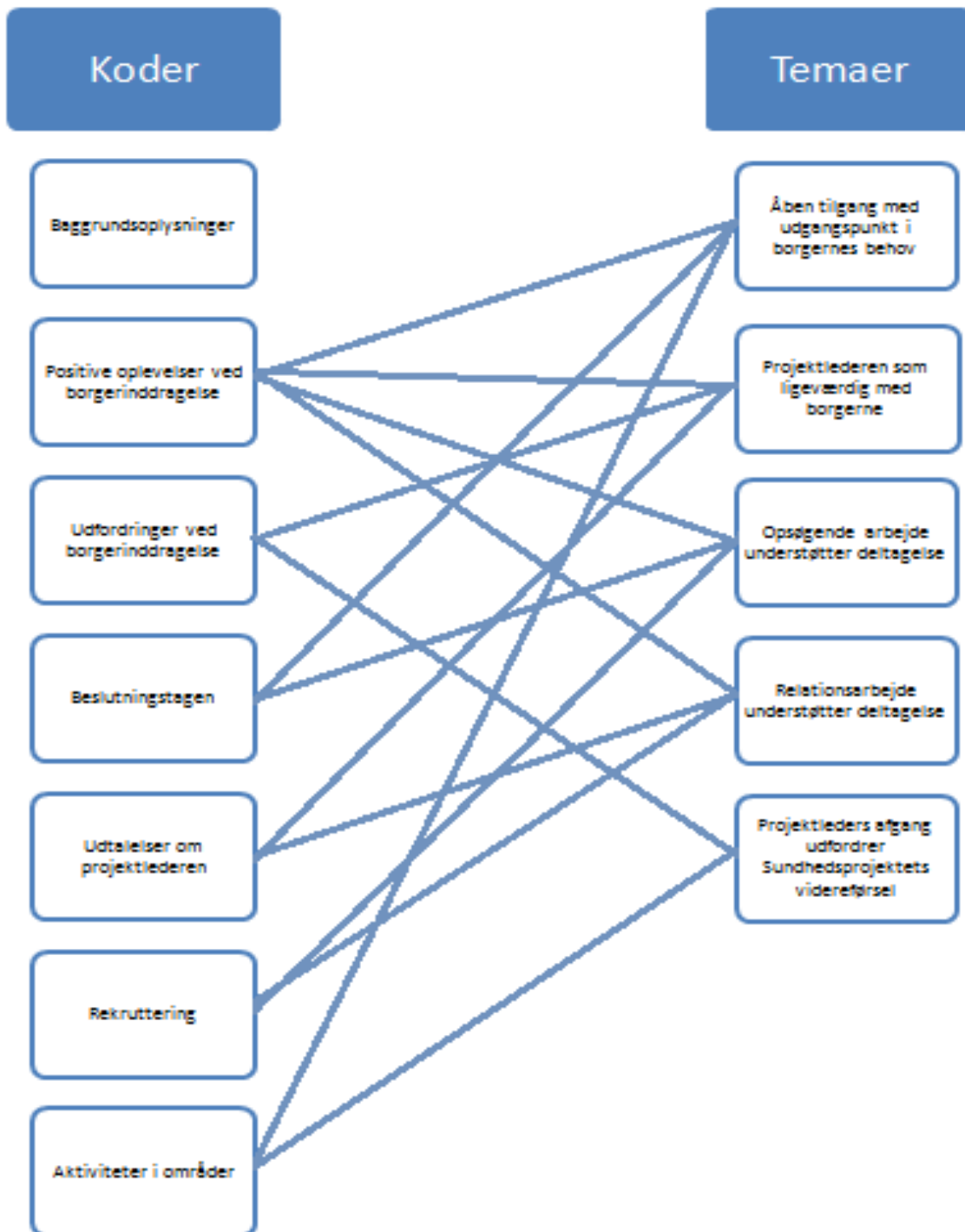
## Bilag A1 - Interviewguide: Projektleder

<b>Briefing</b>	<b>Interviewguide</b> Præsentation af interviewer og observatør: Julie og Anita gr. 10321 <i>Forventningsafstemme:</i> Vi har følgende formål samt forventninger til interviewet: <i>Formål:</i> At opnå indsigt i borgerinddragelse i et socialt udsat boligområder, samt hvilke barrierer og muligheder der opleves ved borgerinddragelse. <i>Anonymitet:</i> Vi anonymiserer dit navn i projektet og data opbevares fortroligt. <i>Båndoptagelse:</i> Interviewet lydoptages <i>Varighed:</i> Interviewet vil tage 30-45 minutter <i>Interviewernes funktion:</i> Den ene fungerer som interviewer og den anden som assistent. <i>Stemmer dette overens med dine forventninger og har du noget at indvende inden vi starter?</i>	
Forskningsspørgsmål	Tema	Interviewspørgsmål
Hvilken rolle havde informanten i "Sundhedsprojektet" i Korsværparken?	<b>Introduktion</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Hvad er din profession/baggrund?</li> <li>• Hvad bestod dit arbejde i?</li> </ul>
Hvilken tilgang er anvendt til borgerinddragelse i socialt udsatte boligområder? el. Hvilket perspektiv anlægges på BI i et socialt udsat boligområde?	<b>Borgerinddragelse i et socialt udsat boligområde</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Kan du fortælle lidt om hvordan I arbejdede med det her borgerinddragelse?</li> <li>• Kan du give nogle eksempler på hvordan borgerne blev inddraget?</li> <li>• Hvornår i processen blev borgerne inddraget? (Niveau af BI)</li> <li>• Hvad var det overordnede formål</li> </ul>

		med borgerinddragelsen?
Hvilke positive erfaringer har projektlederen oplevet med BI i et socialt udsat boligområde?	<b>Muligheder i arbejdet med BI i et socialt udsat boligområde</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Kan du fortælle om nogle af de positive erfaringer du oplevede med borgerinddragelse?</li> <li>• I hvilke situationer oplevede I succes med at inddrage borgerne?</li> <li>• Var der nogle tilgange/metoder du oplevede mere succesfulde end andre?</li> <li>• Hvilke muligheder oplevede du at borgerinddragelsen havde i Korsværparken?</li> </ul>
Hvilke udfordringer har været forbundet med at arbejde med BI i et socialt udsat boligområde?	<b>Udfordringer i arbejdet med BI i socialt udsat boligområde</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Kan du fortælle om nogle af de udfordringer du oplevede i arbejdet med borgerinddragelse?</li> <li>• Kan du fortælle lidt om i hvilke situationer I ikke oplevede succes med at inddrage borgerne?</li> <li>• Var der nogle grupper af borgere du oplevede var særligt vanskelige at inddrage?</li> <li>• Gjorde I noget særligt for at få disse borgere inddraget?</li> <li>• (Oplevede du nogle negative effekter i forsøget på at inddrage borgerne?) Hvis ja, kan du uddybe det?</li> <li>• (I skriver i projektbeskrivelsen til Sundhedsprojektet at I tilstræbte at</li> </ul>

		komme så højt op ad deltagelsesstigen som muligt - var der nogle udfordringer forbundet med dette?)
Hvordan ser forandringsmuligheder ud i forbindelse med borgerinddragelse	<b>Borgerinddragelse i et socialt udsat boligområde fremadrettet</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Ud fra dine erfaringer med Sundhedsprojektet her i Korsværtparken, er der så noget du ville have gjort anderledes?</li> <li>• Inddragelse af flest mulige borgere</li> <li>• De svageste /mindst repræsenterede</li> <li>• Anden tilgang / outcome</li> <li>• (Ser du andre tilgange end borgerinddragelse anvendelig i denne kontekst?)</li> <li>• I hvor høj grad mener du at formålet med borgerinddragelsen er blev indfriet?</li> </ul>
Afrunding	<b>Debriefing</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Jeg har ikke flere spørgsmål, har du mere du gerne vil sige eller spørge om, før vi afslutter interviewet?</li> </ul>
<b>Hjælp til spørgeteknik</b>		<ul style="list-style-type: none"> <li>• Kan du sige noget mere om det?</li> <li>• Kan du nærmere beskrive hvordan...?</li> <li>• Kan du give nogle eksempler på det du siger?</li> <li>• Har du flere eksempler på det?</li> <li>• Du mener at...?</li> <li>• Du føler at...?</li> <li>• Du nævnte ....</li> <li>• Kan du sige mere om....?</li> <li>• Kan du uddybe...?</li> </ul>

## Bilag A2 - Kodetræ: Projektleder



## Bilag A3 - Interviewguide: Borgere

### Briefing:

Præsentation af interviewer og observatør: Julie og Anita gr. 10321

Intro: Der har jo været det her projekt fra 2008-2013, hvor der har været fokus på at inddrage borgerne her i Korsørsparken og det er dine oplevelser med det her vi gerne vil høre om.

Anonymitet: Vi anonymiserer dit navn i projektet og oplysninger opbevares fortroligt.

Båndoptagelse: Interviewet lydoptages.

Varighed: Interviewet vil vare 15-30 min.

Interviewernes funktion: Den ene fungerer som interviewer og den anden som assistent.

Har du nogle spørgsmål inden vi starter?

Forskningssp.	Tema	Interviewspørgsmål (+)	Interviewspørgsmål (-)	Andet
Hvordan er borgeren blevet inddraget/på hvilket niveau?	Inddragelse af borgeren i Sundhedsprojektet	<ul style="list-style-type: none"> <li>Her indledningsvis vil jeg bare lige høre om du har kendskab til Sundhedsprojektet?</li> <li>Kan du fortælle lidt om hvordan du har indgået/været en del af Sundhedsprojektet?</li> <li>Intentionen var at inddrage borgerne, kan du fortælle</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Her indledningsvis vil jeg bare lige høre om du har kendskab til Sundhedsprojektet?</li> <li>Kan du fortælle lidt om hvordan du har indgået/været en del af Sundhedsprojektet?</li> <li>Intentionen var at inddrage borgerne, kan du fortælle lidt</li> </ul>	Former for borgerinddragelse:

		<p>lidt om hvordan du oplevede at blive inddraget i Sundhedsprojektet?</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• (Oplevede du at du havde indflydelse på hvordan de forskellige aktiviteter og tiltag du indgik i skulle foregå? )</li> <li>• I hvilke situationer oplevede du at have indflydelse eller at blive hørt? (Hvordan)</li> <li>• Oplevede du at der i starten at projektet var mulighed for at borgernes mening kunne blive hørt? (f.eks. borgermøde)</li> </ul>	<p>om hvordan du oplevede at blive inddraget i Sundhedsprojektet?</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Oplevede du at der i starten at projektet var mulighed for at borgernes mening kunne blive hørt? (f.eks. borgermøde)</li> <li>• Hvad var årsagen til at du ikke havde indflydelse/ikke blev hørt? (ikke lyst, mulighed, motivation, relevans)</li> <li>• Var det nogle områder i forbindelse med det her projekt hvor du kunne tænke dig at have haft indflydelse?</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Modtager information</li> <li>• Konsulteres</li> <li>• Bliver taget med på råd</li> <li>• Planlægger sammen</li> <li>• Har uddelegeret autoritet</li> <li>• Har kontrol</li> </ul> <p><b>Aktiviteter/tiltag:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Medborgerhuset</li> <li>• Borgermøder?</li> <li>• Foreninger</li> <li>• Underviser/frivilligt arbejde</li> <li>• Sundheds-tjek</li> <li>• Tilbud</li> </ul>
--	--	---	--	--



		<ul style="list-style-type: none"> <li>• Kunne du tænke dig at have haft mere indflydelse på Sundhedsprojektet?</li> </ul>		
<b>Hvilke potentialer/muligheder oplever borgeren der har været i borgerinddragelsesprocessen?</b>	Positive oplevelser med borgerinddragelse	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Kan du fortælle lidt om hvad det var der gjorde at du havde lyst til at involvere dig?</li> <li>• Hvilke positive erfaringer havde du med dette?</li> <li>• Hvad var det vigtigste for dig at få ud af at deltage/involvere dig?</li> <li>• Hvad har det betydet for dig at indgå i Sundhedsprojektet?</li> <li>• Hvilken betydning har det haft for dig at din mening er</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Hvad har det betydet for dig at indgå i Sundhedsprojektet?</li> <li>• Hvad var det vigtigste for dig at få ud af at deltage?</li> </ul>	

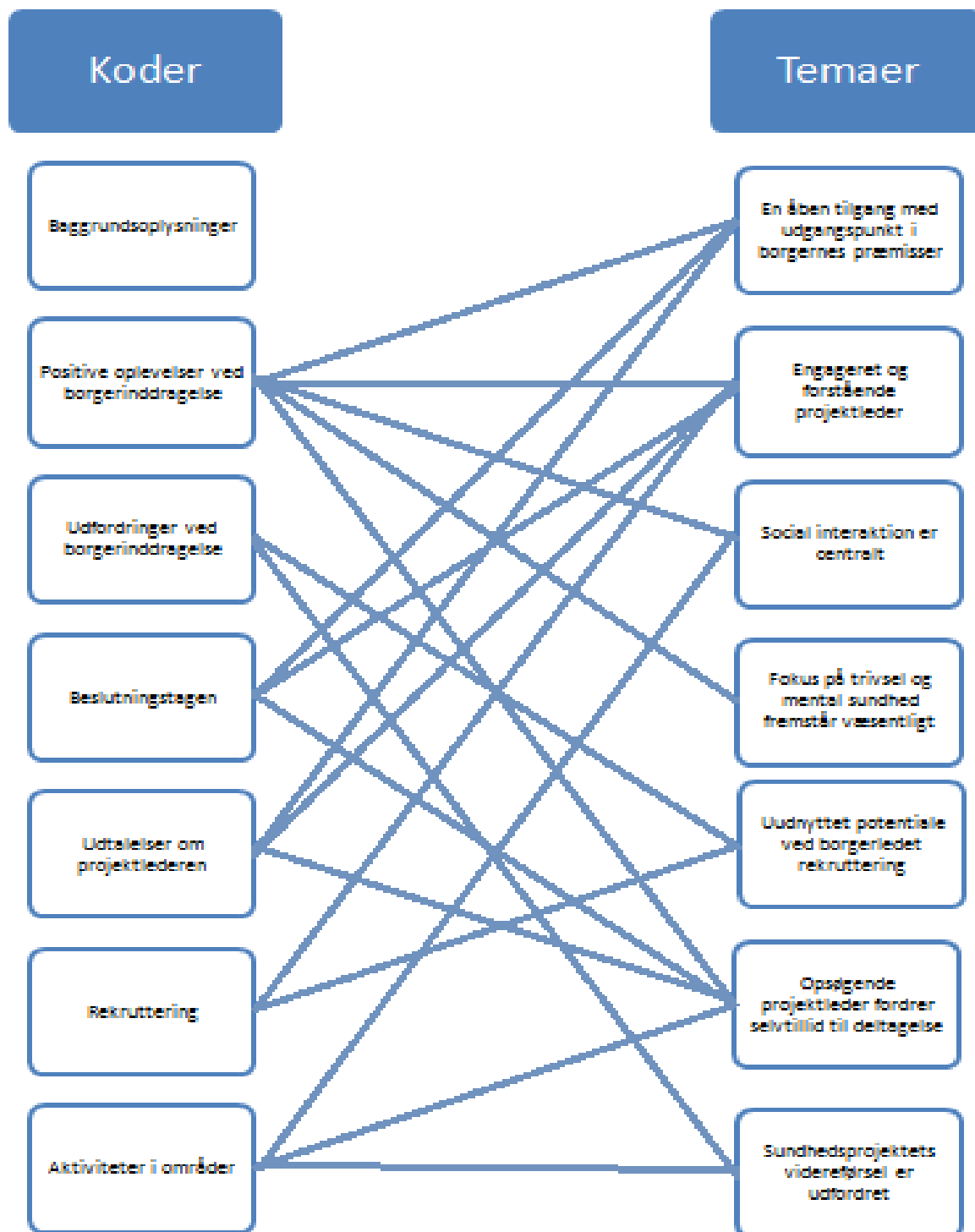
		blevet hørt i forbindelse med Sundhedsprojektet?		
<b>Hvilke begrænsninger oplever borgerne at der har været i borgerinddragelses processen?</b>	Udfordringer med borgerinddragelse	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Kan du fortælle lidt om de udfordringer du oplevede ved at indgå i sundhedsprojektet?</li> <li>• Var der noget du tænker kunne være gjort anderledes i sundhedsprojektet?</li> <li>• Kan du fortælle lidt om årsagerne til at du ikke deltog? (ikke lyst, motivation, mulighed, betydning, relevans)</li> <li>• Var der noget som i højere grad kunne have fået dig til</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Var der noget du tænker kunne være gjort anderledes i sundhedsprojektet?</li> <li>• Kan du fortælle lidt om årsagerne til at du ikke deltog?  (ikke lyst, motivation, mulighed, betydning, relevans)</li> <li>• Var der noget som i højere grad kunne have fået dig til at deltage? (Noget der i højere grad kunne have givet dig lyst...)</li> </ul>	

		at deltage?		
<b>Hvem er informanten?</b>	Demografiske forhold	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Her afslutningsvis skal jeg bare lige høre omkring din:</li> <li>• Alder</li> <li>• Uddannelse</li> <li>• Beskæftigelse</li> </ul>	Her afslutningsvis skal jeg bare lige høre omkring din: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Alder</li> <li>• Uddannelse</li> <li>• Beskæftigelse</li> </ul>	
<b>Afrunding</b>	Debriefing	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Jeg har ikke flere spørgsmål, har du mere du gerne vil sige eller spørge om, før vi afslutter interviewet?</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Jeg har ikke flere spørgsmål, har du mere du gerne vil sige eller spørge om, før vi afslutter interviewet?</li> </ul>	

**Hjælp til spørgeteknik:**

- Kan du sige noget mere om det?
- Kan du nærmere beskrive hvordan...?
- Kan du give nogle eksempler på det du siger?
- Har du flere eksempler på det?
- Du mener at...?
- Du føler at...?
- Du nævnte ....
- Kan du sige mere om....?
- Kan du uddybe...?

## Bilag A4 - Kodetræ: Borgere



# Bilag B - Søgebilag

## 1. Forskningsspørgsmål relateret til den systematiske søgning

Hvilke aspekter har betydning for inddragelsen af borgere samt sundhedsudbyttet i forebyggende og sundhedsfremmende indsatser med borgerinddragelse som primær tilgang, i socialt udsatte boligområder?

## 2. Blokskema

AND	
Kontekst	Intervention/outcome
OR	<b>PubMed</b>
	Deprived area*
	Deprived communit*
	Disadvantaged communit*
	Deprived neigh*
<b>Cinahl</b>	Consumer participation [MeSH]
Deprived area*	"Consumer participation" [Fritekst]
Deprived communit*	"Community engagement" [Fritekst]
Disadvantaged communit*	
Deprived neigh*	
<b>PsycInfo</b>	"Consumer Participation"[Cinahl headings]
"Deprived area*"	"Consumer participation" [Fritekst]
"Deprived communit*"	"Community engagement" [Fritekst]
"Disadvantaged communit*"	
"Deprived neigh*"	
<b>Sociological Abstracts</b>	Community involvement [Index termer]
Deprived area*	"Community involvement" [Fritekst]
Deprived communit*	Citizen participation [Thesaurus]
Disadvantaged communit*	"Citizen participation"[Fritekst]
Deprived neigh*	"Community engagement" [Fritekst]
<b>Embase</b>	

"Deprived area*"	Consumer [Emtree]
"Deprived communit*"	Consumer [Fritekst]
"Disadvantaged communit*"	"Community engagement" [Fritekst]
"Deprived neigh*"	

### 3. Afgrænsninger, som er opsat via et søgesystems limitfunktion

Søgesystem	Afgrænsning
PubMed	Sprog: Engelsk, dansk, norsk og svensk
Cinahl	Sprog: Engelsk, dansk, norsk og svensk
PsycInfo	-
Sociological Abstracts	-
Embase	Sprog: Engelsk, dansk, norsk og svensk

### 4. Valgte informationskilder

Database/website/referenceliste/ressourceperson m.m.	Begrundelse for valg af kilde
PubMed	PubMed er anvendt, idet den er en af de største sundhedsvidenskabelige databaser. Den indeholder litteratur fra MEDLINE, videnskabelige tidsskrifter og e-bøger.
Cinahl	Cinahl er anvendt, idet det er en omfattende databaser, der indeholder artikler fra omkring 5000 sundhedsvidenskabelige tidsskrifter.
PsycInfo	PsycInfo er anvendt, da den kan bidrage med kvalitative studier og indeholder litteratur indenfor psykologiens verden.
Sociological Abstracts	Sociological Abstracts er anvendt, idet den indeholder litteratur inden for sociologiens verden. Denne database kan derfor bidrage til et sociologisk perspektiv på specialets problemstilling.
Embase	Embase er anvendt, da den er en af de største databaser indenfor det sundhedsvidenskabelige område. Den indeholder desuden litteratur fra MEDLINE og primært europæisk litteratur
Google	Denne søgemaskine er anvendt, for at danne sig et overblik over eksisterende tiltag på områder, hvilket primært har resulteret i "grå litteratur".
Sundhedsstyrelsen	Denne reference er anvendt, idet den anses som en vigtig aktør indenfor sundhedsområdet og har primært bidraget til "grå litteratur".

## 5. Resultat af søgning

Informationskilde	PubMed	Cinahl	PsycInfo	Sociological abstracts	Embase
Søgefacet					
Facet: 1	2.381	1.077	85	497	2.732
Facet: 2	35.428	11.202	407	7.326	54.741
Facet 1 AND 2	52	27	29	30	40
Med limits	52	27	-	-	40
<b>Udvalgte artikler</b>	<b>4</b>	<b>2</b>	<b>4</b>	<b>1</b>	<b>3</b>

Der forekommer dubletter af de udvalgte studier i de forskellige databaser. Der blev udvalgt seks studier i alt.

## 6. Kriterier for udvælgelse af relevant information

De udvalgte artikler er vurderet ud fra ud fra 1) relevans, 2) gyldighed og 3) bidragelse til at besvare forskningsspørgsmålet:

1. Vurderet i forbindelse med udvælgelsesprocessen jf. afsnit *Udvælgelses af litteratur*.
2. Vurderet på baggrund af validerede checklister.
3. Vurderet på baggrund af evidenshieraki- og typologi.

## 7. Dato og identifikation

Søgningen er foretaget af Anita Egholm Jensen, Julie Holm Thøgersen og Jonathan Egeris Groth, specialestuderende på Kandidatuddannelsen i Folkesundhedsvidenskab ved Aalborg Universitet.

Søgningen blev afsluttet den. 5/5-2016.

# Bilag C - Deltagerinformation til informanter



AALBORG UNIVERSITET

## Bilag C1: Deltagerinformation: Projektleder

**Projektets titel:** Borgerinddragelse i socialt udsatte boligområder

### **Præsentation af projektansvarlige:**

Vi er tre specialestuderende på Kandidatuddannelsen i Folkesundhedsvidenskab ved Aalborg Universitet, der alle har en baggrund som bachelorer i idræt, ligeledes fra Aalborg Universitet.

### **Formål med projektet:**

Overordnet er rammen for projektet at skabe forandring af en sygdomsforebyggende eller sundhedsfremmende intervention, indsats, program eller strategi, på baggrund af et argumenteret beslutningsgrundlag.

Herunder er formålet med nærværende projekt at videreudvikle forebyggende og sundhedsfremmende indsatser i socialt udsatte boligområder, med fokus på borgerinddragelse.

### **Formål med interviewet:**

Interviewet har til formål at skabe indsigt i tilgangen til borgerinddragelse i socialt udsatte boligområder, samt at skabe indsigt i positive erfaringer samt udfordringer forbundet med arbejdet, herunder med fokus på de borgere der er særligt vanskelige at inddrage.

**Lokation:** Interviewet vil foregå der hvor det passer informanten.

**Varighed:** Interviewet forventes at vare mellem 30-45 minutter.

**Optagelse:** Interviewet lydoptages

**Rettigheder:** Det er helt frivilligt at deltage, og du kan til enhver tid trække dit udsagn om deltagelse tilbage. Din deltagelse er anonym og alle oplyste informationer om dig og samtalen vil blive behandlet fortroligt.

Med venlig hilsen

Julie Holm Thøgersen, Jonathan Egeris Groth & Anita Egholm Jensen  
Specialestuderende, Kandidatuddannelsen i Folkesundhedsvidenskab, Aalborg Universitet

Email:

Tlf:





## Bilag C2 - Deltagerinformation: Borgere

Vi er en gruppe studerende på Kandidatuddannelsen i Folkesundhedsvidenskab ved Aalborg Universitet der er i gang med et projekt omhandlende borgerinddragelse i almene boligområder.

Vi ønsker at snakke med borgere der har boet i Korskærparken mens *Sundhedsprojektet* har stået på. Om du har deltaget aktivt eller ej i *Sundhedsprojektet* har ingen betydning - vi ønsker både at snakke med borgere der har tilvalgt og fravalgt deltagelse.

**Sted:** Interviewet vil foregå på Niels Jernes Vej 12 eller privat hos dig.

**Varighed:** Interviewet forventes at vare omkring 15-30 minutter.

**Optagelse:** Interviewet lydoptages

**Rettigheder:** Det er helt frivilligt at deltage, og du kan til enhver tid trække dit udsagn om deltagelse tilbage. Din deltagelse er anonym og alle oplyste informationer om dig og samtalen vil blive behandlet fortroligt.

Mange venlige hilsner

Julie Holm Thøgersen, Jonathan Egeris Groth & Anita Egholm Jensen

Specialestudierende, Kandidatuddannelsen i Folkesundhedsvidenskab, Aalborg Universitet

Email:

Tlf:

# Bilag D - Samtykkeerklæringer til informanter



AALBORG UNIVERSITET

## Bilag D1 - Samtykkeerklæring: Projektleder

Samtykkeerklæringen indeholder de aftaler der er indgået mellem informanten og de studerende i projektgruppen, for at parterne er indforståede med de fælles aftaler i forbindelse med deltagelsen i projektet.

*Jeg erklærer hermed, at jeg giver mit samtykke til at deltage i et interview i forbindelse med gr. 10321's speciale på Kandidatuddannelsen i Folkesundhedsvidenskab ved Aalborg Universitet, vedrørende borgerinddragelse i socialt udsatte boligområder.*

Jeg er informeret om og indforstået med:

1. at deltagelse i interviewet er frivilligt
2. at jeg til enhver tid kan trække mit samtykke tilbage og udgå af undersøgelsen
3. at interviewet er anonymt, hvilket betyder at jeg ikke nævnes ved navn
4. at transskriptionen af interviewet anonymiseres og ikke fremgår i projektrapporten
5. at interviewet lydoptages
6. at lydoptagelsen og udskrifterne opbevares et sikkert sted, som er utilgængelig for tredje person
7. at alt materiale, undtagen selve projektrapporten og transskriptionen, destrueres efter anvendelse.

Jeg ønsker efter specialets aflevering at modtage undersøgelsens resultater Ja  Nej

Jeg har modtaget både skriftlig og mundtlig information om undersøgelsen.

Dato: \_\_\_\_\_

Underskrift fra informant: \_\_\_\_\_

Dato: \_\_\_\_\_

Underskrift fra interviewer: \_\_\_\_\_

Dato: \_\_\_\_\_

Underskrift fra assistent: \_\_\_\_\_



## Bilag D2 - Samtykkeerklæring: Borgere

Samtykkeerklæringen indeholder de aftaler der er indgået mellem informanten og de studerende i projektgruppen, for at parterne er indforståede med de fælles aftaler i forbindelse med deltagelsen i projektet.

*Jeg erklærer hermed, at jeg giver mit samtykke til at deltage i et interview i forbindelse med gr. 10321's speciale på Kandidatuddannelsen i Folkesundhedsvidenskab ved Aalborg Universitet, vedrørende borgerinddragelse i forbindelse med Sundhedsprojektet i Korskærparken.*

Jeg er informeret om og indforstået med:

1. at deltagelse i interviewet er frivilligt
2. at jeg til enhver tid kan trække mit samtykke tilbage og udgå af undersøgelsen
3. at interviewet er anonymt, hvilket betyder at jeg ikke nævnes ved navn
4. at transskriptionen af interviewet anonymiseres og ikke fremgår i projektrapporten
5. at interviewet lydoptages
6. at lydoptagelsen og udskrifterne opbevares et sikkert sted, som er utilgængelig for tredje person
7. at alt materiale, undtagen selve projektrapporten og transskriptionen, destrueres efter anvendelse.

Jeg ønsker efter specialets aflevering at modtage undersøgelsens resultater Ja  Nej

Jeg har modtaget både skriftlig og mundtlig information om undersøgelsen.

**Dato:** \_\_\_\_\_

**Underskrift fra informant:** \_\_\_\_\_

**Dato:** \_\_\_\_\_

**Underskrift fra interviewer:** \_\_\_\_\_

**Dato:** \_\_\_\_\_

**Underskrift fra assistent:** \_\_\_\_\_

## Bilag E - Eksempel på kodning

**M: 23.00**

F: Nu med alle de her ting du har været med til at sætte igang - har du haft den her oplevelse af at måske nogle af de tanker du har gået med at de er blevet til noget eller at du ligesom har fået noget igennem, din mening.

I: Jeg kan ikke putte en finger på noget, men jeg har da nok været med til at foreslå et eller andet men så har sagt nå ja men det kan vi da godt prøve - noget lykkes og noget lykkes ikke, sådan er det.

F: Det er vilkårene.

I: Det var der i begyndelsen meget, næsten hvem der kom til Hanne, som sad som projektleder, hun sad på pengene, hvis der skulle bruges nogen. Hun var åben for alle der kom og sagde "altså jeg vil godt prøve" - Pedicure male negle det var der en dame, den gik altså ikke. Der blev smidt nogle penge i til det, men det var altså en der ikke gik.

**M: 24.00**

F: Okay, men ellers er din oplevelse at mange blev hørt af de foreslag?

I: Alle blev hørt og hvis man synes at det ikke var helt vildt og ikke kostede sådan en hel bondegård, så blev det godtaget og så prøvede man det.

## Bilag F - Skabelon til kritisk læsning

<b>Titel</b> Forfatter Publikationsår	
<b>Formål</b> Problem Formål Defintion af udsat boligområde Konteksten	
<b>Metode</b> Design Deltager (n+køn) Målemetode/redskab	
<b>Resultater</b>	
<b>Konklusion</b>	
<b>Relevans ift f.eks.:</b> Borgerinddragelse Udfordringer Det sociale aspekt Teoretisk perspektiv Osv.	
<b>Begrænsninger</b> (Ekstern og intern validitet, bias, confounding og reproducerbarhed	
<b>Database</b>	
<b>Andet</b>	

# Bilag G - Arbejdsredskab til udarbejdelse af søgestrategi

Målgruppe	Intervention	Konteksten	Borgerinddragelse	Outcome
<b>PubMed:</b>				
Vulnerable populations [MeSH] (6886)	Preventive Health Services	"Neighbourhood deprivation" [Fritekst] (151)	Consumer participation [MeSH] (34143)	Empowerment [Fritekst]
"Vulnerable populations" [Fritekst] (9504)	[MeSH] (478274)	"Neighborhood deprivation" [Fritekst] (139)	"Consumer participation" [Fritekst] (14916)	Social participation [MeSH] (979)
Marginalized group* (295)	"Preventive Health Services"	Immediate environment* (834)	"Community involvement" [Fritekst] (1267)	"Social participation"
Marginalised group* (111)	[Fritekst] (11835)	Immediate neighbourhood* (82)	"Community engagement" [Fritekst] (5602)	[Fritekst] (2484)
Vulnerable group* (2891)	I alt 478512	Immediate neighborhood* (133)	"Community participation" [Fritekst] (2758)	
<b>Subgrupper:</b>				
Unemployment [MeSH]		Deprived neighbourhood* (207)	"Community empowerment" [Fritekst] (296)	
Poverty [MeSH]		Deprived neighborhood* (116)	I alt 37126 uden social participation [MeSH] og [Fritekst]	
Minority Groups [MeSH]		Deprived area* (1475)	I alt 39424 med social participation [MeSH] og	
Ethnic Groups [MeSH]		Deprived communit* (232)		
Aged [MeSH]		Disadvantaged communit* (442)		
Social Class [MeSH]		Disadvantaged neighborhood* (270)		
I alt 12863 uden		Disadvantaged		

subgrupper		neighbourhood* (114) Disadvantaged area* (417)  I alt 4451	[Fritekst]	
<b>Cochrane Library:</b> Vulnerable populations [MeSH] "Vulnerable populations" [Fritekst] Marginalized group* Marginalised group* Vulnerable group*  <b>Subgrupper:</b> Unemployment [MeSH] Poverty [MeSH] Minority Groups [MeSH] Ethnic Groups [MeSH] Aged [MeSH] Social Class [MeSH]  I alt 1301	Preventive Health Sevices [MeSH] "Preventive Health Sevices" [Fritekst]  I alt 27839	"Neighbourhood deprivation" [Fritekst] "Neighborhood deprivation" [Fritekst] Immediate environment* Immediate neighbourhood* Immediate neighborhood* Immediate area* Deprived neighbourhood* Deprived neighborhood* Deprived area* Deprived communit* Disadvantaged communit* Disadvantaged neighborhood* Disadvantaged neighbourhood* Disadvantaged area*  I alt 1972	Consumer participation [MeSH] "Consumer participation" [Fritekst] "Citizen involvement" [Fritekst] "Community involvement" [Fritekst] "Community engagement" [Fritekst] "Community participation" [Fritekst] "Community empowerment" [Fritekst]  I alt 1448	Empowerment [Fritekst]  Social participation [MeSH] "Social participation" [Fritekst]  I alt 199 uden empowerment
<b>Sociological Abstracts:</b> "Vulnerable	Prevention [Thesaurus]	"Neighbourhood deprivation" [Fritekst]	Citizen Participation [Thesaurus]	Empowerment [Thesaurus]





I alt: 12.851		Deprived area* Deprived communit* Disadvantaged communit* Disadvantaged neighborhood* Disadvantaged neighbourhood* Disadvantaged area*  I alt: 13.722	participation" [Fritekst] "Community empowerment" [Fritekst]          I alt: 7.066	
<b>Cinahl:</b> Vulnerability [Cinahl headings] Vulnerability [Fritekst] "Vulnerable populations" [Fritekst] Marginalized group* Marginalised group* Vulnerable group*  I alt 10294	Preventive Health Care [Cinahl headings] "Preventive Health Care" [Fritekst]  I alt 10443	"Neighbourhood deprivation" [Fritekst] "Neighborhood deprivation" [Fritekst] Immediate environment* Immediate neighbourhood* Immediate neighborhood* Immediate area* Deprived neighbourhood* Deprived neighborhood* Deprived area* Deprived communit* Disadvantaged communit* Disadvantaged neighborhood* Disadvantaged neighbourhood* Disadvantaged area*  I alt 1734	"Consumer Participation"[Cinahl headings] "Consumer participation" [Fritekst] "Citizen involvement" [Fritekst] "Community involvement" [Fritekst] "Community engagement" [Fritekst] "Community participation" [Fritekst] "Community empowerment" [Fritekst]  I alt 12280	Empowerment [Cinahl headings] Empowerment [Fritekst]  Social participation [Cinahl headings] "Social participation" [Fritekst]  I alt 1687 uden empowerment